PEDAGOGIKA PRENATALNA

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Wydział Nauk Społecznych
Katedra Pedagogiki Specjalnej

WYDAWNICTWO KUL



Dorota Kornas-Biela

PEDAGOGIKA PRENATALNA

nowy obszar nauk o wychowaniu

Wydawnictwo KUL
Lublin 2009

Recenzenci
Prof. zw. dr hab. Andrzej Pawłucki
Prof. dr hab. n. med. Bogdan Chazan

Opracowanie komputerowe
Ewa Karaś

Ilustracja na okładce
Aleksandra Pasiewicz-Stawicka

© Copyright by Wydawnictwo KUL, Lublin 2009

ISBN 978-83-7363-931-7

Wydawnictwo KUL
ul. Zbożowa 61, 20-827 Lublin
tel. 0-81 740-93-40, fax 0-81 740-93-50
e-mail: wydawnictwo@kul.lublin.pl
http:// wydawnictwo.kul.lublin.pl

Druk i oprawa
elpil
ul. Artyleryjska 11
08-110 Siedlce
e-mail: info@elpil.com.pl

Największej Miłości mego życia

Wprowadzenie

Lecz aby drogę kreślić przyszłą,
trzeba koniecznie pomnieć skąd się wyszło.
Cyprian Kamil Norwid

Słowa przytoczone jako motto opracowania poświęconego tematyce pedagogicznych problemów związanych z prokreacją ludzką i prenatalnym okresem życia człowieka, są poetycko wyrażoną intuicją, która znalazła potwierdzenie w kierunku rozwoju współczesnych nauk. Wraz z innymi dziedzinami wiedzy, również i pedagogika zaczyna doceniać konsekwencje najwcześniejszego okresu życia człowieka dla całości jego przebiegu. Coraz bardziej podkreśla się znaczenie psychospołecznego kontekstu, jaki towarzyszy prokreacji oraz rolę wychowania człowieka od poczęcia do dojrzałego funkcjonowania jako istoty płciowej i zdolnej do dawania życia w różnych jego wymiarach.

Prokreacja[1] (łac. *procreatio*) oznacza wydanie na świat potomstwa, płodzenie, zrodzenie, rozmnażanie się. W ścisłym sensie oznacza więc przekazanie życia biologicznego, w sensie szerokim natomiast wiąże się z zapewnieniem opieki potomstwu i wspomaganiem jego integralnego rozwoju. Prokreacja obejmuje szeroki wachlarz przeżyć i zachowań człowieka związanych z poczęciem dziecka: planowanie rodziny, przygotowanie do poczęcia, doświadczanie[2] ciąży, rodzenia, karmienia piersią, wczesnych kontaktów rodziców z dzieckiem, opieki koniecznej dla podtrzymania jego życia (Kornas-Biela, 2006f). Nie ogranicza się ona do poczęcia i wydania na świat potomstwa, ale jest płciowo zróżnicowana w postaci potrzeb, zachowań i sprawowania roli związanej z macierzyństwem i ojcostwem.

[1] W języku polskim to wyrażenie jest odnoszone do ludzi, w odróżnieniu od słowa „reprodukcja", używanego również na oznaczenie rozrodu u zwierząt. „Reprodukcyjne" słownictwo stosowane jest w dziedzinie medycyny. Proponuję, by na terenie pedagogiki (podobnie jak psychologii) używać pojęcia „zdrowie prokreacyjne" a nie „zdrowie reprodukcyjne" lub „prokreacja wspomagana" a nie „rozród wspomagany".

[2] Pojęcie doświadczenia ma różne znaczenia – w tej publikacji będzie ono rozumiane zarówno jako aktualne zdarzenia, sytuacje, kontakty, działania podmiotu, jak i ich ślad, skutek, w postaci zdobytej wiedzy, dyspozycji i umiejętności – por. Tyszkowa, Przetacznik-Gierowska, 1996, s. 216.

Zdolność do prokreacji, dzięki której para ludzka może stać się rodzicami, świadczy o osiągniętej dojrzałości biologicznej oraz zdrowiu człowieka, natomiast zdolność do sprawowania funkcji wychowawczej jest wyrazem dojrzałości psychospołecznej. Prokreacja jako pokoleniowy przekaz ludzkiego życia jest u człowieka nie tylko procesem biologicznym, ale rozgrywa się w kontekście społecznym i ma głęboki wymiar psychoduchowy. U człowieka specyficzne dla gatunku zachowania prokreacyjne nie są prostą konsekwencją zachowań instynktowych (jak to jest u zwierząt), ale mają charakter „otwartego programu" i w każdym zachowaniu to, co genetyczne, wrodzone i nabyte po urodzeniu, podlega modyfikacji pod wpływem działania bodźców sytuacyjnych oraz własnej aktywności podmiotu. Zachowania prokreacyjne człowieka wynikają więc nie tylko z uwarunkowań neurohormonalnych i sytuacyjnych, ale przede wszystkim poddane są (powinny być) uczuciom, ocenie intelektualnej i moralnej, kierownictwu woli i decyzjom. Dlatego też zachowania prokreacyjne nie przyjmują postaci wrodzonych schematów, ale są niepowtarzalne, bardzo złożone, nieskończenie zróżnicowane i angażują całą sferę biologiczną, psychiczną i duchową człowieka. Dojrzałość w zakresie tej sfery jest również związana z dojrzałością w sferze płciowości (Kornas-Biela, 2005c).

Pomimo obserwowanego współcześnie kryzysu demograficznego w krajach zachodniej Europy, możliwość przekazywania życia i wychowania dziecka jest nadal ważnym elementem ludzkiego *ja* i koncepcji własnej osoby, obrazu siebie i poczucia własnej wartości, oceny swej atrakcyjności oraz akceptacji ze strony partnera, a nawet satysfakcji seksualnej. Doświadczenie ciąży i porodu oraz urodzenie dziecka, jak i brak tych doświadczeń lub niepowodzenia w ich zakresie, są ważnymi wydarzeniami życiowymi dla obojga rodziców, chociaż niewątpliwie ze względu na biologiczne zaangażowanie organizmu kobiety, doświadczenie macierzyńskie jest inne od ojcowskiego i bogatsze w przeżycia nieporównywalne z niczym innym.

Na ojcostwie zaś – zwłaszcza wczesnym, przed urodzeniem dziecka – uwaga badaczy skupia się znacznie rzadziej i wąskoaspektowo (np. asystowanie kobiecie w czasie wizyt u ginekologa, w szkole rodzenia, przy porodzie, przy kąpieli noworodka). Z powodu mniejszego zaangażowania mężczyzny w prokreację i bogactwa przeżyć z nią związanych, faktem jest znaczące niedocenianie roli powodzeń i niepowodzeń prokreacyjnych w życiu mężczyzny. Tymczasem reakcja na fakt niepłodności (Kalus, 1999, Bidzan, 2006), przeżycia po aborcji dokonanej wbrew wiedzy lub woli mężczyzny (Kornas-Biela, 1988a, 2000d, 2002c, s. 181-184), przeżycia związane z zapłodnieniem heterologicznym (Kornas-Biela, 1999j, 2001a), jak też po urodzeniu dziecka obciążonego chorobą wrodzoną lub po jego utracie (Kornas-Biela, 1988b, 1992e, 2001d, 2006b; Chazan, Simon 2009) wskazują, jak ważne znaczenie dla mężczyzn mają doświadczenia zdolności prokreacyjnej i osiągnięć w postaci urodzenia zdrowego dziecka.

Bezpośrednie przygotowanie do poczęcia, a potem do urodzenia dziecka, jest okresem ogromnych zmian nie tylko w życiu małżeństwa i rodziny, ale też w przeżyciach i funkcjonowaniu poszczególnych jej członków. Intensywność tych doświadczeń oraz konsekwencje ewentualnych niepowodzeń w tym zakresie wskazują na fakt, jak

ważna jest prokreacja w życiu człowieka, jak wielu aspektów życia dotyczy, jak odmienne i indywidualnie zróżnicowane mogą być formy jej realizacji i przeżycia z nią związane (por. Budrowska, 2000; Bartosz, 2002; Bielawska-Batorowicz, 2006).

Psychologicznie głębokie znaczenie prokreacji ujawnia się szczególnie w sytuacji jej deprywacji, dotknięcia utrudnieniami i zagrożeniami, w sytuacji niepłodności (Kalus, 1999; Diamond, Diamond, 2005; Bidzan, 2006; Cousineau, Domar, 2007; Cousineau i in., 2008), poronień (Kornas-Biela, 1992e, 1999a; Maker, Ogden, 2003; Morrissey, 2007; Carter, Misri, Tomfohr, 2007), ryzyka genetycznego zwiększającego prawdopodobieństwo urodzenia dzieci chorych i niepełnosprawnych (Kornas-Biela, 1996a), usunięcia narządów rodnych (Sęk, 1988; Motyka, 1990; Pośpiech, 1993), korzystania z metod wspomaganej prokreacji (np. Trzeciakowska, 2005; Peterson i in., 2006; Sundby i in., 2007; Cassidy, Sintrovani, 2008).

Wyrazem ogromnego natężenia potrzeby prokreacyjnej są starania rodziców z niepowodzeniami w tym zakresie, którzy podejmują liczne próby posiadania potomstwa, pomimo nakładu ogromnych kosztów czasowych, zdrowotnych, psychicznych (np. naruszenia innych potrzeb), finansowych, również wtedy, gdy ma się to wiązać z decyzją o adopcji (por. Studzińska-Niedoborek, Tkaczuk-Włach, Jakiel, 2004). Okazuje się, że człowiek może podjąć próbę nierealizowania potrzeby prokreacyjnej, negować jej istnienie, ignorować ją, zagłuszać, odrzucać, może też sublimować i przetwarzać w potrzeby wyższego rzędu, ale jeśli chce ją realizować, a napotyka na utrudnienia, wtedy niezmiernie trudno godzi się z nimi i często podejmuje nadludzkie wysiłki, by pomimo przeszkód, za wszelką cenę (np. konfliktu moralnego) osiągnąć sukces prokreacyjny[3].

W odniesieniu do pragnień i realizacji macierzyństwa oraz doświadczeń z nim związanych powstało wiele teorii, które można pogrupować w zależności od akcentu, na jakim się skupiają i wymienić teorie: biologiczne (psychoanalityczne, psychodynamiczne), socjobiologiczno-etologiczne, społeczne, kulturowe, systemowe, rozwojowe, kryzysowe, stresogenne (Bartosz, 2002, s. 25). W zależności od funkcjonowania rodziców – a zwłaszcza matki – w swych rolach i spełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczych wobec dziecka od poczęcia, zależy jego rozwój przed i po urodzeniu.

Zarówno prokreacja, jak i pierwszy, przedurodzeniowy okres życia człowieka są na terenie pedagogiki tematami dotychczas niedocenianymi. Poświęca się im o wiele

[3] Czynniki, które mogą zintensyfikować lub zminimalizować potrzebę prokreacyjną, są trudne do przewidzenia, gdyż są one bardzo zindywidualizowane. To, co dla jednej osoby będzie czynnikiem wywołującym uczucia rodzicielskie i chęć posiadania potomstwa (np. kwilenie noworodka), u drugiej osoby może wywołać niechęć. Natężenie potrzeby prokreacyjnej może być przez inne potrzeby osłabione, a nawet całkowicie wyciszone. Może być ona również w konflikcie z innymi, jeśli ich siła jest względnie wyrównana. Czasami nawet bardzo silna potrzeba prokreacyjna musi zostać odłożona w czasie lub pozostać na całe życie niezaspokojona. Możliwa jest także dobrowolna rezygnacja z realizacji tej potrzeby, pomimo odczuwania dużego jej natężenia, o czym świadczą decyzje życia w celibacie.

mniej uwagi niż innym okresom życia i formom aktywności człowieka[4]. Dlatego obecna publikacja chce wpisać się w deficyt opracowań z tego zakresu w celu przybliżenia pedagogom problemów edukacyjnych i wychowawczych odnoszących się do prenatalnego etapu życia człowieka oraz kwestii związanych z przygotowaniem go do funkcjonowania jako istoty płciowej i prokreacyjnej.

Pedagogika jako nauka ma długą historię, podlega jednak ciągłym przeobrażeniom. W końcu XX wieku zaznaczył się niespotykany dotąd szybki proces dyferencjacji wiedzy o wychowaniu, uczeniu i kształceniu (np. Kukołowicz, 1995, s. 71, 73) oraz parcjalizacji nauk pedagogicznych (por. Górniewicz, 1995, s. 63). Dokonuje się to zarówno dzięki pogłębiającej się refleksji metodologicznej nad jej statusem jako nauki, wypracowywaniu podstaw teoretycznych, jak i pomysłów aplikacyjnych oraz dzięki przemianom społecznym inspirującym pojawienie się coraz to nowych problemów naukowych, badawczych i praktycznych oraz powodujących rozszerzanie się pola zainteresowań pedagogiki. Dotyczy to zarówno już istniejących dyscyplin pedagogicznych, jak i wyodrębniania się nowych.

Przyczynę wyłaniania się nowych dyscyplin (subdyscyplin) w pedagogice S. Wołoszyn upatruje w rozwoju praktyki wychowawczej oraz w postępie nauk, z których wyników pedagogika korzysta, zwłaszcza z formułowanych na ich gruncie wielkich teorii i strategii badawczych (1992, s. 90). Natomiast E. Trempała podkreśla, iż wynika to z nowych potrzeb społecznych, z rozwoju wiedzy o wychowaniu, rozwoju szkolnictwa wyższego i powstawania nowych instytutów badawczych, a tym samym wzrostu liczby osób zajmujących się badaniami pedagogicznymi (Cichosz, 2008). Jak zauważa T. Kukołowicz (1995, s. 73-74), dyferencjacja wiedzy o wychowaniu, uczeniu i kształceniu następuje w efekcie objęcia przez pedagogikę nowych podmiotów oddziaływania (małych dzieci, osób starszych, chorych, dokształcających się). Stąd poszerzony zostaje przedmiot pedagogiki, zmieniany jest język, metody badań i diagnozy, ujęcia wychowania i kształcenia.

Specjalistycznie zróżnicowany rozwój pedagogiki zdaje się być nieunikniony, czasem jednak wyodrębnienie dyscypliny nie opiera się na jasnych i naukowo uzasadnionych kryteriach, według których dokonano jej wyróżnienia (Cichosz, 2008, s. 25). M. Nowak (1990) zauważa, że zwiększanie stopnia specjalizacji może doprowadzić do dezintegracji i utraty tożsamości pedagogiki. Wyrażona dwadzieścia lat temu przez B. Suchodolskiego (1985, s. 42; podobnie: Wojnar, 1995, s. 99) obawa, iż taka sytuacja mnożenia dyscyplin powoduje trudności w klasyfikacji działów wchodzących w zakres pedagogiki, jest nadal podtrzymywana, jednak obserwuje się znaczny postęp w porządkowaniu kryteriów klasyfikacji nauk pedagogicznych (Cichosz, 2008, s. 25).

Utrwala się również przekonanie, że „nauki o wychowaniu" nie zagrażają pedagogice, gdyż wypracowują one szczegółowe przesłanki empiryczne (na bazie np.

[4] Na słuszność tego stwierdzenia wskazuje przegląd np. programów kolejnych Ogólnopolskich Zjazdów Pedagogicznych (Toruń 1994; Poznań 1998; Olsztyn 2001; Wrocław 2004; Lublin 2007; zob. też: Kicowska, 2001; Hejnicka-Bezwińska, 2004).

biologii, medycyny, psychologii, socjologii), które są podstawą zintegrowanych syntez, mających swoje miejsce w pedagogice.

Jak pisze Lewowicki, pedagogika „bardzo silnie była i wciąż pozostaje w wyraźnych związkach z innymi naukami (dyscyplinami humanistycznymi)" i pomimo wyodrębnienia się z filozofii „zachowała jednak intelektualne koneksje zarówno z filozofią, jak i jej kolejnymi „córkami" – psychologią, socjologią, nauką o kulturze i innymi dyscyplinami" (2004, s. 11). Tak więc rozwój pedagogiki (dyscyplin pedagogicznych) może być chronologicznym następstwem rozwoju szczegółowych nauk o wychowaniu (Nowak, 1990, 2008, s. 169-170; Śliwerski, 2004, s. 186, 2006b). Możliwy jest również komplementarny i paralelny rozwój pedagogiki jako zintegrowanej syntezy teoretycznej oraz nauk o wychowaniu, jako szczegółowych nauk o bardziej empirycznym charakterze. Jest to możliwe ze względu na fakt, iż „pedagogika przejmuje od tych nauk pomysły na nowe obszary studiów i badań, sposoby poznawania zagadnień, intelektualne mody na opis, wyjaśnianie czy interpretację faktów, zjawisk i procesów edukacyjnych", a to „podążanie pedagogiki za humanistyką przynosi pożytki teorii pedagogicznej i/lub praktyce oświaty i wychowania" (Lewowicki, 2004, s. 11).

Obecny początkowy stan rozwoju pedagogiki prenatalnej jest ściśle związany z rozwojem innych nauk szczegółowych zajmujących się prokreacją ludzką oraz najwcześniejszym etapem życia człowieka. Rozumienie pedagogiki prenatalnej jako „nauki o wychowaniu" (w tym też kształceniu, edukacji i samowychowaniu) odwołuje się do europejskiej tradycji kulturowej, w której wychowanie rozumie się jako pojęcie odnoszące się do oddziaływań jednej osoby na drugą, zmieniających każdego z uczestników interakcji oraz do uczenia się i nauczania, gdyż uczenie się i nauczanie jest zawsze „wychowujące" (Stępkowski, 2008, s. 11). Pedagogika prenatalna jako „pedagogika" jest w pierwszym rzędzie nauką o wychowaniu i w optyce jej zainteresowań znajdują się przede wszystkim pytania o cele, środki i metody wychowania i edukacji prenatalnej.

Status metodologiczny pedagogiki prenatalnej jako dyscypliny w obszarze nauk o wychowaniu nie jest jeszcze dopracowany, stąd w obecnym kształcie pedagogika prenatalna jest bliższa rozumieniu jej jako nauki o wychowaniu (dziecka prenatalnego i osób w związku z ich prokreacją), niż pedagogiki rozumianej jako nauka integralna. Wyraża to podtytuł rozprawy – „obszar nauk o wychowaniu". Wskazuje on, że pedagogika prenatalna, będąc aktualnie *in statu nascendi*, zmierza dopiero wyraźnie do jednolitej syntezy pedagogicznej, integrując różne aspekty szczegółowych nauk o wychowaniu. Tytuł rozprawy „Pedagogika prenatalna" sugeruje trzymanie się tradycji teoretycznej wyrażonej w klasycznych dziełach J. Deweya i dążenie do koncepcyjnej syntezy wyników wypracowanych przez nauki szczegółowe zajmujące się wychowaniem – zwłaszcza biologię, medycynę, psychologię, socjologię, lingwistykę, prawo, filozofię – o czym mówi podtytuł rozprawy.

Inaczej mówiąc, podtytuł rozprawy ilustruje obecny stan rozwoju pedagogiki prenatalnej, natomiast tytuł główny – „Pedagogika prenatalna" – jest zapowiedzią

nowej dyscypliny pedagogicznej, do której przedmiotowo i kierunkowo zmierza. Pedagogika prenatalna, jako jedna z nauk o wychowaniu, ma charakter interdyscyplinarny – stoi na pograniczu nauk zajmujących się prenatalnym okresem rozwoju człowieka i prokreacją ludzką, uprawia dialog i współpracuje z nimi, a jednocześnie zmierza w swoim rozwoju do ukonstytuowania się na wyższym poziomie, na którym będzie zdolna uwzględnić wielorakość perspektyw i złożoność problematyki przynależącej do wiedzy pedagogicznej odnoszącej się okresu przed urodzeniem i prokreacji człowieka (Nowak, 1990). Mając tę świadomość, w rozprawie będę się posługiwać konsekwentnie terminem „pedagogika prenatalna".

Zaproponowane w publikacji wyłonienie pedagogiki prenatalnej jest uzasadnione, gdyż spełnia ona wysunięte przez J. Górniewicza (1995, s. 65-66) kryteria wyodrębniania się nowego działu w nauce i stanowienia nowych nazw dyscyplin naukowych. Posiada ona wyodrębniony obszar badawczy (podmiot zainteresowania); specjalistyczną terminologię oraz pojęcia kluczowe; specyficzne (oryginalne, dostosowane do wieku dziecka) metody oddziaływania; funkcjonujące instytucje, organizacje, czasopisma, a profesjonaliści zajmujący się jej przedmiotem (zwłaszcza edukacją prenatalną osób zaangażowanych w prokreację) stanowią potencjał ludzki decydujący o jej statusie; nazwa „pedagogika prenatalna" (jak i edukacja prenatalna) przyjęła się w wielu krajach i powszechnie funkcjonuje w świadomości społecznej. Niewątpliwie, procesy instytucjonalizacji i organizacyjnego ukonstytuowania się pedagogiki prenatalnej wyprzedziły refleksję teoretyczną oraz proces jej „dyscyplinaryzacji" (por. Hejnicka-Bezwińska, 2007, s. 469).

Współczesna pedagogika zwraca szczególną uwagę nie tylko na charakter, genezę i strukturę zjawisk edukacyjnych, ale również na ich sens. W ten kontekst wpisują się pytania: Czy jest potrzeba, by okres od poczęcia do urodzenia się człowieka, doświadczenia rodziców z tym związane oraz podejmowane przez nich działania uczynić przedmiotem zainteresowania pedagogiki? Czy jest uzasadnienie dla metodologicznej odrębności pedagogiki prenatalnej? Dlaczego wprowadzać pojęcie wychowania do prenatalnego okresu życia człowieka?[5]

Celem udzielenia odpowiedzi na pytanie o zasadność wyłonienia się pedagogiki prenatalnej jako odrębnej dyscypliny pedagogicznej zostanie najpierw scharakteryzowany kontekst społeczno-kulturowy, a w dalszej części pracy – naukowy, które zachęcają do dostrzeżenia szansy, jaką dla pedagogiki daje wyłaniająca się pedagogika prenatalna.

Przedmiotem zainteresowania niniejszej publikacji, mającej charakter teoretyczny, jest więc obszar badawczy, jakim jest prokreacja oraz prenatalny okres życia człowieka, których specyfika i znaczenie dają ważne podstawy do wyodrębnienia dyscypliny pedagogicznej, o której wzmiankuje się wprawdzie w literaturze nauko-

[5] W tym pytaniu chodzi o to, czy jest zasadne wprowadzenie pojęcia wychowania do niektórych odniesień rodziców do dziecka nienarodzonego, czy też wszystkie oddziaływania rodziców mają wtedy jedynie charakter opieki (por. Dąbrowski, 2006a, b).

wej i popularnej, ale dla której nie opracowano jeszcze racji jej istnienia. Tego rodzaju dyscyplina powinna doprecyzować swój przedmiot, cele i zadania, określić założenia teoretyczne oraz kryteria poprawności prowadzonych w jej ramach badań, refleksji nad prawomocnymi metodami zbierania danych i generalizacji wyników oraz podlegać działaniom na rzecz konstruowania strategii aplikacyjnych. Jak każda nauka wymagałaby ona dookreślenia swojego statusu metodologicznego. Ponadto, ponieważ zakres problematyki, która wchodziłaby w ramy pedagogiki prenatalnej, pokrywa się częściowo z zakresem pedagogiki rodziny i zdrowia, tym bardziej istnieje potrzeba dookreślenia wspólnych i odrębnych przedmiotów zainteresowania tych trzech dyscyplin pedagogicznych. Dlatego też należy sformułować racje uzasadniające wyodrębnienie pedagogiki prenatalnej i na tyle doprecyzować przedmiot jej zainteresowań, by jasne było jej miejsce wśród innych dyscyplin pedagogicznych oraz innych nauk, z którymi w różnym zakresie współpracuje.

Szczególnie interesującym fenomenem jest fakt, iż przedmiot *pedagogika prenatalna* występuje w programie niektórych ośrodków akademickich w kraju, natomiast nikt jeszcze, zwłaszcza na terenie pedagogiki, nie dookreślił, czym ta dyscyplina pedagogiki się zajmuje, jaki jest jej przedmiot, cele, powiązania z innymi naukami. Brak jest dotychczas, oprócz kilku pozycji (Fijałkowski, 2001, s. 45-49; Kornas-Biela, 2005b, g, 2007a, d), literatury naukowej bezpośrednio odnoszącej się do przedmiotu tej nauki. Można się tylko domyślać, iż każda z osób realizująca ten przedmiot akademicki rozumie zakres i merytoryczną zawartość pedagogiki prenatalnej inaczej, kompilując zagadnienia wchodzące w obszar biomedycznych podstaw rozwoju i wychowania, psychologii rozwojowej, prenatalnej i klinicznej, pedagogiki rodziny, opiekuńczej, społecznej oraz zdrowia, medycyny wieku rozwojowego, podstawowych problemów ginekologii i położnictwa.

Wspomniana sytuacja jest niewątpliwie wyrazem potrzeby ukonstytuowania się pedagogiki prenatalnej jako pełnoprawnej dyscypliny pedagogicznej, chociaż nie da się ukryć, iż może być również wynikiem swoistej mody na pojęcie *prenatalna/lny* i nadużywanie słów: *psychologia prenatalna*, *pedagogika prenatalna*. Opatrzenie tym przymiotnikiem jakiejś publikacji czy wykładu ma go uczynić bardziej interesującym dla potencjalnych odbiorców. Czasem więc informacji z zakresu „prenatalnego" jest w danym dziele niewiele, ale użycie takiej nazwy ma na celu podniesienie atrakcyjności przedsięwzięcia, np. książki czy filmu i ma świadczyć o nowoczesnym podejściu do danego zagadnienia[6]. Wspomniana fascynacja wynika zarówno z ciekawości poznania tajemnic tego ukrytego okresu życia, przez który każdy z nas przeszedł, jak też z braku upowszechnionej rzetelnej wiedzy na jego temat, a tym samym efektu nowości dla czytelnika każdej informacji z tego

[6] Przykładem może tu być książka E. Jakubiak-Zapalskiej i Z. Banaczek *Wybrane zagadnienia z psychologii prenatalnej* (2000), w której prenatalny okres życia został omówiony jedynie na kilku stronach, z użyciem terminologii biologiczno-medycznej, z koncentracją na anatomiczno-fizjologicznym rozwoju płodu i zawiera nieścisłości.

zakresu i braku krytycznego osądu, w jakim stopniu jest ona prawdziwa. Stąd publikacje opatrzone hasłem *prenatalny* są uważane za bardzo interesujące i szczególnie poszukiwane.

Postęp w zakresie piśmiennictwa naukowego dotyczącego przedmiotu zainteresowania pedagogiki prenatalnej zawdzięczamy nie tylko pedagogom, ale również przedstawicielom biologii, psychologii, medycyny i antropologii, co z jednej strony wskazuje na jej interdyscyplinarny charakter, z drugiej jednak czyni ją podatną na asymilację pozapedagogicznych, a nawet nienaukowych paradygmatów teoretycznych i badawczych. Coraz częściej w obszarze określanym jako *psychologia prenatalna* czy *edukacja prenatalna* wygłaszane są poglądy będące mieszaniną wiedzy z dziedziny antropologii kulturowej, etologii i etnografii, psychoanalizy, filozofii Wschodu, ezoteryzmu, okultyzmu lub ruchu *New Age*, co zniechęca do zajmowania się zagadnieniami prenatalnymi tych, którzy operują paradygmatem „twardej nauki"[7]. Niestety, często zawierają one wiele nieścisłości, wiedzę potoczną albo pozanaukową (np. z zakresu astrologii, transpersonalnej koncepcji człowieka) i szkodzą naukowemu podejściu w tym zakresie. Tym bardziej więc należałoby określić pole badań i zakres problemów przynależących do pedagogiki prenatalnej.

Wydaje się, że w naszym kraju, wobec ograniczeń technicznych i finansowych do prowadzenia badań empirycznych nad dzieckiem przed urodzeniem (nie ma to miejsca w krajach zachodniej Europy, USA, Japonii czy Australii, gdzie dysponowanie skomplikowaną aparaturą oraz materialne zabezpieczenie kosztów umożliwia bardzo pracochłonne i wnikliwe gromadzenie wiedzy dotyczącej najwcześniejszego etapu życia ludzkiego), istnieje możliwość badań i refleksji z zakresu pedagogiki prenatalnej oraz popularyzacji jej dorobku w różnych środowiskach.

Podstawowy problem podjęty w tej monografii może być wyrażony w prostym pytaniu: czym jest pedagogika prenatalna? Pytanie to może zostać sformułowane w alternatywnej postaci: jaki jest status metodologiczny pedagogiki prenatalnej? A bardziej szczegółowo:

1. Co uzasadnia wyodrębnienie pedagogiki prenatalnej w kontekście rozwoju współczesnych nauk pedagogicznych?

2. Na jakim etapie rozwoju jest w chwili obecnej status metodologiczny pedagogiki prenatalnej (jej przedmiot, obszar badawczy, cele, współpraca z innymi naukami, zaplecze organizacyjne)?

3. Jakie teoretyczne i aplikacyjne znaczenie może mieć wyodrębnienie pedagogiki prenatalnej?

Celem teoretycznym książki jest uzasadnienie wydzielenia się pedagogiki prenatalnej jako dyscypliny wśród nauk pedagogicznych oraz wstępne opracowanie jej statusu metodologicznego. Postulowana w niniejszej publikacji dyscyplina pedago-

[7] Na prawdziwość tego stwierdzenia wskazują programy konferencji, zawartość merytoryczna czasopism lub treść artykułów publikowanych pod nazwą, np. „edukacja prenatalna".

giczna ma szansę dynamicznie rozwijać właściwy jej obszar badań i działalność praktyczną. Realizacja tego celu wymaga: uzasadnienia odrębności pedagogiki prenatalnej jako dyscypliny pedagogicznej; ukazania specyfiki przedmiotu jej zainteresowań i metod badawczych; zaprezentowania jej charakteru teoretycznego i stosowanego oraz funkcjonujących w jej obszarze podejść; określenia powiązania z innymi naukami; wskazania na strategie aplikacyjne zarówno w obszarze teoretycznym, jak i praktycznym. Nie wszystkie cele da się w tej pracy w pełni zrealizować. Przewidywane efekty można ująć następująco: uściślenie zakresu zainteresowań pedagogiki prenatalnej; wstępne określenie jej statusu metodologicznego jako nowej, dynamicznie rozwijającej się dyscypliny pedagogicznej; uwzględnienie jej specyfiki interdyscyplinarnej i kontekstu pokrewnych dyscyplin naukowych (płodność heurystyczna wynikająca z takiej współpracy) oraz walorów aplikacyjnych.

Celem praktycznym publikacji jest wprowadzenie szerszego rozumienia edukacji prenatalnej oraz wyrobienie w czytelniku przekonania o możliwości wychowania prenatalnego, dostarczenie wiedzy koniecznej w opracowywaniu podstaw programowych dla dydaktyki w zakresie pedagogiki prenatalnej, przeznaczonej dla studentów psychologii, pedagogiki, nauk o rodzinie, medycyny, pielęgniarstwa i położnictwa. Przewidywane wyniki dla praktyki to również pogłębienie wiedzy o psychologii i pedagogice prenatalnej oraz prenatalnym okresie życia człowieka, koniecznej dla współpracy między pedagogami a służbami medycznymi (ginekologami, położnikami, położnymi), psychologami, personelem pracującym w ramach usług związanych z prokreacją (np. z poradnictwem genetycznym i diagnostyką prenatalną) i służbami społecznymi (pracującymi z rodziną, np. w szkołach rodzenia, w promocji porodów rodzinnych).

W obecnej rozprawie, prezentując koncepcję pedagogiki prenatalnej, wprowadzone zostają do literatury pedagogicznej nowe kategorie (większość z nich została użyta w kilku wcześniejszych pozycjach autorki), takie jak: *dziecko prenatalne, wychowanie prenatalne, prenatalne środowisko wychowawcze, wychowawcze środowisko łona, dialog prenatalny, dwupodmiotowość wychowania prenatalnego, prenatalne macierzyństwo, prenatalne ojcostwo, rodzicielstwo prenatalne, prenatalni rodzice, personalizm prenatalny, prenatalne oddziaływania wychowawcze, osobotwórczy charakter łona matki, przemoc prenatalna, prenatalne krzywdzenie dziecka, pedagog prenatalny*[8].

[8] Termin *dziecko prenatalne* został konsekwentnie zastosowany w publikacji autorki poświęconej organizacjom zajmującym się prenatalnym okresem życia (2002a). Natomiast terminy: *pedagogika prenatalna, wychowanie prenatalne, prenatalne środowisko wychowawcze, wychowawcze środowisko łona, dialog prenatalny* zostały po raz pierwszy użyte w artykule autorki dotyczącym wychowania prenatalnego jako wyzwania dla rodziny (2005g). W publikacji z 2007 roku (2007a) zastosowano po raz pierwszy terminy: *prenatalne macierzyństwo, prenatalne ojcostwo, rodzicielstwo prenatalne, prenatalni rodzice, dwupodmiotowość wychowania prenatalnego*. W obecnej publikacji wprowadzono m.in. takie nowe terminy, jak:

Książka składa się z 7. rozdziałów. W realizacji jej treści wykorzystano również fragmenty już wcześniej opublikowanych pozycji własnego autorstwa (w każdym takim wypadku zostało to odnotowane), zwłaszcza z trzech obszarów: pedagogiki rodziny, pedagogiki zdrowia i wypracowywanej pedagogiki prenatalnej, a których treści z dystansu czasu okazują się wciąż aktualne. Wywód podjęty w niniejszej pracy, wychodzi od postawienia tezy, iż – w kontekście współczesnej kultury, a także rozwoju nauk pokrewnych pedagogice i rozwoju samej pedagogiki (a szczególnie pedagogiki rodziny i pedagogiki zdrowia, a zwłaszcza edukacji zdrowotnej), a także nagromadzenia się materiałów, opracowań, treści i problemów, które dotyczą pierwszego etapu życia człowieka i prokreacji ludzkiej – stwierdza się potrzebę wyłonienia się pedagogiki prenatalnej. Niniejsza publikacja wydaje się stanowić kolejny etap podjęcia problematyki prokreacji i prenatalnego życia człowieka na terenie pedagogiki rodziny oraz pedagogiki zdrowia, by możliwe było dostrzeżenie wyodrębniającej się pedagogiki prenatalnej.

Pierwsza część monografii, dotycząca społeczno-kulturowego kontekstu, który uzasadnia potrzebę wyodrębniania pedagogiki prenatalnej, zawiera omówienie wpływu ideologii ponowoczesności na postawy wobec płciowej sfery człowieka oraz współczesnych przemian w postawach wobec prokreacji i obserwowanych tendencji w zachowaniach prokreacyjnych.

Wobec wzrastającej świadomości społecznej co do możliwych form krzywdzenia dziecka prenatalnego oraz czynników mogących zaburzyć jego rozwój, druga część pracy będzie zawierała refleksję nad różnymi, zwłaszcza negatywnymi formami prenatalnej relacji rodziców z dzieckiem i ewentualnymi aplikacyjnymi walorami pedagogiki prenatalnej, tzn. możliwościami jej zaangażowania na rzecz zapobiegania lub zmiany niekorzystnych relacji, które mogą zaburzać przebieg procesu prokreacji i rozwój dziecka. Postawy rodziców do dziecka są w dużym stopniu związane z ich hierarchią wartości i stylem życia, na który ma wpływ m.in. społeczny kontekst ich egzystencji oraz osobowość i historia życia, zwłaszcza matki.

Następna, trzecia część książki zostanie poświęcona prezentacji tzw. nowego podejścia do prokreacji i dziecka prenatalnego, które w odróżnieniu od dotychczasowego biologistycznego nastawienia charakteryzuje paradygmat personalistyczny.

Opisane tu cechy nowego podejścia do prokreacji i dziecka prenatalnego określiłam jako prezentujące podejście personalistyczne, gdyż wskazując na wyodrębnianie się pedagogiki prenatalnej chciałam podkreślić, iż istotne dla niej jest wyprowadzenie podstawowych twierdzeń z koncepcji osoby, jaka jest właściwa personalizmowi. Nie zaprzecza to oczywiście możliwości budowania pedagogiki prenatalnej w oparciu o inne nurty myślowe. Na terenie psychologii prenatalnej i funkcjonujących organizacji zajmujących się problematyką psychopedagogicznych aspektów prokrea-

personalizm prenatalny, prenatalne oddziaływania wychowawcze, osobotwórczy charakter łona matki, pedagog prenatalny.

cji i prenatalnego okresu życia człowieka, paradygmat ten określany jest jako humanistyczny i ma w odniesieniu do prokreacji ludzkiej – nastawienie bliższe pedagogice emancypacyjnej, natomiast w odniesieniu do dziecka przed urodzeniem – nastawienie bardziej pajdocentryczne, postrzegające rzeczywistość prenatalną przez jego pryzmat, podkreślające autonomię dziecka prenatalnego i domagające się jego upodmiotowienia, skupione na urzeczywistnianiu jego indywidualnego potencjału rozwojowego (por. Milerski, 2007, s. 474).

Jak wspomniano, paradygmat personalistyczny (humanistyczny) znajduje odzwierciedlenie w strukturach naukotwórczych pedagogiki prenatalnej, jakimi są różne organizacje, czasopisma i ośrodki badań oraz rodzaje aktywności podejmowane zwłaszcza w Polsce, a dotyczące psychopedagogicznych aspektów prokreacji i prenatalnego okresu życia. Wyzwania te kładą podwaliny pod propozycję rozwoju pedagogiki prenatalnej jako nowego działu w naukach o wychowaniu. W rozdziale tym rozwijana jest teza, iż pedagogika współczesna dojrzała do uznania na swym gruncie nowej dyscypliny zajmującej się teorią edukacji i wychowania prenatalnego, gdyż jej podmiotowy wymiar (który stanowią zajmujące się nią ośrodki naukowe, konferencje i organizacje), stymuluje do jej wyodrębnienia.

Czwarta część książki podejmie analizę wyzwań, jakie pojawiły się na terenie samej pedagogiki i znalazły wyraz w literaturze przedmiotu. Wychodząc od krótkiego omówienia poglądów jednego z „praojców" polskiej pedagogiki rodziny i zdrowia, jakim okazuje się być w tej dziedzinie J. Śniadecki, poprzez aktualne (na przestrzeni XX wieku i obecnie) tendencje obserwowane na terenie samej pedagogiki (zainteresowanie wczesnym rozwojem dziecka oraz środowiskiem jego życia, podejście biograficzne i narracyjne), wywód prezentuje aktualny stan literatury przedmiotu dotyczącej obszaru określanego prekursorsko jako *pedagogika prenatalna*.

Kluczowe znaczenie dla realizacji problematyki i celów dysertacji mają piąty i następne rozdziały monografii, w których zaprezentowana jest własna propozycja metodologicznego statusu pedagogiki prenatalnej jako nowej dyscypliny pedagogiki, wyłaniającej się z dyskursu naukowego oraz praktyki psychopedagogicznej. Ta część książki podejmuje próbę scharakteryzowania specyfiki metodologicznej pedagogiki prenatalnej (przedmiot, cele, metody, pola współpracy z innymi dziedzinami pedagogiki, jej interdyscyplinarny charakter).

W zakresie proponowanej współpracy pedagogiki prenatalnej z innymi dyscyplinami pedagogicznymi, w pierwszej kolejności omówiono jej relacje z pedagogiką rodziny, zdrowia oraz opiekuńczą, gdyż wydają się jej merytorycznie najbliższe. Charakterystyka ich wzajemnej współpracy ukazuje zasadność wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej jako odrębnej dyscypliny pedagogicznej.

Zamierzeniem kolejnej części książki jest wskazanie na naukowy kontekst wyłaniania się pedagogiki prenatalnej, która pojawia się jako odpowiedź na wyzwania związane z rozwojem psychologii, zwłaszcza prenatalnej, nauk biologicznych i medycznych oraz niektórych nauk humanistycznych i filozoficznych. Jest ona także próbą merytorycznego uzasadnienia potrzeby większego dostrzeżenia na terenie

pedagogiki obszaru prokreacji człowieka i prenatalnego okresu życia oraz możliwości zaproponowania nowej dyscypliny pedagogicznej – pedagogiki prenatalnej. Nauki o wychowaniu – m.in. poprzez proponowaną pedagogikę prenatalną – mogą rozwijać współpracę z innymi dyscyplinami naukowymi, wnosząc specyficzny dla siebie wkład w rozwiązywanie problemów współczesności w obszarze prokreacji i pierwszego okresu życia człowieka.

Monografia zawiera również zakończenie, w którym umieszczono m.in. wnioski dotyczące szansy rozwoju pedagogiki prenatalnej jako nauki i opisano jej oczekiwany wkład do wiedzy o człowieku. Spis bibliograficzny odnoszący się do całości treści został umieszczony na końcu publikacji.

Książka ta adresowana jest do szerokiego kręgu odbiorców, gdyż problematyka w niej podejmowana może zainteresować zarówno osoby z różnych grup zawodowych: pedagogów, psychologów, personel medyczny (lekarzy ginekologów, położników, neonatologów, genetyków, położne, pielęgniarki), pracowników społecznych, osoby zaangażowane w promocję zdrowia, a więc zajmujące się zawodowo dziedziną prokreacji ludzkiej, jak też osoby przygotowujące się do prokreacji lub dla których prokreacja jest obszarem twórczego spełniania się, zwłaszcza pomimo boleśnie doświadczanych trudności w tym zakresie.

Każde, nawet małe dzieło nie powstaje w próżni społecznej i jako autor książki kieruję wyrazy podziękowań do tych wszystkich osób, bez których by ona nie powstała. Przede wszystkim pragnę podziękować moim bliskim: Rodzicom, mojemu mężowi Adamowi, naszym dzieciom: Aleksandrze, Wojciechowi i Michałowi, ich współmałżonkom oraz naszym wnukom: Rafałowi, Marii, Antoninie i Joannie. Dziękuję za to, kim jesteście, za to wszystko, co wnosicie w moje życie i co razem możemy wnosić w życie innych. Za każde podtrzymujące słowo i pomocny gest – z serca dziękuję.

Żywię również szczególny dług wdzięczności wobec moich Przyjaciół, bliskich mojemu sercu Osób, których wiara w sens podejmowanej przeze mnie pracy i konkretne formy wsparcia, zwłaszcza te pozornie niewidoczne, pomogły, by książka ta i poprzedzające ją publikacje ujrzały światło dzienne. Książka powstała w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim – środowisku twórczej pracy naukowej i głębokich przyjaźni. To jest mój „drugi dom", którego ideały stanowiły zawsze główną inspirację moich wysiłków naukowych. Książka nie ukazałaby się również, gdyby nie mój „trzeci dom" i dlatego chcę wyrazić głęboką wdzięczność wobec Osób, które go stanowią, a które przyjęły mnie i dzielą się ze mną jego bogactwem.

Na drodze poszukiwań naukowo-badawczych spotkałam wiele osób, w Polsce i zagranicą, dla których prokreacja była źródłem wielkiej radości lub głębokiego cierpienia oraz tych, których profesjonalizm i oddanie dla sprawy rodziców „młodych młodością swych dzieci" inspirowały mnie do dalszego rozwoju zawodowego w tej dziedzinie. Nie sposób wymienić ich z nazwiska, dlatego wspominając tylko jedną z nich – prof. dr. hab. med. Włodzimierza Fijałkowskiego, Mistrza w sztuce życia i Przyjaciela – pragnę im wszystkim serdecznie podziękować.

Zawartość merytoryczna pracy została zaakceptowana przez Recenzentów wydawniczych. W tym miejscu wyrażam słowa ogromnej wdzięczności Panom Recenzentom: Panu prof. dr. hab. med. Bogdanowi Chazanowi oraz Panu prof. dr. hab. Andrzejowi Pawłuckiemu za trud przeczytania obszernego opracowania, za propozycje zmian oraz za wyrażone przekonanie, że publikacja ta jest bardzo potrzebna, co istotnie umotywowało mnie do przygotowania jej do druku. Okazana przez Panów Profesorów pomoc i życzliwość pozwoliła mi na przygotowanie pracy w jej obecnym kształcie.

Mam świadomość, iż charakteryzując przedmiot, cele i zagadnienia, które mogłyby wchodzić w zakres proponowanej przeze mnie pedagogiki prenatalnej, nie wyczerpuję jej obszaru, a raczej rozpoczynam głos w dyskusji nad możliwą tożsamością naukową tej dyscypliny i zachęcam do podjęcia dalszych refleksji nad jej metodologicznym statusem, do badań w jej zakresie jak też cennych inicjatyw praktycznych w celu optymalizacji doświadczeń prokreacyjnych oraz rozwoju i wychowania człowieka w najwcześniejszej fazie życia.

Rozdział pierwszy

Społeczno-kulturowy kontekst wyłaniania się pedagogiki prenatalnej

Matczyność twoja, bynajmniej wrodzona!
Cyprian Kamil Norwid

Jednym z kontekstów wyłaniania się pedagogiki prenatalnej jest kontekst związany z kulturowym i społecznym wymiarem prokreacji (Kornas-Biela, 2005c, 2006c, 2007b, c, h). Prokreacja stanowi podstawę trwania indywidualnego, rodzinnego, rodowego, dynastycznego, narodowego i gatunkowego. Upadek wielu rodów, wspólnot ludzkich a nawet wielkich mocarstw, następował w wyniku m.in. braku potomstwa. To dzięki prokreacji jednostka pełni ważne funkcje społeczne, realizuje istotne zadania, wnosi liczący się wkład w życie społeczne. Tym samym zaspokaja ważne potrzeby społeczne, np. potrzebę miłości, wzajemnej wymiany uczuć, bliskości, akceptacji, znaczenia, uznania, szacunku, przynależności do wspólnoty, afiliacji, wartościowego spędzania czasu, twórczości, sensu życia.

Poza tym prokreacja zawiera również aspekty kulturowe, wyrażające się w dążeniu do jej realizacji zgodnie z wzorcami, oczekiwaniami i zapotrzebowaniem środowiska społeczno-kulturowego, jak też w inspiracji dla tworzenia dóbr kultury. Prokreacja ma również ważny wymiar społeczno-kulturowy w tym sensie, że zachowania prokreacyjne człowieka podlegają ocenie innych ludzi i rola środowiska w ich uruchamianiu jest trudna do przecenienia. Człowiek mniej lub bardziej liczy się z tym, jaki jest stosunek innych do niego jako istoty prokreacyjnej i do jego zachowań w tym zakresie (dlatego np. u osób z niepowodzeniami prokreacyjnymi istnieje poczucie wstydu, lęku przed niezrozumieniem i odrzuceniem). Poglądy, przekonania, oceny, wzorce i oczekiwania dotyczące prokreacji prezentowane przez osoby znaczące i szersze środowisko (modelowane głównie przez media) odgrywają dużą rolę w ustosunkowaniu się człowieka wobec prokreacji. Spodziewanie się odrzucenia lub akceptacji, dumy lub poczucia winy, szacunku lub poczucia wstydu, radości lub smutku, zwiększenia lub utraty atrakcyjności – modyfikują zachowania, które mogą być sprzeczne z osobistymi potrzebami w zakresie prokreacji (np. decyzja o poczęciu, o aborcji lub sztucznym zapłodnieniu wskutek nacisku otoczenia).

Kontekst wyłaniania się pedagogiki prenatalnej jest związany ze zmianami industrialnymi, urbanizacyjnymi, migracyjnymi, globalizacją, postępem technicznym, re-

definicją statusu kobiet oraz ich uzawodowieniem, ruchami feministycznymi i „rewolucją genderową"[1]. Wszystkie te społeczno-kulturowe przeobrażenia XX wieku spowodowały szereg zmian, np. w aspiracjach kobiet i sposobach pełnienia przez nie ról płciowych, w funkcjonowaniu mężczyzn w rodzinie i poza nią, w postawach wobec seksualności i koncepcji wychowania człowieka jako istoty płciowej[2], wobec prokreacji oraz w przeżywaniu ciąży i porodu, w odniesieniach do dziecka i jego pozycji w rodzinie oraz w osobistym systemie znaczących w życiu wartości.

Na współczesny kulturowo-społeczny kontekst wyodrębniania się pedagogiki prenatalnej składają się również przemiany postaw i ocen społecznych oraz zachowań wobec seksualności, małżeństwa i rodziny, wobec prokreacji i wartości dziecka, wzrastające poczucie niekompetencji rodzicielskiej oraz brak lub niedostateczne systemy wsparcia dla młodych rodziców, docenienie konieczności bardziej integralnego podejścia do prokreacji, a jednocześnie jej zinstytucjonalizowanie i zmedykalizowanie, wzrost znaczenia tzw. jakości życia, zainteresowanie okresem wczesnego dzieciństwa oraz gorące wielodyscyplinarne i medialne dyskusje nad statusem dziecka poczętego.

Dla zobrazowania społeczno-kulturowego kontekstu prokreacji jako wyzwania, wobec którego stoi młode pokolenie Polaków, można przywołać tytuł książki R. Lepperta, Z. Melosika i B. Wojtasik (2005): *Młodzież wobec (nie)gościnnej przyszłości*. Przed pedagogiką, w tym prenatalną, stoi zadanie, by przyszłość tę uczynić dla prokreacji pokolenia wchodzącego w dorosłe życie bardziej „gościnną".

1. Trendy ponowoczesności a postawy wobec płciowej sfery człowieka

Dominujący w cywilizacji zachodniej drugiej połowy XX wieku postmodernistyczny prąd myślowy dokonał wielkich przeobrażeń w podejściu do człowieka, jego wychowania i kształcenia, aspiracji, celów i sensu życia (Szahaj, 1996). Człowiek najczęściej nie zdaje sobie sprawy z tego, iż jego oceny, pragnienia, system wartości, postawy, wybory życiowe zostały ukształtowane poprzez przekaz, jakiemu jest poddawany w określonym czasie historycznym i w danej niszy geograficzno-społeczno-kulturowej. Jest dzieckiem swej epoki, z mentalnością, na którą miały wpływ prądy filozoficzne i religijne, potoczna wiedza i odkrycia naukowe, przesądy i stereotypy oraz poziom życia charakterystyczne dla danego kontekstu kulturowego. Warto poznawać ten szerszy kontekst, by lepiej rozumieć siebie i innych.

[1] Krytyczną analizę rewolucji genderowej przeprowadziła m.in. G. Kuby (2007).

[2] Zagadnienie to zostało poruszone przez autorkę m.in.: 1997b, 1998a, 2005c.

Prąd ponowoczesności wysunął na piedestał takie wartości, jak: długie życie o wysokiej jakości, zdrowie, siła i sprawność fizyczna, piękno młodego ciała, maksymalizacja przyjemnych doznań, wygoda, minimalizacja niedogodności życia i bólu, szybkość i efektywność działania, nieograniczona wolność. Taki system wartości stał się kryterium oceny tego, co warto uznać za godne dążenia, co nadaje status i uznanie społeczne, czego osiągnięcie decyduje o poczuciu osobistej satysfakcji z życia. W stosunku do norm, zasad i wartości postmodernizm charakteryzuje agnostycyzm, irracjonalizm oraz relatywizm poznawczy i moralny, co oznacza odrzucenie faktu istnienia prawa naturalnego i norm absolutnych oraz fundamentalnych, obiektywnych wartości, które byłyby stałe i bezwzględnie obowiązujące[3]. Głosi bowiem, że nie da się przyjąć jednego systemu norm i wartości, gdyż nie istnieje obiektywna prawda ani obiektywne dobro moralne, w tym również dotyczące płciowej i prokreacyjnej sfery człowieka.

Brak stałych i niezmiennych kryteriów oceny, co jest dobre a co złe, prowadzi do sytuacjonizmu i skrajnego indywidualizmu etycznego. Człowiek jest traktowany jako kreator norm – sam wyznacza, co jest dla niego dobre lub złe w danej sytuacji, ocenia czyny zależnie od aktualnego osobistego odczucia, stąd również w zakresie seksualności może robić wszystko, na co ma ochotę, co oceni jako sprzyjające dla niego w danej chwili („co ty uznasz za dobre, drugi może uznać za złe"). Zgodnie z programową dla postmodernizmu tendencją antydemarkacyjną, domaga się przekraczania przyjętych nakazów, reguł, granic i konwencji, dekonstrukcyjnego podejścia do wszystkiego, co zastane, kwestionowania i negowania przyjętych wzorców i zasad postępowania, przedkładania nad nie pluralizmu sposobów zachowania, indywidualnej oryginalności i niepowtarzalności sposobów realizacji siebie w świecie (Bronk, 1996, s. 89).

Postmodernistyczna koncepcja odrzuca możliwość określenia jakiegoś jednego ideału człowieka lub przypisania stałego zestawu jego istotowych cech. Przeciwnie – „Osobowość iście ponowoczesna wyróżnia się brakiem tożsamości. Jej kolejne wcielenia zmieniają się równie szybko i gruntownie, co obrazy w kalejdoskopie" (Bauman, 1993, s. 14). Jeśli natura ludzka nie zawiera w sobie żadnych cech, które przynależałyby jej w sposób absolutny, to zgodnie z takim poglądem każdy człowiek może według własnego upodobania konstytuować siebie, poza jakimkolwiek zdeterminowaniem i ograniczeniami biologicznymi.

Człowiek w koncepcji ponowoczesności jest więc nie tylko kreatorem norm, ale również siebie samego wobec indywidualnie zmiennego wzorca. Wolny wobec wszystkiego, a zwłaszcza wobec prawdy o własnej tożsamości (kim jest człowiek?) i naturze ludzkiej, którą uznaje za niejedną, przelotną, warunkową, niepewną i nietrwałą, skoncentrowany na teraźniejszości i poszukiwaniu wrażeń, odmienności, nowości, przyjemności i grze w świecie ryzyka (Łukaszewski, 2000) – człowiek ma swobodę konstytuowania siebie na różne sposoby i wedle zmiennych zachcianek,

[3] Na niebezpieczeństwa społeczne relatywizmu etycznego zwracają uwagę m.in. encykliki (Kościoła katolickiego) *Centesimus annus* (1991) oraz *Veritatis splendor* (1993).

bez wchodzenia w jakiekolwiek więzi i trwałe relacje z innymi, gdyż stanowiłyby one ograniczenie dla realizacji własnych kaprysów i potrzeby doświadczania zmian.

Sfera płciowości człowieka, jego odniesień seksualnych i doświadczeń prokreacyjnych według koncepcji ponowoczesności nie jest przedmiotem oceny moralnej – jest postawiona poza moralnością, gdyż nic nie jest moralne „tak naprawdę", poza tym, co dana osoba w danej sytuacji uzna za moralne. Wolność postmodernistyczna ma charakter negatywny – wolnym jest człowiek nieskrępowany żadnymi nakazami lub zakazami, wolny „poza złem i dobrem" (Rymkiewicz, 1995). Subiektywność w ocenie wartości moralnej czynów prowadzi do swobodnego ustalania dla siebie granic wolności i odpowiedzialności oraz przyznawania sobie wielu praw osobistych (np. prawa do prostytucji, dostępu do pornografii[4], do bezbolesnej śmierci, do śmierci w czasie wyznaczonym przez siebie), seksualnych, reprodukcyjnych, rodzinnych (prawa do konkubinatu, tworzenia rodziny przez osoby jednej płci). Tolerancja dla wszelkich odmienności, a nawet pochwała dla alternatywności stylów życia, nieskrępowanej niczym twórczości, dla polimorficznej seksualności jest wyróżnikiem liberalnego charakteru postmoderny[5].

Pogląd, że oceny moralne są jedynie odbiciem jednostkowych, subiektywnych przekonań, prowadzi do pewnych konsekwencji pedagogicznych. Jedną z nich jest programowe odrzucanie w wychowaniu zastanego systemu norm i wartości. Nakłanianie młodych do kontestowania ocen moralnych dorosłych, do zrywania z tradycyjną moralnością, traktowaną jako „nie na te czasy", „zużytą" i „przestarzałą" – staje się wręcz postulatem wychowawczym. Uwolnienie się od tradycyjnych przekonań i wzorców postępowania uzasadnia się historycznie i kulturowo zróżnicowanymi formami, np. ekspresji seksualnej, małżeństwa i rodziny oraz podziału ról społecznych. Skoro systemy wartości i norm związane z płciowością różnią się jednostkowo i kulturowo, to znaczy, że istnieje nieograniczona wolność człowieka w uznaniu tego, co dobre lub złe moralnie w dziedzinie ludzkiej płciowości.

Przekonanie o subiektywizmie ocen moralnych i ich indywidualnych znaczeń prowadzi do przyjęcia poglądu, że jakakolwiek stała norma moralna i niezmienna ocena moralna byłaby zamachem na wolność człowieka, niemożliwym do zaakceptowania ograniczeniem. Uważa się, iż niebezpieczne dla absolutnej wolności człowieka jest jakiekolwiek prawodawstwo normujące zachowania w tym zakresie (np. ustawa definiująca związek małżeński jako związek osób przeciwnej płci), jakiekolwiek pojęcia tzw. normy i patologii w dziedzinie seksualności (wszystko dozwolone, jeżeli partner wyrazi zgodę), jakiekolwiek głoszenie publiczne zdań oceniających, co jest dobre a co złe moralnie w dziedzinie związanej z płciową i prokreacyjną sferą człowieka.

Przyjmując, iż „oceny moralne są twoją prywatną sprawą i nie powinieneś ich ujawniać, by nie czynić presji na drugim", postuluje się „neutralne moralnie" progra-

[4] Por. Kornas-Biela, 1999h, 2005d.

[5] Jednym z przejawów niekonsekwencji postmodernizmu jest fakt programowego odrzucania wszelkiej absolutności poza absolutną wolnością.

my edukacji seksualnej i wychowania, zobowiązuje się dorosłych do nieujawniania swych przekonań moralnych przed dziećmi i młodzieżą. Pod hasłem pluralizmu przedstawia się propozycje różnego ukierunkowania aktywności seksualnej, jako równoważne pod względem zdrowotnym, psychologicznym i moralnym, celem dokonania przez każdego osobistego wyboru. Lansuje się pozytywne postawy wobec wszelkich form aktywności seksualnej i otwarcia na różne rodzaje związków opartych o kontakty seksualne, tłumi się poczucie skrępowania, wstydu i winy moralnej oraz łamie się wewnętrzne opory przeciw zachowaniom uważanym kiedyś za perwersje seksualne, ośmiesza się czystość przedmałżeńską i wierność, a zachęca się do „twórczej aktywności seksualnej".

Indywidualizm moralny znajduje również wyraz w stosowanej metodzie zwanej klaryfikacją wartości, dzięki której poprzez „pogłębioną dyskusję", stosowane pytania i przykłady oraz odgrywanie ról, pomaga się uczniowi lub dorosłemu odbiorcy w odkryciu jego własnego systemu wartości i ocen moralnych związanych z dziedziną seksualną.

Pod hasłem tolerancji propaguje się postawę wstrzymywania się od ocen moralnych i akceptowania wszelkich odmienności w zakresie ekspresji i zaspakajania potrzeb seksualnych i prokreacyjnych oraz alternatywnych stylów życia. Tolerancja dla marginalnych zachowań i postaw wyraża się w domaganiu się pełnej akceptacji dla nich i normowania wolności przez prawo (Kornas-Biela, 1997b). Człowiek wolny od ocen moralnych dotyczących dziedziny seksualnej, kreator norm i decydent tego, co dobre i złe, stoi przed wyborem, jakiej chce być płci, w jakiej czuje się najlepiej, stąd propagowany jest nowy model seksualności polimorficznej. W tej perspektywie zanika znaczenie kobiecości i męskości, a tym samym rodziny jako wspólnoty charakteryzującej się cechą dwubiegunowości rodzicielskiej.

Postmodernistyczna filozofia, ujmująca człowieka jako niestrudzonego poszukiwacza przyjemności, o regulacyjnej dla jego funkcjonowania roli deficytu bodźców i poszukiwania wrażeń oraz przyjemności, wzmocniła wpływy rewolucji seksualnej, jaka miała miejsce na zachodzie Europy i w Ameryce Północnej (zob. np. Melosik, 2002). Ponowoczesna wizja rzeczywistości, współgrająca z procesami laicyzacyjnymi, spowodowała odarcie płciowości i prokreacji z moralnego i duchowego wymiaru, wysunięcie postulatu nieograniczonego korzystania z dostępnych człowiekowi źródeł przyjemności, a tym samym zmniejszenie znaczenia instytucji małżeństwa i rodziny oraz wartości dziecka.

Traktowanie sfery seksualnej jako niewyczerpanego źródła doznań, które na wszelkie możliwe sposoby należy maksymalizować, oznaczało lansowanie eudajmonistycznego ideału życia, akceptację wartości utylitarnych i materialnych. Pojmowanie miłości jest sprowadzone do „uprawiania" i utożsamione z aktywnością seksualną („kochamy się"). Drugi człowiek jest oceniany w kategoriach towaru „na sprzedaż" lub „do kupienia", „obiektu pożądań", „przedmiotu użytku", zależnie od tego, w jakim stopniu może się przydać, aby dostarczyć przyjemności zmysłowej lub gratyfikacji uczuciowej, jak bardzo można na nim zarobić lub skorzystać w jakiś sposób.

Sfera seksualna i prokreacji staje się terenem konsumpcji i handlu, terenem, na którym panują prawa podaży i popytu oraz konkurencji (rozwój przemysłu pornograficznego)[6]. Stąd bierze się nastawienie na instruktaż technik seksualnych, ujmowanie relacji międzypłciowych wąsko, głównie w kategoriach redukcji napięcia i „zabawy we dwoje", dążenie do ciągłej zmiany partnerów umożliwiające efekt nowości, rozdzielenie aktywności seksualnej od prokreacji (dzięki antykoncepcji) i prokreacji od zachowań seksualnych (poprzez użycie metod sztucznego wzbudzania życia ludzkiego), warunkowa akceptacja dziecka poczętego, domaganie się bezwzględnego prawa do „posiadania" dziecka.

Interesujący jest fakt, iż w czasach apoteozy seksualności pojawiła się praktyka aseksualnej prokreacji, wzbudzania życia ludzkiego na podstawie relacji klient – obsługa i umowa, zapłata, kontrola jakości. Właściwe ludzkiemu aktowi prokreacyjnemu zbliżenie seksualne, decydujące o początku osoby i jej niepowtarzalnej identyczności, zawierające w sobie otwarcie na niewiadomą, na „sortowanie genów" obu partnerów i powstanie jednostki ludzkiej z nieskończonej i niemożliwej do przewidzenia różnorodności genetycznych kombinacji – jest w tym wypadku niepotrzebne. Rezygnuje się „z zupełnie nowego potencjału genetycznych możliwości, jaki mógłby pojawić się w wyniku seksualnego poczęcia dziecka". Uboższa staje się nie tylko nowa jednostka ludzka, ale też społeczność, w której będzie ona wzrastać (Chyrowicz, 1999, s. 153). Trendy ponowoczesne wydają się zatem nie służyć człowiekowi rozumianemu inaczej, niż w ramach właśnie tej koncepcji.

II. Zmiany postaw wobec prokreacji

Społeczeństwo polskie, w warunkach procesów transformacyjnych od końca lat siedemdziesiątych XX wieku podlegało zmianom nie tylko ustrojowym, polityczno-gospodarczym i kulturowo-społecznym, ale też mentalnym. Zmiany te spowodowały w wielu dziedzinach więcej strat niż zysków, stąd mówi się o tych dwóch pokoleniach jako o „przegranych" (Mariański, 2008b, s. 23). Dlatego też konsekwencje polskiej transformacji ustrojowej określa się jako traumę kulturową (Hejnicka-Bezwińska, 2004).

1. Ponowoczesność wobec małżeństwa i rodziny

Społeczeństwo polskie coraz bardziej upodobnia się do społeczeństw zachodnich, a tym samym przybiera cechy społeczeństwa ponowoczesnego (postnowoczesnego,

[6] O negatywnych skutkach pornografii dla prokreacji i życia rodzinnego – zob. Scott, 1995; Cline, 1996; Potocki, 1997; Kornas-Biela, 1993b, 1999c, h, 2006c.

postmodernistycznego, drugiej nowoczesności, refleksyjnej modernizacji). Tak zwany nowy skok modernizacyjny i związana z nim ponowoczesność zaważyła również na postawach wobec małżeństwa, rodziny i prokreacji oraz funkcjonowaniu rodzin (Magier, 2003). I w tym zakresie zmiany idą w kierunku, który charakteryzuje: agnostycyzm; skrajny indywidualizm i subiektywizm; relatywizm i sytuacjonizm, a więc i radykalny pluralizm równoważnych norm, zasad, wartości, możliwości, stylów życia, wyborów („społeczeństwo opcji"); nieograniczona wolność i permisywizm (człowiek „mistrzem wolności"); autonomia (jako potrzeba i kryterium oceny satysfakcji z życia); nieustanna zmiana wszystkiego, więc nic nie jest pewne („wszystko płynie"); ważne „dziś" i życie chwilą obecną (maksymalizacja przyjemności czerpanej z teraźniejszości, zwolnienie z odpowiedzialności, „doczesność odsolidaryzowana"); pragmatyzm i utylitaryzm (nieważne, co słuszne, ważne, co korzystne; nieważne wartości, ważne interesy; od „kultury norm" do „kultury użyteczności"); konsumizm (prymat „mieć" nad „być"), znaczenie „podaży i popytu", oceny zysków i strat; efektywność (reguły „rynku"); prywatność i atomizacja życia społecznego; sekularyzm i otwartość na konkurujące ze sobą różne oferty światopoglądowe i religijne; religia oparta na uniwersalnych zasadach moralnych określających „jak dobrze żyć", a tym samym proponująca „zeświecczenie zbawienia" (Mariański, 2008b, s. 18-23, 33).

Powyższe przemiany najbardziej dotkliwie dotknęły instytucji małżeństwa i rodziny (np. Kryczka, 1997; Cudak, Marzec, 2001; Tyszka, 2001, 2002; Adamski, 2002; Janke, 2002a; Marody, 2002; Slany, 2002a, b; Balcerzak-Paradowska, 2004; Graniewska, 2004; Maciarz, 2004; Warzywoda-Kruszyńska, Szukalski, 2004; Ziemska, 2005; Kawula, 2006), wobec których zauważa się procesy dezinstytucjonalizacji, destandaryzacji, dekonstrukcji, destabilizacji, dezintegracji, defamilizacji, demontażu, a w Polsce określa się te zmiany jako „westernalizację zachowań małżeńsko-rodzinnych" (Kluzowa, Slany, 2003). I. Kowalska charakteryzuje te przeobrażenia jako zmiany w zakresie: wzorców tworzenia rodziny, jej wielkości, pełnienia przez nią jej podstawowych zadań, warunków życia rodzin i kondycji zdrowotnej jej członków oraz norm i wartości uznawanych przez społeczeństwo (2001a, s. 11).

Można powiedzieć, że już nie tylko głęboki i długotrwały kryzys miałby charakteryzować współczesną rodzinę, ale jej demokratyzacja, pluralizacja i pojawienie się różnych form „związku wolnych ludzi" jako modelu rodziny ma prowadzić do „postrodzinnej rodziny", „heterogenicznej rodziny ponowoczesnej", „tolerancyjnego sąsiedztwa". Dla jednych oznacza to tylko nowy trend, dla innych upadek i śmierć tradycyjnej rodziny opartej na małżeństwie jako wspólnocie mężczyzny i kobiety, otwartych na dzieci. Mówi się o „rodzinie w odwrocie". Dramatyczne zmiany dotyczące życia rodzinnego prowadzące od „epoki klanów i rodów" poprzez „epokę rodziny" do „epoki indywidualizmu", określa się wręcz jako „rewolucję antropologiczną" (Mariański, 2008b, s. 37-39; Slany, 2003).

Małżeństwo i rodzina staje się „kreatywnym i dynamicznym projektem, który może być realizowany w wielu wariantach", zależnie od dążenia do indywidualnie i zmiennie rozumianego szczęścia. Jednocześnie, obie te formy życia są ujmowane

jako ryzykowne osobiste przedsięwzięcie, pozbawione społecznych zabezpieczeń, stąd, zależnie od sytuacji emocjonalnej lub koniunkturalnej (np. na rynku pracy, wymagań co do edukacji), małżeństwo i rodzina mogą zostać zakwestionowane i zdezaktualizowane, a potem w innej formie zrekonstruowane (Slany, 2003).

Postnowoczesną rodzinę cechuje więc m.in. emocjonalizacja i intymizacja jej wewnętrznej struktury, kontraktowy charakter, negocjowanie wzajemnych stosunków, dopasowywanie wydarzeń życia rodzinnego do osobistych i zmiennych pomysłów jej członków, „świadome rodzicielstwo" rozumiane jako rodzenie jedynie planowanych dzieci. Jeśli długość trwania małżeństwa jest sprawą negocjacji i pozytywnych ustosunkowań, zaś zobowiązania co do jego trwałości uważane są za zamach na osobistą wolność, to związany z nimi brak poczucia stabilizacji i bezpieczeństwa nie sprzyja posiadaniu dzieci. Modalność, jako cecha człowieka epoki postindustrialnej, powoduje, że przechodzi on przez życie jak turysta, który jest nieodporny na monotonię codzienności a odporny na ryzyko i bez lęku zmienia pracę, partnera, miejsce zamieszkania, szukając „nowego" (nowe plany, nowy partner, nowe warunki).

Nowe modele „zmodernizowanej" rodziny (Racław-Markowska, 2000), to np. rodziny zrekonstruowane (Kromolicka, 1997), diasporowe (Kawula, 2003), wtórne, niepełne, kohabitanckie (konkubenckie – Marzec-Holka, 1998; Jabłoński, Ostasz, 2001), alternatywne, „z wyboru", „na próbę", „na określony czas", mieszane, oparte na związku osób jednej płci, związku osób z rodzicem „A i B", rodzinne związki partnerskie, domowe związki partnerskie, związki *quasi*-rodzinne, jak DINKS (podwójny dochód – żadnych dzieci) i LAT (żyjąc razem – oddzielnie) (Dyczewski, 2007b, s. 28-29), rodzina „składanka" (*patchwork family*), rodzina „nomadyczna", kółko przyjacielskie. Wszystkie tzw. nowe formy rodziny nie tworzą warunków dogodnych dla prokreacji (Rymsza, 2001; Dyczewski, 2002; Slany, 2002a, b; Tyszka, 2002; Kwak, 2005; Janicka, 2006, s. 78)[7].

2. Kryzys demograficzny

Obserwowana na przestrzeni ostatniego stulecia duża zmiana w podejściu do prokreacji i funkcji prokreacyjnej rodziny, zwłaszcza związana z ograniczaniem liczby

[7] Przy czym każdy z wymienionych związków rodzinnych nie stanowi jednolitej kategorii, np. rodziny niepełne różnią się w zależności od płci rodzica (samotne macierzyństwo, ojcostwo), przyczyn braku jednego z nich (śmierć, porzucenie, separacja lub rozwód, pozamałżeńskie dziecko, ojciec nieznany) oraz stałości braku rodzica, gdyż jego nieobecność może być stała, długotrwała lub czasowa, co generuje np. wzrastający problem „eurosieroctwa". Problemowi temu poświęcone są już portale internetowe, a Fundacja Prawa Europejskiego przygotowała Raport *Eurosieroctwo 2008* na podstawie badań w Polsce 110 tysięcy rodzin emigrantów, do których dotarło 6 tysięcy ankieterów. Szacuje się, że w naszym kraju jest obecnie 130 tysięcy eurosierot wymagających pomocy.

dzieci w społeczeństwach USA i Europy, ma bardzo wiele przyczyn[8] oraz konsekwencji, które jednocześnie stają się czynnikami powodującymi ciąg następnych przemian[9]. Zmiana postaw wobec prokreacji jest jednym z najbardziej dramatycznych przemian społecznych ostatniego wieku i wskazuje na kryzys antropologiczny, kryzys wiary w sens życia, w przyszłość (Nagórny, 2001). Zainteresowanie prokreacją i przyznawanie jej wielkiej wartości ma bowiem tak długą historię, jak długo istnieje człowiek. Od czasów prehistorycznych przywiązywano ogromną wagę do przekazywania życia, gdyż od płodności zależało przetrwanie rodziny, rodu lub plemienia oraz zapewnienie żywności. Dzieci stanowiły o bogactwie rodziny, prokreacja była wyrazem błogosławieństwa[10], z dzieckiem wiązano wartość ekonomiczną, gdyż wnosiło w rodzinę ręce do pracy, a potrzebna dla niego „miska strawy" nie była aż takim obciążeniem[11].

Obecnie sfera produkcyjna i reprodukcyjna zostały od siebie oddzielone, a użyteczność społeczna czy ekonomiczna dziecka w rodzinie zanikła (Slany, 2002a). Dziecko nie jest już tak jak kiedyś potrzebne rodzicom jako „wartość ekonomiczna", „ręce do pracy", a nawet jako „zabezpieczenie na starość". Posiadanie dzieci jest porównywane do udzielenia „pożyczki hipotecznej bez ustalenia wysokości rat i bez określenia terminu ich spłaty", co oznacza podjęcie zbyt wysokiego ryzyka i obarczenie się niedogodnościami, dlatego prokreacja staje się przedmiotem finansowych kalkulacji i wynikiem planowania, a tym samym najczęściej przegrywa z innymi dobrami (Bauman, 2003, s. 133; Maciarz, 2004). Ten kryzys w sferze prokreacji wiązany jest z kryzysem macierzyństwa, ojcostwa i rodziny jako wspólnoty (Kornas-Biela, 1999b, 2000e, 2001c, 2006f, 2007c).

Polska jest krajem, w którym na tle innych krajów Europy na przestrzeni ostatnich 25 lat obserwuje się szczególnie dramatyczne (najwyższe, o 50%) zmniejszenie się poziomu rozrodczości[12], co powoduje, że od 1999 roku obniża się liczba mieszkańców kraju (liczba zgonów przewyższa liczbę urodzeń), a tym samym dzisiejsze

[8] Teorie interpretujące zmiany w zakresie struktury i funkcjonowania małżeńsko-rodzinnych układów przedstawia m.in. S. Kawula (2006, s. 113 i nast.), J. Gorbaniuk (2007), a w zakresie płodności i rodziny w Polsce omawia m.in. E. Frątczak (2003a, s. 86-92).

[9] Por. np. Adamski, 2002, s. 141-174; 157-160. Na niebezpieczeństwa przemian demograficznych zwraca też uwagę dokument Papieskiej Rady do spraw Rodziny *Etyczny i pastoralny wymiar przemian demograficznych* (1994).

[10] Postawę otwartości na prokreację oddają przysłowia, np.: „Dla każdej matki miłe jej dziatki", „Dzieci są błogosławieństwem Bożym", „Gdzie więcej dzieci, tam więcej Ojczenasz", „Komu Bóg da dzieci, da i na dzieci", „Na dzieci z nieba leci", „Niech się dzieci rodzą, póki nogi chodzą", „Szklanek i dzieci nie ma nigdy nadto", „Rodzina bez dzieci, to jak las bez ptaków", „U kogo dzieci, tam szczęście świeci".

[11] „Dziecko u panów ubóstwem, u chłopów bogactwem", „Gdzie więcej dzieci, prędzej idzie robota" – *Nowa księga przysłów i wyrażeń przysłowiowych*, t. I: *Dziecko*, Warszawa 1972, s. 523, 528-529, 533.

[12] „Bezpośrednim tego następstwem będzie nasilenie się demograficznej starości, zjawiska uznawanego powszechnie za jedno z najtrudniejszych wyzwań we współczesnym świecie" (Frątczak, 2003b, s. 18).

pokolenie rodziców zostanie zastąpione przez pokolenie dzieci o 1/3 mniej liczne (Strzelecki, 2003a).

Bogata literatura dokumentuje niepokojące tendencje odnotowywane przez statystyki demograficzne w Polsce, jak: obniżanie się wieku inicjacji seksualnej, obniżanie się wieku zastosowania po raz pierwszy środków antykoncepcyjnych, zwiększenie się częstości stosowania tych środków, w tym również przy pierwszym kontakcie seksualnym, tendencja do coraz większych zmian podejścia wobec seksualności i płodności w młodszych grupach wieku (Frątczak, 2003b, s. 39), mniejsza skłonność do zawierania małżeństw, opóźnianie decyzji matrymonialnych przez osoby w wieku o największej dotychczas skłonności do zmiany stanu cywilnego, tzn. 20-24 lata i zwiększenie odsetka dzieci rodzonych przed zawarciem związku małżeńskiego (Kowalska, 2001a; Balcerzak-Paradowska, 2003). Pozytywnym faktem jest m.in. to, iż obserwuje się spadkowy trend intensywności zawierania małżeństw przez osoby w wieku poniżej 19 roku życia, które są najbardziej narażone na ryzyko rozwodu po krótkim czasie wspólnego pożycia (Kowalska, 2001a, s. 32, 38).

Obserwuje się ponadto spadek liczby i natężenia urodzeń (obniżanie się współczynnika dzietności, współczynnika płodności, utrwalanie się modelu małodzietności) we wszystkich grupach wieku, podniesienie wieku kobiet rodzących dzieci (w tym zwłaszcza pierwszego dziecka), a więc starzenie się pierworódek i brak czasu na zrealizowanie odroczonej prokreacji, systematyczny wzrost urodzeń pozamałżeńskich (w tym przez nastolatki), zmniejszanie absolutnej liczby zawieranych małżeństw oraz zwiększanie się liczby zakładanych związków innych niż małżeństwo, wzrost liczby związków nieformalnych (Kowalska, 2001a, b; Frątczak, 2003a, b; Strzelecki, 2003b; Wróblewska, 2001) i wzrost rozwodów (ok. 1/3 małżeństw rozwodzących się nie ma dzieci – Bieleń, 2004, s. 77). Dzieci z małżeństw rozwiedzionych, poprzez problemy osobowościowe, wnoszą ryzyko podobnych zachowań w swoim życiu małżeńskim (por. Brągiel, 2004; Cudak, 2004; Sokal, 2005; Janicka, 2006).

Wysoka wartość rodziny w polskim społeczeństwie mierzona jest raczej poprzez odczuwane szczęście. Gdy go zabraknie, zindywidualizowany pragmatyzm prowadzi do rozwodu i ewentualnie założenia nowej rodziny, aby osiągnąć cel – szczęście osobiste (Budzyńska, 2008, s. 46)[13]. Młodzież polska, jak wynika to z różnych badań, dopuszcza rozwód, jeśli istnieją ku temu ważne powody (np. Mariański, 1995, s. 315; 2003, s. 368-389; Dyczewski, 2007b, s. 33-34; Adamczyk, 2008, s. 258; Zaręba, 2008, s. 219). Ponadto, obserwuje się systematyczny wzrost liczby rozwodów wśród par z ponad dwudziestoletnim stażem małżeńskim (Kowalska, 2001a, s. 39).

[13] Potwierdzeniem są wyniki badań wśród próby 955 gimnazjalistów przeprowadzone przez J. Baniaka (2008), które wskazały, że w życiu rodzinnym bardziej cenią oni własne szczęście niż trwałość małżeństwa i wspólnoty rodzinnej.

Obserwowany w Polsce kryzys życia rodzinnego skutkuje bardzo niskim poziomem zawieranych małżeństw (poniżej lub ok. 5 na 1 tys. mieszkańców), wzrostem małżeństw dobrowolnie bezdzietnych (6,9% – Kurkiewicz, 2003, s. 150; 14,4% – Plopa, 2004, s. 395; 2,2% – Dyczewski, 2007b, s. 36; 9,2% – Baniak, 2008, s. 195)[14] oraz wartością współczynnika dzietności poniżej prostej zastępowalności pokoleń (w Polsce 1,3; miasto: 1,2; wieś: 1,4).

Od 1989 roku utrzymuje się zawężona zastępowalność pokoleń z wyraźną tendencją do pogłębiania się różnic między rzeczywistym poziomem dzietności a niezbędnym do zachowania reprodukcji prostej (każda kobieta powinna urodzić przynajmniej jedną córkę – Kowalska, 2001a). Zmiany te demografowie określają jako depresję populacyjną (Slany, 2005, s. 37-38), która spowoduje depopulację Polski w pierwszej połowie XXI wieku o co najmniej 5 mln, starzenie się społeczeństwa i problemy dla systemu emerytalnego, finansów publicznych i redystrybucji PKB (Strzelecki, 2003a; Jóźwiak, 2003). U progu XXI wieku niepokojący jest dla Polski fakt braku perspektyw na zahamowanie spadku ogólnej liczby ludności (np. z powodu emigracji zarobkowej ludzi młodych w najkorzystniejszym wieku prokreacyjnym) oraz załamanie się funkcji prokreacyjnej rodzin.

Wszystkie analizy demograficzne wskazują, że perspektywa spadku dzietności jest nieuchronna, gdyż przewidywane są dalsze zmiany w zakresie tych czynników, które zagrażają podejmowaniu prokreacji. Są to: zmniejszenie liczby osób identyfikujących się z nauczaniem Kościoła oraz obniżanie aktywności religijnej, zmiany w systemie wartości i norm (postawa „mieć" nad „być"), wzorce konsumpcyjne i hedonistyczne oraz inwestowanie w tzw. kapitał ludzki, lansowanie modelu małodzietności przez opinię społeczną, pogarda wobec rodzin wielodzietnych i bagatelizowanie ich potrzeb, antyrodzinna polityka państwa, dążenie do wysokiej jakości warunków materialnych i mieszkaniowych, chęć zdobywania coraz wyższego wykształcenia i dokształcania się, podejmowanie aktywności zawodowej przez kobiety, chęć inwestowania w edukację i wszechstronny rozwój dzieci, powszechna dostępność środków antykoncepcyjnych i wczesnoporonnych (np. Kowalska, 2001a, s. 46, 50-53). Z tym nierozerwalnie łączą się zarówno jako przyczyna, jak i skutek – zagrożenia życia rodzinnego (Poraj, Rostowski, 2003).

Zmiany, jakie dokonały się w XX wieku w podejściu do prokreacji, nie wynikają jedynie z warunków społeczno-ekonomicznych (trudności na rynku pracy, bezrobocie, trudna sytuacja mieszkaniowa, wzrost aspiracji edukacyjnych), ale przede wszystkim ze zmian ideologicznych, obyczajowych, a więc odnoszących się do systemu wartości. Przeobrażenia zmian dotyczą m.in. wartości i pozycji dziecka w rodzinie

[14] Bezdzietność przestaje być stygmatyzująca z powodu wykluczenia z tworzenia kapitału rodzinnego, przeciwnie – staje się międzynarodową modą „wolności od" dziecka, symbolem „nowoczesnego" podejścia do życia, skutkiem przeorientowania kobiet na samorealizację i cele edukacyjne oraz zawodowe, dzięki czemu osiągają one wymierne korzyści, które mogą zainwestować w siebie. Aprobata dla bezdzietności zatem wzrasta (Kluzowa, Slany, 2003).

oraz postaw wobec niego. Istnieje bowiem istotny i głęboki związek między długofalowymi modelami płodności (częstości urodzeń) a postawami wobec dziecka (Ariès, 1980, s. 649).

Zmniejszenie liczby urodzeń wskazuje przede wszystkim na spadek sakralnej wartości życia w ogóle (Angelini, 1994; Majdański, 2001) oraz wartości, jaką jest samo dziecko. Inaczej mówiąc, wyraźnie straciły na znaczeniu społeczne i religijne względy posiadania dziecka, które przestało być cenione jako „wartość sama w sobie" (Kowalska, 2001a, s. 49), „wartość rodzinna" lub oznaka błogosławieństwa. Wzrosła natomiast jego wartość jako dobra zaspakajającego potrzeby psychiczne rodziców, jako źródło radości i samorealizacji. Widoczne jest indywidualne i sprywatyzowane widzenie dziecka, które jest upragnione jako czynnik rozwoju osobistego, usensowienia życia, wzmocnienia więzi małżeńskiej, zabezpieczenia przed samotnością na starość (Dyczewski, 2007b, s. 36). Dlatego też po urodzeniu jednego lub co najwyżej dwojga dzieci, emocjonalne potrzeby rodziców zostają zaspokojone i posiadanie następnego potomstwa staje się przedmiotem kalkulacji, „rachunku ekonomicznego", jak przy nabywaniu luksusowych dóbr.

Decyzja o powiększeniu rodziny staje się wypadkową kalkulacji kosztów, zysków i strat, użyteczności i obciążeń związanych z posiadaniem dzieci oraz konkurencyjności innych dóbr trwałego użytku. Decyzja jest więc trudna do podjęcia, tym bardziej, że liczne rodziny nie cieszą się uznaniem społecznym. Przeciwnie – model rodziny małej liczbowo jest silnie zdeterminowany przez wzorce propagowane w środkach masowego przekazu i przenoszony z rodziny pochodzenia (por. Kowalska, 1999, 2001a, s. 49, 2001b). Jednocześnie, rzadka prokreacja staje się znaczącym wydarzeniem rodzinnym.

Szczególnie trudna decyzja o prokreacji dotyczy rodzin z ryzykiem genetycznym lub sytuacji, w której rodzice otrzymali niepomyślną diagnozę prenatalną i wahają się, czy skorzystać z selektywnej aborcji, czy też przygotować się na urodzenie dziecka z chorobą lub wadą wrodzoną, czasem zaś dziecka z chorobą letalną (Kornas-Biela, 2008). Dominująca ideologia osobistego sukcesu i konsumpcji utrudnia podjęcie decyzji o kontynuowaniu ciąży i urodzeniu dziecka z problemem zdrowotnym, którego posiadanie stygmatyzuje całą rodzinę w odbiorze społecznym.

Niepomyślna informacja blokuje zwykle więź rodziców z dzieckiem przed jego urodzeniem. Jakość komunikacji między rodzicami a personelem medycznym (zwłaszcza tzw. pierwszej informacji, np. Kornas-Biela, 1988b; Saviani-Zeoti, Petean, 2007) wpływa znacząco na więź rodziców z dzieckiem, a w niektórych badaniach wsparcie ze strony personelu jest nawet istotnie ważniejsze w tym zakresie niż wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół (Cranley, 1984). Dlatego rodzice ci potrzebują profesjonalnej pomocy, aby więź z dzieckiem obciążonym chorobą wrodzoną mogła się prawidłowo rozwijać (wczesna interwencja już na etapie przed urodzeniem dziecka). Dla rodziców (i całej rodziny) dziecka z chorobą letalną brak jest zorganizowanej pre- i perinatalnej paliatywnej opieki hospicyjnej, dzięki której mogliby poradzić sobie z procesem żałoby, rozłożonym w czasie na okres przed i po urodze-

niu, a jednocześnie, opierając się na tych trudnych doświadczeniach, wzmocnić swoje rodzicielskie zasoby rozwojowe[15] (Dangel, 2008; Szymkiewicz-Dangel, 2008; Kornas-Biela, 2008b).

Pragnieniu posiadania dziecka nie sprzyja lansowany ideał kobiety spełniającej wygórowane standardy co do atrakcyjności fizycznej i seksualnej, której pozycja i uznanie społeczne uzależnione są od poziomu wykształcenia, wysokości zarobków, zaangażowania w pracę zawodową, społeczną lub polityczną. W prezentowanych wzorcach ambicji życiowych i spędzania czasu brak jest miejsca na dzieci, przeciwnie – aktywność seksualna nie ma powiązania z prokreacją. Ten model kobiecości trudno realizującej się w macierzyństwie lub rezygnującej z niego wzmacniany jest przez model męskości bez ojcostwa. Szczególnym zagrożeniem dla prokreacji, prawidłowego rozwoju dziecka przed urodzeniem i całości życia rodzinnego jest samotne macierzyństwo, coraz częściej będące wynikiem dobrowolnej decyzji kobiety, jako tzw. macierzyństwo z wyboru bez ojcostwa (Graniewska, Krupa, Balcerzak-Paradowska, 1986; Lachowski, 1995; Kukołowicz, 1999; Lachowska, 1999) oraz rodzicielstwo przed uzyskaniem pełnoletniości (Marzec-Holka, 1994); Kornas-Biela, 2001b; Skowrońska-Zbierzchowska, 2008). Podejmowanie decyzji o prokreacji utrudnia również odnotowywane w obecnych czasach rozmycie ról płciowych, zwłaszcza dotyczące kobiet (role kobiece mniej jednoznaczne i stabilne niż role męskie). Utrudnia to krystalizowanie się tożsamości płciowej u dziewcząt (poczucie tożsamości pełni rolę regulacyjną, wyznacza obszary i rodzaje aktywności), akceptację własnej płci i wynikających z niej zadań życiowych, a tym samym osłabia chęć podjęcia roli macierzyńskiej (Opozda, 2006).

III. Zachowania prokreacyjne wyzwaniem dla pedagogiki

Wobec wspomnianych przeobrażeń życia małżeńskiego i rodzinnego prowadzących m.in. do zagrożenia demograficznego dla populacji ludzkiej krajów tzw. Zachodu i Północy, jawi się nowe zadanie prorodzinnego wychowania nowych pokoleń, nieograniczające się do ukazania im wartości i sensu życia, ale również zmierzające do przygotowania ich do prokreacji i zwiększające prawdopodobień-

[15] Problemy te autorka omówiła m.in. w ramach referatów konferencyjnych: *Interdisciplinary care for families with a prenatal diagnosis of an anomaly.* XI Congress of European Federation of Catholic Medical Associations, nt. „Natural law and statutory law in contemporary European medicine", Gdańsk, 11-14.09.2008, Materiały Kongresowe, s. 34; *Prenatalna diagnoza o niepomyślnym stanie zdrowia dziecka a kształtowanie się więzi rodziców z nim.* Konferencja nt.: „Problemy diagnostyki rehabilitacji i rozwoju dziecka niepełnosprawnego". Streszczenia prac. 22-24.09.2008, Lublin, Polska Akademia Nauk, Oddział w Lublinie, s. 65-66.

stwo satysfakcjonujących doświadczeń związanych z rodzicielstwem już od poczęcia dziecka[16].

Jest to tym bardziej ważne, gdyż stawanie się matką i ojcem to długotrwały proces (np. Kukołowicz, 1998, s. 123-140), który zostaje zapoczątkowany już w czasie prenatalnego rozwoju dziecka, zaś jego uwarunkowania sięgają prenatalnego okresu własnych rodziców a nawet dziadków. Samo poczęcie dziecka może albo uruchomić podjęcie przez rodziców ról rodzicielskich, albo odmowę ich przyjęcia. W literaturze wskazuje się na wiele czynników warunkujących postawę wobec własnej prokreacji. Wśród nich najczęściej omawiane jest generacyjne źródło ewentualnych problemów, czyli odwoływanie się do rodziny pochodzenia (por. Cudak, 1999), tj. warunków życia rodzinnego (struktura i funkcjonowanie rodziny, rodzaj więzi, style wychowawcze, prezentowane przez rodziców modele kobiecości i męskości oraz rodzicielstwa, relacje z dziećmi) i dopatrywanie się w nim przyczyny zaburzeń w tożsamości płciowej, trudności w podjęciu ról płciowo zróżnicowanych, w tym rodzicielskich, niedojrzałość osobowości, brak jasnego systemu wartości i sensu życia.

Jednym z ważnych czynników wpływających na osobiste postawy wobec macierzyństwa i ojcostwa oraz jakość spełniania ról wynikających z faktu bycia matką i ojcem – jest poziom dojrzałości w dziedzinie płciowej i seksualnej, a tym samym również dojrzałości psychicznej i społecznej. Poziom ten zależy od długiego procesu kształtowania się sfery płciowej człowieka, jako podwaliny pod dojrzałe wypełnianie zróżnicowanych płciowo ról rodzicielskich. W ramach tego procesu sfera prokreacji nabiera osobistego znaczenia. Nadawana jest jej wartość i ustalane miejsce tej wartości w hierarchii celów i planów życiowych. Rozwijają się jej różne aspekty, łączą się z nią różne potrzeby i motywy. Cały ten długotrwały proces dokonuje się w warunkach rozwojowo-wychowawczych, w jakich dana osoba wzrastała od poczęcia.

Dlatego uzasadnienie wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej, odwołujące się do jej edukacyjnego, kształcącego i profilaktycznego znaczenia wobec zachodzących przemian demograficznych i związanych z nimi zagrożeń w przebiegu prokreacji

[16] Być może rozwój pedagogiki prenatalnej przyczyni się do ustanowienia kiedyś Dnia Dziecka Prenatalnego (np. przez ONZ), podobnie jak to jest wobec końcowego okresu życia, (por. 1 października Dniem Seniora) i Międzynarodowego Roku Dziecka Prenatalnego (1999 był Międzynarodowym Rokiem Seniorów), celem popularyzacji w społeczeństwie problematyki prenatalnej, dostrzeżenia potrzeb dziecka przed urodzeniem i odpowiedzialności rodziców, opracowania programów kształcenia, samokształcenia i wychowania oraz podjęcia praktycznych działań na rzecz podniesienia jakości życia w tak ważnym okresie. Obecnie, głównie z inicjatywy Kościoła katolickiego, dzień 25 marca obchodzony jest w wielu krajach świata jako dzień poświęcony dziecku poczętemu, ale jest on skoncentrowany na promocji bezwzględnego prawa do życia dziecka przed urodzeniem. Dzień ten ma różne nazwy, np. Dzień Dziecka Poczętego, Dzień Poczętego Życia, w Polsce – Dzień Świętości Życia. Został on ustanowiony przez Episkopat Polski w 1998 r. w odpowiedzi na apel Jana Pawła II zawarty w encyklice *Evangelium vitae* (1995), a od 2005 r. uchwałą polskiego Sejmu został ogłoszony Narodowym Dniem Życia.

ludzkiej oraz dla wczesnego rozwoju człowieka, jest niezmiernie istotne. Mogłaby ona mieć swój wkład w tworzenie tzw. klimatu prokreacyjnego, ważnego ze względu na zapewnienie ciągłości biologicznej narodu, jak też w zapobieganie niepożądanym warunkom rozwoju dziecka oraz zjawiskom i zachowaniom, które mogą go zaburzyć. Przeciwnie – dałoby to szansę na stwarzanie warunków chroniących prokreację i pozytywne postawy oraz doświadczenia ludzi z nią związane (por. Kluzowa, Slany, 2003).

1. Deficyt pozytywnych doświadczeń i wzorców życia rodzinnego

Zmiany cywilizacyjne XX wieku spowodowały, że osłabione zostało oddziaływanie tych czynników, które pomagały przygotować się do ciąży i porodu oraz ułatwiały pełnienie ról rodzicielskich w rodzinie pochodzenia, czerpanie z doświadczeń starszego pokolenia i uzyskiwanie różnorodnych form wsparcia. Dwupokoleniowe, nuklearne i małodzietne rodziny, o słabych więziach rodzinno-sąsiedzkich, w których oboje rodzice są głównie poza domem, mają krótkie i powierzchowne kontakty z dzieckiem. Nie sprzyjają zatem przekazaniu modeli przeżywania i zachowania się właściwych dla etapu ciąży, porodu i pielęgnacji małego dziecka.

Wychowywanie się w rodzinie nuklearnej i małodzietnej powoduje ograniczenie kontaktu z małymi dziećmi we własnym dzieciństwie, deficyt kontaktu z rodzeństwem, a tym samym deficyt doświadczeń z opieki nad małymi dziećmi oraz z zabaw identyfikacyjnych i zabaw w role. Często łączy się z tym wychowanie od wczesnego dzieciństwa w różnorodnych instytucjach, co pozbawia dziecko wzorców zachowań osób dorosłych na różnych etapach prokreacji oraz ich funkcjonowania w roli rodzicielskiej wobec małego dziecka. Dlatego pokolenie młodych ludzi wychowanych przez większość dnia w żłobkach, przedszkolach, a potem „z kluczem na szyi" na podwórkach, czuje się niezdolne do podjęcia ról rodzicielskich, jest niepewne co do swej umiejętności poradzenia sobie z problemami ciąży, porodu i opieki nad dzieckiem.

Poza tym młodzi napotykają również obiektywną trudność w liczeniu na pomoc najbliższych. Wskutek migracji, urbanizacji (powodującej np. konieczność pokonywania zwiększonych odległości, życia w małych, anonimowych mieszkaniach blokowych), atomizacji życia, uprzemysłowienia (przebywania poza domem przez większość dnia) osłabione zostały więzi rodzinne i międzypokoleniowe oraz realna szansa wsparcia ze strony bliskich osób w radzeniu sobie z problemami, jakie niesie rodzicielstwo oraz wsparcia przez tzw. rytuały przejścia, ceremonie, zwyczaje religijne i obyczajowe. Tym bardziej, że pokolenie rodziców wychowane na biologiczno-medycznym paradygmacie w podejściu do prokreacji, czasem zranione doświadczeniem aborcji, o negatywnych wspomnieniach z porodu i przekonane o wartości karmienia sztucznego, nie stanowi dla wielu młodych ludzi dostatecznego oparcia w ekologicznym i bardziej rodzinnym (np. poprzez włączenie ojca dziecka) podejś-

ciu do prokreacji i towarzyszenia dziecku w rozwoju od poczęcia. Stąd wobec pedagogiki kierowane są oczekiwania pomocy młodym ludziom, by mogli czerpać satysfakcję z przełomów prokreacyjnych i dobrze wypełnić swą rodzicielską rolę, towarzysząc dziecku od poczęcia.

Młodzi ludzie, nieprzygotowani do funkcjonowania w najwcześniejszym okresie rodzicielstwa, z poczuciem niekompetencji rodzicielskiej, pozostawieni sami sobie, mają tak wiele oporów i obaw przed wejściem w prokreację, że często rezygnują z niej, przekładają na dalszy okres życia lub ograniczają do minimum liczbę dzieci. Dlatego potrzebują różnych form edukacji prenatalnej (zdobywania wiedzy i umiejętności, np. lekcje i warsztaty na poziomie szkoły średniej, kursy dla narzeczonych, szkoły rodzenia) oraz psychopedagogicznego oddziaływania w celu zmiany przekonań i postaw wobec prokreacji.

Niestety, oprócz znikomego oddziaływania w tym zakresie w ramach lekcji w szkołach, w czasie kursów przedmałżeńskich prowadzonych przez Kościół katolicki lub inne związki wyznaniowe oraz szkół rodzenia, przeznaczonych dla matek (lub obojga rodziców) w zaawansowanej ciąży i skoncentrowanych głównie na przygotowaniu do „sprawnego rozegrania porodu", brakuje różnorodnych instytucji i form pozainstytucjonalnych, które mogłyby spełnić funkcje kompensacyjne wobec niedostatków wiedzy i praktycznych umiejętności ludzi młodych i przekazywać tak szybko poszerzający się dorobek teoretyczny w tej dziedzinie oraz praktyczne osiągnięcia opieki pre- i perinatalnej.

Permanentne kształcenie jak i samokształcenie podejmowane przez młodzież i dorosłych, aby coraz dojrzalej przygotować się do prokreacji (np. poradnictwo przedkoncepcyjne – Chazan, 1997, 1999, 2001; Oleszczuk, Mierzyński, 2001) oraz wczesnego etapu rodzicielstwa i wywiązać się ze swojej odpowiedzialności w tym zakresie, staje się przedmiotem zainteresowania pedagogiki i właśnie to można wpisać w obszar proponowanej pedagogiki prenatalnej. Oczywiście kształcenie i samokształcenie się rodziców w tej dziedzinie ma zarówno dla dziecka, jak i dla nich wartość wychowawczą.

2. Niektóre zagrożenia dla prokreacji

Zmiany cywilizacyjne XX wieku, związane zwłaszcza z globalnym zanieczyszczeniem świata i lokalnymi skażeniami środowiska, z niewłaściwym stylem życia „człowieka konsumpcji" (np. używki, nieprawidłowe odżywianie, brak ruchu, stres, pracoholizm) oraz ze sprzecznymi opiniami i dezinformującymi reklamami co do zdrowia i właściwego stylu życia przekazywanymi przez media – stworzyły nieznane dotąd zagrożenia również dla prokreacji. Współczesny człowiek jest narażony na poczucie winy wzbudzane przez reklamy i sugestie „specjalistów od zdrowia", którzy zobowiązują go do ciągłego monitorowania i kontrolowania własnego „zdrowia seksualnego" i „zdrowia reprodukcyjnego", jako gwarancji długiego życia, dobrego

samopoczucia i osobistego szczęścia. Powoduje to nadmierne skoncentrowanie na sobie i lękowe nastawienie do prokreacji.

Z powodu utrudnień w dostępie do najnowszych osiągnięć medycyny (np. z racji dużej odległości zamieszkania, niedostępności tej usługi w danym kraju, braku środków ekonomicznych) w większości ludzie skazani są na poczucie, iż „nie mogą sobie pozwolić na zdrowie", a tym samym mają poczucie bezradności i winy, iż nie są w stanie zapewnić sobie idealnych warunków dla przebiegu ciąży, porodu, czy też dziecku tego, co mu się należy[17]. Dlatego rezygnacja z prokreacji staje się „racjonalnym wyborem", a korzystanie z różnych dostępnych ofert w dziedzinie zdrowia prokreacyjnego może odbywać się ze szkodą dla zaspokojenia innych ważnych potrzeb człowieka[18].

Wiele problemów związanych z prokreacją jest wynikiem stylu życia, np. opóźniony wiek rodzenia pierwszego dziecka (Kitzinger, 1995, 1996). W latach osiemdziesiątych XX wieku procent kobiet ciężarnych powyżej 35. roku życia wynosił 6%, a obecnie ponad 10% i ma tendencję wzrastającą. Ciąża w tym wieku jest określana jako ciąża podwyższonego lub wysokiego ryzyka, odnotowuje się częstsze choroby niebezpieczne dla przebiegu ciąży i dziecka (np. nadciśnienie, cukrzyca), częstsze komplikacje ciążowo-porodowe, wzrost odsetka poronień i śmierci dziecka przed, w trakcie i po porodzie oraz śmierci matki, przedwczesne porody (nawet dwukrotnie częściej), częstsze rodzenie dzieci o mniejszej wadze, słabszych zdrowotnie lub z wadami rozwojowymi (Szczepańska i in., 2001).

Niestety, w polskich warunkach stosunkowo duży procent matek po 35. roku życia nie planowało poczęcia dziecka i ma trudności z jego akceptacją, co łączy się z tendencją do stanów depresyjnych, przeżywania sytuacji jako stresowej, konfliktami rodzinnymi, trudnościami w kształtowaniu się więzi z dzieckiem. Dlatego matki starsze powinny być otoczone szczególną opieką i to nie tylko medyczną, ale też psychopedagogiczną (Łuczak-Wawrzyniak i in., 2001).

Inne zagrożenia dla prokreacji powstają z powodu jej zmedykalizowania, ztechnicyzowania i komercjalizacji (por. np. Kornas-Biela, 1993c, 1997d, 2006a, 2007e, h; Nagórny, 1994; Biesaga, 2006). W dużym tempie wzrasta liczba zarówno obligatoryjnych, jak też oferowanych parze usług prokreacyjnych (np. różnych metod wspomaganej prokreacji – Filipowicz, 2009), co zmienia znaczenie prokreacji w świadomości i praktyce społecznej oraz stawia człowieka wobec różnych trudnych dylematów (Kornas-Biela, 1996a), a także problemów wychowawczych, związanych np. z anonimowością i jawnością adopcji (Brodzinsky, Palacios, 2005) lub sztucznego

[17] Nierówności społeczne w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych z powodu traktowania zdrowia prokreacyjnego i zdrowia dziecka prenatalnego jako „towaru na sprzedaż" zostają jeszcze bardziej uwypuklone.

[18] Np. wielokrotne podejmowanie prób sztucznego zapłodnienia przez parę niepłodną jest bardzo obciążające czasowo, finansowo oraz psychicznie, stąd nierzadko rezygnują oni z zaspokajania innych potrzeb, np. związanych z twórczym spędzaniem czasu wolnego.

zapłodnienia z użyciem nasienia dawcy (Kornas-Biela, 1999j, 2001a), funkcjonowania dzieci „sztucznie wyprodukowanych" (tzw. magic babies – Kornas-Biela, 2007i). Wobec pedagogiki stawiane są wymagania co do kształcenia młodych ludzi, by mogli poruszać się w świecie oferującym im wiele usług i możliwości, jak też umiejętności czerpania satysfakcji z wydarzeń prokreacyjnych i dobrze spełnianej roli rodzicielskiej od początku życia ich dziecka.

3. Znaczenie rodziny w opinii młodego pokolenia Polaków

Przemiany polityczne, ekonomiczne i społeczne, a zwłaszcza ideologiczne na świecie doprowadziły do wyłaniania się tzw. społeczeństw systemu „B", postindustrialnych, ponowoczesnych, postmodernistycznych. Najbardziej charakterystyczne cechy dokonujących się w nich przemian to: dyferencjacja społeczna, deinstytucjonalizacja, pluralizm kulturowy i strukturalna indywidualizacja. Te cztery społeczno-kulturowe procesy są podstawowymi nośnikami przemian w wartościach i postawach ludzkich wobec rodziny, moralności i religii (Mariański, 1995).

Społeczeństwo polskie od dwudziestu lat znajduje się w okresie intensywnej transformacji nie tylko polityczno-ekonomicznej, ale również kulturowej (Melosik, 2002). Zostaje poddane radykalnym przemianom we wszystkich dziedzinach życia, w tym również życia rodzinnego. Przemiany te zagrażają egzystencji rodziny, utrzymaniu jej prawidłowej struktury, niszczą podstawy jej funkcjonowania, obniżają jej autorytet i możliwość wychowawczego wpływu na dzieci.

Tymczasem ze względu na znaczenie rodziny dla przetrwania narodu, dla wychowania i socjalizacji młodego pokolenia i dla samych małżonków (spełnia ona bowiem wiele funkcji nie tylko odnoszących się do dzieci) ważne jest, jakie faktycznie postawy wobec życia rodzinnego zajmuje współczesna młodzież, jak wzrastanie w okresie przełomu wpływa na system wartości i postawy wobec różnych zjawisk życia w pokoleniu, dla którego kryzys wartości jest normą, a to, co dla nas nowe, dla nich stało się już tradycją (Hejnicka-Bezwińska, 1997; Leppert, 2000, 2002, 2004; Leppert, Melosik, Wojtasik, 2005). Zwłaszcza interesujące jest poznanie ich percepcji rodziny, tej aktualnej, z której pochodzą, i tej przyszłej, którą mogą w przyszłości założyć (por. Kornas-Biela, 2000f).

Postawy młodzieży wobec życia rodzinnego obejmują (zgodnie z szerokim rozumieniem postawy) ich wiedzę, poglądy, opinie i przekonania dotyczące rodziny, ich sądy wartościujące i oceny oraz ustosunkowanie emocjonalne do niej, do różnych przejawów życia rodzinnego i członków rodzin, ich plany, aspiracje, dążenia oraz konkretne działania związane z rodziną. Wkraczanie w świat ludzi dorosłych jest wieloletnim procesem i prowadzi przez meandry wieku młodzieńczego, w którym biologiczne dojrzewanie organizmu znajduje odzwierciedlenie w burzliwych przemianach psychicznych, do stopniowego ukonstytuowania się wizji życia w dorosłości i podejmowania prób jej realizacji.

Młodzież staje obecnie wobec swoistych wyzwań związanych z projektowaniem własnej przyszłości, w tym również co do życia rodzinnego. Konfrontuje więc doświadczenia wyniesione z własnego domu z tym, co obserwuje w innych rodzinach i co przekazywane jest jako modele życia rodzinnego poprzez różne nośniki medialne. Są to niestety bardzo zróżnicowane i sprzeczne wzorce życia (różne „rodzinne formy życia", których cechą jest „wspólne życie osób wywodzących się z dwóch pokoleń" – Hamburger, 2006, s. 90), co nie ułatwia kształtowania się konkretnej wizji swojej rodziny w przyszłości i podjęcia zadań życiowych, zmierzających do realizacji planów dotyczących małżeństwa i prokreacji. Wskutek wydłużonej edukacji i zależności od rodziców, zainteresowanie założeniem rodziny i posiadaniem dzieci zda się maleć.

Okazuje się, że badania prowadzone w późniejszych latach (por. Kornas-Biela, 2000, 2000f), potwierdzają dość niezmienną priorytetową pozycję rodziny w hierarchii wartości młodzieży. Wśród akceptowanych i uznawanych przez nią wartości oraz pragnień i dążeń dominuje nastawienie na rodzinę i szczęście rodzinne. Młodzież nadal deklaruje bardzo silny związek z własną rodziną, ma w większości poprawne relacje i pozytywny stosunek do rodziców, jest zadowolona z nich i życia rodzinnego, rodzice w większości spełniają poprawnie swoje obowiązki rodzicielskie, dzieci traktowane są raczej egalitarnie, chociaż rodzice poświęcają im za mało czasu.

Wysoko oceniana jest zarówno pozycja dziecka w rodzinie, jak i pozycja rodziców w oczach dzieci (Bieleń, 2004). Rodzice są tymi, za których byłoby się gotowym oddać życie (Świda-Ziemba, 2008, s. 159)[19]. U szczytu hierarchii przykazań Dekalogu, które młodzież uważa za wiążące, jest przykazanie czwarte, zobowiązujące do szacunku wobec rodziców (Mariański, 1995, s. 282; Adamczyk, 2008, s. 246; Zaręba, 2008, s. 215)[20]. Pozycja i autorytet matki, ilość czasu poświęconego dziecku oraz kontakty z nią, są wyżej oceniane niż z ojcem (Mariański, 1995, s. 288-289; Plopa, 2004, s. 286-291), ale wykształcenie ojca, jego religijność oraz jakość relacji z matką są czynnikami sprzyjającymi podniesieniu więzi z dzieckiem (np. Dyczewski, 2007a).

Wysoko cenione jest również posiadanie dzieci. Najczęściej preferowaną liczbą jest dwójka dzieci, następnie większa liczba niż jedno dziecko[21]. Postawy prokrea-

[19] Wynik ten jest o tyle interesujący, że aż 78% młodzieży licealnej wyrażała gotowość oddania życia za rodziców, a tylko 26% – za miłość, 20% – za przyjaciół, nikt natomiast nie wspomniał o ojczyźnie (Świda-Ziemba, 2008, s. 159).

[20] W badaniach T. Adamczyka (2008) przeprowadzonych wśród studentów, szacunek dla rodziców znalazł się na trzecim miejscu po przykazaniu „nie zabijaj" i „nie kradnij", natomiast w badaniach ogólnopolskiej próby młodzieży szkolnej i studenckiej przeprowadzonych w 2005 r. uzyskano podobny wynik, wskazujący na najwyższą aprobatę tych przykazań. Zdecydowanie wiążące dla młodzieży i stanowiące o ideale „porządnego człowieka" okazało się jednak przede wszystkim przestrzeganie przykazania czwartego, a potem dopiero piątego i siódmego, a więc szacunek dla swoich rodziców jest nawet ważniejszy, niż szacunek dla życia drugiego lub jego własności (Zaręba, 2008).

[21] Wynik ten jest podobny do deklarowanej i pożądanej liczby dzieci przez osoby dorosłe (por. np. Kluzowa, Slany, 2003).

cyjne młodych ludzi są więc bardziej otwarte na posiadanie dzieci, niż wskazują na to dane demograficzne (Plopa, 2004, s. 394; Dyczewski, 2007a, s. 63). Fakt, iż deklarowana przez młodych liczba dzieci jest jednak wyższa, niż później realizowana, wskazuje, że potrzeby rodzicielskie nie zanikają, ale koniunkturalne czynniki społeczno-ekonomiczne utrudniają realizację zamierzeń małżeńskich i prokreacyjnych przez generację w wieku matrymonialnym (Kurkiewicz, 2003).

Pomimo prorodzinnej postawy ludzi młodych (młodzi ludzie chcą żyć w rodzinach – Kwak, 2005; Dyczewski, 2007b; Makowska, 2008), obserwuje się odchodzenie od tradycyjnej i głoszonej przez Kościół katolicki moralności małżeńskiej i rodzinnej, w kierunku relatywizmu i permisywizmu, np. wzrost aprobaty dla współżycia przedmałżeńskiego, antykoncepcji, rozwodów, kohabitacji, homoseksualizmu, narkotyków, samobójstwa, eutanazji. Logika egalitaryzmu upowszechnia mentalność propagującą te zachowania jako styl życia lub rozwiązanie problemów małżeńskich, co w konsekwencji wskazuje na postępujący kryzys moralny i erozję zasad, która z terenu mikrospołecznego przenosi się na teren makrospołeczny (Adamczyk, 2008; Mariański, 1995, s. 311-323; 2003, 2008b, s. 39, 43; Zaręba, 2008; Kwak, 2005).

Niemniej Polska jest jedynym krajem europejskim, w którym więcej niż połowa badanej próby uznawała, iż istnieją jasne, obowiązujące wszystkich, niepodważalne i niezmienne zasady, które pozwalają odróżnić dobro od zła w każdej sytuacji (Jasińska-Kania, 2008, s. 20) i wykazuje się większym rygoryzmem moralnym niż mieszkańcy innych krajów Europy (s. 27). Młodzi ludzie w większości cenią normy moralne i wyrażają konsekwentną aprobatę dla ich obowiązywalności (Świda-Ziemba, 2008, s. 145-146)[22].

Podsumowując, można powiedzieć, że rodzina i prokreacja jest nadal ważnym celem życia i priorytetową wartością w dążeniach i planach polskiej młodzieży (por. Doniec, 1997; Makowska, 2008), chociaż doceniając znaczenie rodziny i posiadania dziecka, preferuje ona wcześniejsze uzyskanie wykształcenia, miejsca pracy i stabilizacji życiowej. Te wartości konkurują z ciągle aktualną tendencją, by w swojej wizji przyszłości uwzględniać rodzinę i posiadanie dzieci.

4. Pozytywne zmiany w podejściu do rodzicielstwa

Należy również wspomnieć o konkretnych pozytywnych przeobrażeniach w funkcjonowaniu małżeństwa i rodziny, które obserwujemy pomimo wspomnianych wyżej oznak kryzysu dotykającego rodziny, a które są wyzwaniem dla pedagogiki prenatalnej. Są nimi: upowszechnianie się tzw. symetrycznego rodzicielstwa (Kluzowa, 1999, s. 103-104), zwanego też „dwurodzicielstwem od poczęcia" (Fijałkowski, 2001, s. 71) lub „zrównoważonym rodzicielstwem" (1996a, s. 35), wspólne

[22] Można również spotkać inne wyniki badań prowadzonych wśród młodzieży szkół średnich i studentów, wskazujące na to, iż przekonanie o obiektywnym i absolutnym charakterze zasad moralnych podziela mniejszość młodych Polaków (por. np. Mariański, 2008a, s. 274).

przygotowywanie się do poczęcia, towarzyszenie dziecku w rozwoju od poczęcia, odczytywanie wysyłanych przez niego sygnałów i stosowanie różnych form komunikacji prenatalnej, wspólne przygotowywanie się do porodu (udział ojca w badaniach ginekologicznych, w diagnozie prenatalnej, w zajęciach szkoły rodzenia), wspólne przeżywanie porodu (poród rodzinny[23]), wspomaganie przez ojca matki karmiącej piersią, wspólne wczesne kontakty z dzieckiem od urodzenia i wyręczanie matki w jej opiece nad dzieckiem, korzystanie przez ojców w razie potrzeby z urlopu wychowawczego, a nawet części urlopu macierzyńskiego.

Charakterystyczna dla obecnych czasów małodzietność zwiększa motywację do urodzenia dziecka o doskonałej kondycji zdrowotnej i optymalnych zdolnościach, aby mogło sprostać aspiracjom i pokładanym w nim nadziejom rodziców (np. Boehm, 2008). Zwiększyło się więc zainteresowanie jakością zdrowia dziecka przed urodzeniem i podejmowanie starań o zapewnienie mu optymalnego rozwoju. Stąd szczególny nacisk na profilaktykę wszelkich utrudnień w jego rozwoju oraz na promocję idei „jakości życia" (*quality of life*). Najwcześniejszy etap życia rzeczywiście daje unikalną możliwość prewencji psychologicznych i fizycznych zaburzeń oraz podniesienia jakości życia po urodzeniu (por. Kornas-Biela, 1997c, 1999i, 2005a, e).

W Polsce przełomowym wydarzeniem w tym zakresie, po kilku latach popularyzacji wspomnianych idei w ramach sympozjów organizowanych przez Sekcję Psychologii Prenatalnej PTP (od 1985 r.), było międzynarodowe sympozjum „Jakość narodzin – jakość życia" (1994), które przyczyniło się do zintensyfikowania przemian świadomości społecznej w naszym kraju. Nastawienie na optymalizację warunków wczesnego rozwoju człowieka na przestrzeni ostatnich lat wzrasta i sprzyja wyłonieniu się pedagogiki prenatalnej, której ta idea jest jednym z przedmiotów zainteresowań.

Wobec pedagogiki coraz intensywniej kierowane są oczekiwania, iż pomoże spełnić wymagania społeczne, co do wysokiej „jakości dziecka", poziomu jego wszechstronnego rozwoju już od jego poczęcia oraz jakości kontaktów rodziców z nim i ich satysfakcji z prokreacji. Trzeba jednak pamiętać, że idea „jakości życia" niesie za sobą szereg niebezpieczeństw, gdyż wprowadza kryterium „życia wartego przeżycia", co skłania do dbałości o jego wysoką jakość, m.in. przez korzystanie z możliwości urodzenia dziecka w dużej odległości czasowej od przekazania gamety lub zarodka ludzkiego do zamrożenia, doboru gamet męskich z banku spermy osób wybitnych, redukcji embrionów lub płodów niespełniających pożądanych cech. Działania te mogą mieć dalekosiężne skutki dla relacji rodzinnych (np. siostra może zostać urodzona jako własne dziecko) i postaw otoczenia wobec osób niepełnosprawnych (np. różne formy działań o charakterze negatywnej lub pozytywnej eugeniki). I w tym wypadku pedagogika prenatalna mogłaby spełnić ważną rolę oświatową, kształcącą i formacyjną.

[23] Na temat porodu rodzinnego, jego zalet i pozytywnych konsekwencji dla doświadczeń prokreacyjnych rodziców oraz stanu noworodka istnieje bogata literatura przedmiotu, np. temu zagadnieniu poświęconych jest kilka artykułów W. Guzikowskiego w czasopiśmie *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 2002, supl. XXV.

Rozdział drugi

Prenatalna relacja z dzieckiem – wyzwanie dla pedagogiki

Więc oto Człowiek, takie jeszcze ziarno,
Spotkał już miłość c z y s t ą i o f i a r n ą
Cyprian Kamil Norwid

Jednym z wyzwań współczesnych czasów wobec pedagogiki jest wzrastająca świadomość zagrożeń, jakie niosą one dla prokreacji i najwcześniejszego etapu życia człowieka. Inaczej mówiąc – i niebezpieczeństw coraz więcej, i poczucie odpowiedzialności za jakość prokreacji oraz chęć jej optymalizacji stają się większe. Już na etapie prenatalnego rozwoju dziecka rodzice mogą przyjmować wobec niego niewłaściwe postawy, a nawet stosować różne formy przemocy[1]. Zadaniem pedagogiki jest przeciwdziałanie takim zagrożeniom wczesnego rozwoju dziecka oraz niwelowanie ich skutków.

1. Przemoc prenatalna – jej formy i znaczenie

Nasilanie się różnych form przemocy wobec dziecka prenatalnego (*intrauterine abuse* – Bielawska-Batorowicz, 1993; *fetus abuse* – np. Zelenko i in., 2001) jest jednym z rosnących problemów społecznych. Przemocą jest w tym wypadku każde działanie osoby dorosłej (zamierzone lub niezamierzone), które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka. Przemoc jest krzywdą wyrządzaną dziecku świadomie lub nieświadomie, w wyniku podjęcia pewnych działań lub zaniedbań.

[1] Literatura psychopedagogiczna i wiktymologiczna dotycząca przemocy wobec dzieci zasadniczo nie odnosi się do okresu prenatalnego, a jeśli je omawia, akcent jest na niewłaściwych zachowaniach matki, a nie tyle na krzywdzie, jaka wyrządzana jest dziecku. Na zachodzącą w tym zakresie zmianę wśród polskich pedagogów wskazuje artykuł W. Wójcik (2008), w którym, m.in. zrelacjonowała wyniki własnych badań dotyczących objawów zaniedbania prenatalnego na podstawie sondażu grupy położnic. W. Wójcik odwołując się do polskiej literatury przedmiotu, wspomniała o artykule E. Bielawskiej-Batorowicz (1993) oraz publikacji autorki tej książki (1999i; zob. też: 1997c, 1998d, e, 2000b/2004), 2006f, 2009c).

Jedną z częstszych form przemocy wobec dziecka prenatalnego jest zaniedbanie, czyli zaniechanie obowiązku dbania o dziecko, o jego zdrowie, prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny, o zaspokajanie jego potrzeb rozwojowych. Zaniedbanie może przybrać postać zaniedbania medycznego, fizycznego i emocjonalnego (*medical, physical, emotional neglect*). Dziecko może stać się ofiarą zaniedbania z powodu braku wiedzy i kompetencji rodziców, ich niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, historii życia, trudnych sytuacji związanych z prokreacją lub odrzucenia dziecka.

1. Przemoc o charakterze medycznym

Zaniedbanie medyczne, czyli lecznicze, wyraża się w braku troski matki o stan swojego zdrowia, np. kobieta nie dba o podleczenie chorób, które przed poczęciem dziecka mogą utrudnić prokreację lub przebieg ciąży oraz potem źle wpłynąć na zdrowie dziecka poczętego[2]; nie korzysta z rutynowych badań lekarskich w przebiegu ciąży; nie leczy pod kontrolą lekarza własnych chorób zagrażających dziecku; odmawia przyjmowania suplementów, które mogą zabezpieczyć jego rozwój; odmawia jego leczenia przed urodzeniem; nie ma książeczki zdrowia; pomimo niepokojących objawów w ciąży, nie korzysta z wizyt lekarskich; poród odbywa w domu bez zabezpieczenia warunków i obecności położnej. Tego typu przejawy braku zainteresowania dzieckiem i jego zdrowiem przed urodzeniem są czynnikami ryzyka wobec takich zjawisk, jak: dzieciobójstwo (Kornas-Biela, 1999g; Vallone, Hoffman, 2003), porzucenie dziecka po porodzie (np. *Źródła*, 1965, s. 107), pochopne oddanie do adopcji, zaniedbanie, odrzucenie i przemoc fizyczna wobec dziecka po urodzeniu.

W tym kontekście, wobec wzrastających możliwości leczenia matki w okresie ciąży oraz leczenia dziecka prenatalnego, podejmowany jest w literaturze problem konfliktu, jaki może wyniknąć z prawa dziecka do urodzenia się zdrowym (a tym samym obowiązku matki do podjęcia leczenia siebie i dziecka w okresie ciąży) a prawem matki do odmowy leczenia ze względu na ochronę własnego zdrowia (własnej nienaruszalności), jeśli leczenie dziecka lub siebie ze względu na niego, miałoby spowodować jakieś obciążenia lub szkody zdrowotne dla niej, a nawet prawem do odmowy leczenia bez poważnej przyczyny (prawo do autonomii – np. Landwirth, 1987).

[2] Np. przebyte zakażenia układu rozrodczego (znacznie częstsze u kobiet wcześnie aktywnych seksualnie, współżyjących z różnymi partnerami), narażają je na ryzyko straty dziecka z powodu poronienia (chlamydia, rzęsistkownica, bakteryjny nieżyt pochwy) lub jego zakażenia, wywołującego uszkodzenia mózgu (opryszczka narządów płciowych). Poza tym prawie wszystkie przebyte choroby przenoszone drogą płciową zwiększają ryzyko wcześniactwa, wewnątrzmacicznej lub okołoporodowej śmierci dziecka (np. Lichtarowicz, 1998).

Obecnie swobodny dostęp do leków zwiększa ryzyko ich ubocznych szkodliwych skutków dla rozwoju dziecka przed urodzeniem. Nawet „niewinne" leki, jak aspiryna, tabletki od bólu głowy, salicylany, sulfonamidy, leki przeciwrobaczne, antybiotyki, mogą spowodować wady rozwojowe, zaburzyć przebieg ciąży, a po urodzeniu wywołać np. wiotkość mięśni, zaburzenia oddychania. Poza tym nierzadkie są przyzwyczajenia a nawet uzależnienia w zakresie nadużywania leków lub nieodpowiedniego używania suplementacji w okresie ciąży, np. żelaza, witamin i nietrudno o przedawkowanie (np. Montgomery, 1995). Lekomania lub samowolne stosowanie leków w okresie ciąży może spowodować, np.: śmierć dziecka, wcześniactwo, hipotrofię, wady rozwojowe, awitaminozę, zaburzenia ze strony układu nerwowego i w rozwoju psychoruchowym.

Pewnym rodzajem zaniedbania medycznego i krzywdzenia dziecka może być niedocenianie możliwości odczuwania bólu przed urodzeniem w czasie niektórych interwencji lekarskich. Gdy doświadcza ono dyskomfortu w trakcie zabiegów medycznych, zachowuje się tak, jakby odczuwało ból, a parametry fizjologiczne są podobne do tych, które są charakterystyczne dla reakcji na ból (np.: spazmatyczne kulenie się, kopanie, cofanie się od źródła bólu, przyspieszenie akcji serca, wydzielanie hormonów stresu)[3] (Anand, Hickey, 1988; Kornas-Biela, 2000b, s. 31; *Zdolność*, 2005).

Długotrwałe zmiany w funkcjonowaniu układu nerwowego po badaniach lub wewnątrzmacicznych procedurach medycznych świadczą o przeżytym stresie (Van de Velde i in., 2006; Gibbins, Golec, 2007). Brak świadomej pamięci przeżywanych doznań bólowych oznacza, iż kodowane są one na poziomie podświadomym i wpływają na dalsze życie przez wzorce nieświadomego reagowania poznawczego i emocjonalnego (Eliot, 2003, s. 187-191). Wyraźna reakcja na ból wskazuje na konieczność zastosowania środków przeciwbólowych i znieczuleń w czasie prenatalnych procedur medycznych i taka praktyka rozszerza się w świecie medycznym (Van de Velde, 2006; Gibbins, Golec, 2007). Dlatego coraz bardziej zwraca się uwagę w edukacji personelu medycznego na promocję użycia środków znieczulających ból dziecka w trakcie zabiegów związanych z diagnozą lub terapią prenatalną oraz w okresie perinatalnym (Briggs, 1998).

[3] Do tej pory nie rozstrzygnięto, od kiedy dokładnie dziecko czuje ból, gdyż różne jest rozumienie samego pojęcia „ból", są też różne bóle, różne kryteria i sposoby jego detekcji. Szereg kontrowersji budzi problem świadomości i czucia bólu, zapamiętania doświadczeń bólowych, ich wpływu na późniejsze życie (Mellor i in., 2005). Niektórzy podają dowody, iż jest to możliwe już w pierwszym trymestrze, np. McCullagh – profesor fizjologii rozwoju z Australii (1996; McCullagh, Sanders, 1997; Pickering, Saunders, 1998; Foster, Verny, 2007), inni dyskutują nad możliwością odczuwania bólu przez dziecko poniżej 22-24 tygodnia (Concar, Fallows, 1997; Lee i in., 2005; Van de Velde i in., 2006; Gibbins, Golec, 2007; www.parliament.ul/post/home.htm.30.08.2008) lub twierdzą, iż bez świadomości (Derbyshire, Furedi, 1996) i wykształcenia się „ja" ból nie może być odczuwany, a jest jedynie reakcją odruchową (Szawarski, 1996). Wzrasta przekonanie, że systemy związane z bólem i recepcją analgezji są aktywne w drugiej połowie rozwoju prenatalnego (Benatar, Benatar, 2001).

Jednocześnie niektórzy zwracają też uwagę na to, iż dziecko może doznać pewnego rodzaju przemocy wskutek zastosowanych wobec matki w czasie porodu środków farmakologicznych, w tym również znieczulających ból, które nie są przecież przeznaczone dla dziecka, ale docierają do niego (Buckley, 2003). Stąd konieczność większej ostrożności w stosowaniu analgezji w okresie okołoporodowym (Chamberlain, 1989; May, Elton, 1998; Maurer, Maurer, 1994, s. 38-40; Nowacka, 2008), co oznacza również konieczność promocji w ramach edukacji przedporodowej rodziców rozwagi wobec możliwych ofert znieczulania porodu.

Zmedykalizowanie porodu, maksymalizowanie w czasie jego trwania ilości aparatury, leków, narzędzi, stosowanie cesarskiego cięcia „na życzenie" – może być również traktowane jako forma przemocy wobec dziecka, która ma dalekosiężne skutki w postaci skłonności do działań przemocowych, np. przemocy seksualnej (Irwing, 1997), czy kierowanej do siebie agresji w postaci samobójstwa (Jacobson, Bygdeman, 2000). Z punktu widzenia podejścia psychodynamicznego problem ten omawia m.in. Ingalls, 1997; Culbert-Koehn, 1999a, b; Emerson, 1993, 1998a, b, 2001.

2. Przemoc fizyczna

Przemoc fizyczna wobec dziecka prenatalnego może przejawiać się na różne sposoby, może być bardziej lub mniej intencjonalna, czasem zaś powoduje krzywdzenie dziecka, ale jest niezamierzoną (może wynikać, np. z braku wiedzy rodziców, choroby, trudnych warunków życia). Najczęściej przybiera ona formę zaniedbania objawiającego się brakiem troski matki o prawidłową higienę okresu ciąży i odżywianie. Czasem krzywdzenie fizyczne wynika z bardziej czynnych form przemocy w związku ze stosowaniem przez matkę używek (Kornas-Biela, 1999i, 2006f) lub fizycznego znęcania się (uderzenia w brzuch, np. w odpowiedzi na ruchy dziecka, podejmowanie prób jego uszkodzenia lub śmierci). Literatura przedmiotu jest w tym zakresie bardzo bogata i wskazuje nie tylko na przyczyny i okoliczności sprzyjające fizycznemu zaniedbaniu lub krzywdzeniu dziecka prenatalnego, jak też podejmowaniu wobec niego zachowań jawnie agresywnych, ale też ilustruje długofalowe konsekwencje tej przemocy oraz jej predykatywne znaczenie. Prenatalna przemoc wobec dziecka predysponuje do stosowania przemocy po jego urodzeniu (np. Condon, 1986), jak też zwiększa prawdopodobieństwo, iż dziecko będzie częściej w życiu ofiarą przemocy (por. Jarosz, 2008; Chazan, Simon, 2009).

Okolicznościami sprzyjającymi intencjonalnemu stosowaniu większości form fizycznej przemocy, są m.in.: niezaakceptowane poczęcie dziecka i brak więzi z nim, słaba lub konfliktowa relacja z ojcem dziecka i jego postawa odrzucająca dziecko oraz odmawiająca matce wsparcia, załamanie zdrowia psychicznego, np. depresja matki, jej wcześniejsza choroba psychiczna (Kent, Laidlaw, Brockington, 1997; Pollock, Percy, 1999; Spinelli, 2003).

Higiena warunków życia matki

W zakresie dbałości o właściwą higienę życia należy wspomnieć o takich zaniedbaniach, jak np.: brak odpowiedniej ilości snu; brak dostatecznego odpoczynku w ciągu dnia; brak ruchu na świeżym powietrzu; niedokonanie zmian w trybie życia i organizacji dnia codziennego (jak np. zwolnienie tempa pracy i poruszania się, kierowanie się wewnętrznym zegarem); ograniczenie wyjazdów i niektórych dotychczasowych zobowiązań oraz planów; unikanie noszenia ciężarów i ucisku na brzuch; uprawianie ekstremalnych sportów lub niestosowanie się do zaleceń związanych z dotychczasowymi formami rekreacji i wysiłku fizycznego; krępowanie brzucha ciasnym ubraniem celem ukrycia stanu ciąży.

Ze względu na powszechne zaangażowanie kobiet w pracę zawodową ogromnie ważne dla pomyślności prokreacji są warunki wykonywania pracy oraz warunki środowiska życia, i to nie tylko w czasie ciąży, ale w dłuższym okresie poprzedzającym prokreację (Odent, 2006). Brak zabezpieczenia odpowiednich warunków pracy zawodowej dla matki brzemiennej i jej brak zainteresowania w tym zakresie, jest formą zaniedbania wobec dziecka prenatalnego (Indulski, Sitarek, 1998). Ciężka praca fizyczna, stojąca pozycja przy wykonywaniu pracy, długotrwała praca z podniesionymi do góry rękoma, wydłużony czas pracy, praca zmianowa, niemożliwość odpoczynku w ciągu dnia, praca obciążająca psychicznie – są czynnikami ryzyka.

Podobny efekt uszkadzający w dziedzinie prokreacji ma ekspozycja kobiety na działanie toksycznych czynników środowiskowych. Skażenie organizmu matki związkami chemicznymi, metalami toksycznymi (np. ołów, rtęć, kadm) powoduje u dziecka poważniejsze skutki zdrowotne niż u jego matki, gdyż organizm dziecka dopiero się rozwija i nie ma wykształconych mechanizmów obronnych (Minta, Włodarczyk, Biernacki, 1993; Radomański, 1993).

Niebezpieczne mogą być również skutki, np. promieniowania niejonizującego (Eliot, 2003, s. 100-111), pól elektromagnetycznych (np. z pasma radiofal i mikrofal, emitowanych przez różne urządzenia, np. kuchenki mikrofalowe, telefony komórkowe[4], diatermie, zgrzewarki, terminale komputerowe, linie energetyczne) oraz

[4] Np. z danych opublikowanych w czasopiśmie „Epidemiology" na podstawie wyników badań 13.159 duńskich dzieci i ich matek okazało się, że dzieci, których matki często korzystały z telefonów komórkowych w ciąży i które same używały tych urządzeń, miały aż o 80 proc. większe ryzyko uzyskania nieprawidłowych (lub będących na granicy normy) wyników w testach oceniających problemy emocjonalne, zaburzenia zachowania, nadaktywność czy problemy w kontaktach z rówieśnikami. Dzieci, które były narażone na fale emitowane przez komórki wyłącznie w życiu płodowym, miały wyższe ryzyko tych zaburzeń, niż dzieci narażone na nie tylko w późniejszym wieku, po urodzeniu. Jak podkreślają autorzy pracy, promieniowanie elektromagnetyczne, na które narażone jest dziecko przed urodzeniem, gdy matka rozmawia przez komórkę, jest prawdopodobnie bardzo małe. Z dotychczasowych badań wynika jednak, że podczas użytkowania komórek dzieci są bardziej narażone na jego działanie niż dorośli, bo ich uszy i mózgi są mniej dojrzałe, dopiero w rozwoju (http://www.

wibracji i hałasu. Wymienione szkodliwe czynniki mogą mieć wpływ na rozrodczość (Chazan, Nieżurawski, Szamotulska, 1993b) i rozwój dziecka przed urodzeniem (Chazan, Nieżurawski, Szamotulska, 1993a), mogą powodować niepłodność (np. z powodu wczesnego wygaśnięcia czynności jajników), poronienia, porody przedwczesne, opóźnienie wzrostu i obniżenie wagi urodzeniowej dziecka, martwe urodzenia, zaburzenia proporcji płci u potomstwa, wady wrodzone i zaburzenia rozwoju po urodzeniu, nowotwory u dzieci (np. Wolański, 1981; Gumińska 1989).

Szczególnie dyskutowaną kwestią jest problem ewentualnej szkodliwości fal ultrasonograficznych emitowanych w czasie badań diagnostycznych w okresie ciąży, zwłaszcza w jej wczesnym okresie, z użyciem nowoczesnych aparatów o większej częstotliwości, często powtarzanych badań lub gdy kobieta ma gorączkę (Chazan, 1990; Eliot, 2003, s. 109-111, 138; Goldberg, Verny, 2007).

Niedożywienie matki

Bardzo wiele zaniedbań grozi dzieciom prenatalnym z powodu niewłaściwego odżywiania się ilościowego i jakościowego przez matki w okresie poprzedzającym jego poczęcie oraz w okresie ciąży (a potem i karmienia piersią), co może wynikać nie tylko z ubóstwa lub braku wiedzy, ale również ze stylu życia i odżywiania się związanego z chęcią utrzymania szczupłej sylwetki lub stosowania różnych diet, których cechą jest ubogo składnikowy zestaw posiłków. Kobiety bardzo szczupłe są potencjalnie zagrożone niepłodnością, niepowodzeniami ciążowymi i porodowymi, wcześniactwem i hipotrofią dziecka (a więc ryzykiem jego nieprawidłowego rozwoju a nawet śmierci – np. Kanadys, 1998; Kanadys, Oleszczuk 1998; Sołtysiak, 2005).

Nieprawidłowe odżywianie (zbyt mało nienasyconych kwasów tłuszczowych, pokarm wysoko przetworzony z chemicznymi dodatkami – Odent, 2006), stosowanie diet związanych z utrzymaniem szczupłej sylwetki ciała oraz zbyt mały przyrost wagi kobiety podczas ciąży, są czynnikami ryzyka dla przebiegu ciąży i rozwoju dziecka. U matek nieprawidłowo odżywionych zwiększa się ryzyko urodzenia dziecka z tzw. wewnątrzmacicznym zahamowaniem rozwoju, z małą masą urodzeniową, z objawami minimalnych uszkodzeń mózgowych (mikrouszkodzenia), co jest samo z siebie czynnikiem ryzyka dla dalszego rozwoju dziecka.

Poza tym niedożywienie współwystępuje najczęściej w połączeniu ze stresem, co wzmaga jego szkodliwe działanie, gdyż powoduje wzrost poziomu katecholamin

naukawpolsce.pap.pl/ 20.08.2008). Poza tym promieniowanie elektromagnetyczne emitowane przez telefony komórkowe i aparaty bezprzewodowe jest groźne dla zdrowia – znacznie zwiększa ryzyko raka mózgu, zwłaszcza u małych dzieci, gdyż fale te łatwiej przenikają przez młode tkanki (badania dr. Ronalda Herbermana z Instytutu Onkologii, Uniwersyt w Pittsburgu – http://przemysl.naszemiasto.pl/wydarzenia/880024.html, 20.08.2008; badania neurochirurga dr. Vini Khurana z Instytutu Neurologicznego w Phoenix, AZ, USA – http://media2.pl/rss/telekomunikacja/32278, 20.08.2008).

i zmniejsza absorpcję dostępnych składników odżywczych oraz tlenu przez organizm matki, a następnie ich przekaz przez łożysko i pępowinę do dziecka. Niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie matki w ciąży (zwłaszcza niedobory białkowe, niedostatek witamin i minerałów, za dużo prostych węglowodanów, soli i tłuszczy, za mało przetworów mlecznych) hamuje ujawnianie się zaprogramowanych genetycznie potencjalnych możliwości dziecka (Gander, Gardiner, 1981, s. 74), wpływa negatywnie na strukturę i funkcjonowanie mózgu oraz na zachodzące w nim procesy chemiczne i jego bioelektryczną czynność (Hetherington, Parke, 1979, s. 87), powodując nieprawidłowy rozwój układu nerwowego (np. zmniejszona masa mózgu) i jego hipotrofię (Szymański, 1998), zmniejszenie liczby neuronów i połączeń między nimi (Barrett, 1982, s. 275), jak też kwasu DNA i RNA oraz lipidów, upośledzenia czynności łożyska (np. Łosiowski, 1990, s. 348).

Odnotowano szczególnie uszkadzające działanie niedoborów ilościowych i jakościowych żywienia na układ nerwowy, gdy występują na początku intensywnego wzrostu liczby neuronów, tzn. od 10 tygodnia do 18-20 tygodnia rozwoju prenatalnego (Anselmo, Franz, 1995, s. 87) oraz na zahamowanie wewnątrzmacicznego wzrostu na przełomie drugiego i trzeciego trymestru życia przed urodzeniem (por. Hetherington, Parke, 1979, s. 86; Bartel, 1995, s. 127).

Po urodzeniu, dzieci niedożywionych matek, częściej uzyskują obniżone wyniki w Skali Oceny Zachowania Noworodka Brazeltona (NBAS). Obserwuje się także nieprawidłowy płacz dziecka, wskazujący na subtelne uszkodzenia układu nerwowego (Lester, 1979), gorszą adaptabilność do warunków życia (częściej chorują), skłonność do częstych infekcji i chorób z powodu upośledzenia mechanizmów odporności komórkowej i humoralnej, gorsze radzenie sobie z wymaganiami życia postnatalnego, czynnościowe zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego (Doniec i in., 1989, s. 56-57). Oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa jest aktywna już w 3 miesiącu życia prenatalnego i różnoraki doświadczany prenatalny stres (np. fizjologiczny, spowodowany głodem, niedotlenieniem) powoduje słabe i nieprawidłowe mechanizmy radzenia sobie ze stresem po urodzeniu (Barrett, 1982, s. 279).

Konsekwencją ostrego niedoboru składników pokarmowych może być słabość jego układu nerwowego, opóźnienia i trudności w rozwoju psychomotorycznym (por. Łosiowski, 1990; Michałowicz, Ślenzak, 1985, s. 119-120, 129-130), trudności behawioralne oraz intelektualne (Hetherington, Parke, 1979, s. 86; Anselmo, Franz, 1995, s. 92), gorszy rozwój poznawczy (Czochańska i in., 1971, s. 226-227), kłopoty z nauką szkolną (Bee, 1975, s. 58). Dzieci niedożywione prenatalnie mają istotnie częściej objawy dysleksji, dysgrafii, trudności w matematyce, przejawiają kłopoty z organizacją procesów umysłowych, są nadaktywne, mają objawy wzmożonej nadpobudliwości o różnym typie. Wszystkie te objawy świadczą m.in. o tzw. minimalnych uszkodzeniach mózgowych (Hetherington, Parke, 1979, s. 93).

Niedożywienie, szczególnie we wczesnym okresie ciąży, osłabia mechanizmy obronno-kompensacyjne organizmu matki oraz barierę tworzoną przez łożysko, a tym samym powoduje dodatkowe schorzenia matki, co jeszcze bardziej upośledza

rozwój dziecka. Urodzenie dziecka z niedoborami pokarmowymi może spowodować konieczność hospitalizacji narażającej go na infekcje, utrudnia karmienie piersią, osłabia zachowania opiekuńcze rodziców, co komplikuje jego psychoruchowy rozwój. Swoimi behawioralnymi problemami dziecko odzwierciedla stan matki z okresu ciąży (Barrett, 1982, s. 278, 282-283). Oczywiście wyrównanie po urodzeniu prenatalnych niedoborów energetyczno-białkowych może niwelować częściowo ich szkodliwy wpływ, ale wiadomo, że zasadniczo skutki niedostatecznego odżywiania matki w okresie ciąży są nieodwracalne, gdyż neurogeneza zostaje zakończona przed urodzeniem.

Oprócz niedożywienia czynnikiem zagrażającym prokreacji jest również nieprawidłowe żywienie, powodujące m.in. otyłość. Reklamy żywności oraz dostępny na rynku szeroki asortyment wysoko przetworzonych i kalorycznych produktów powoduje wzrost liczby kobiet bardzo otyłych, u których spotyka się częstsze występowanie aż 37 różnych powikłań w przebiegu ciąży i porodu, np.: trzykrotnie częstsze występowanie gestoz, czterokrotnie częstsze rodzenie dzieci makrosomicznych (o masie ponad 4 kg), ponad dwukrotnie częstsze cięcia cesarskie (Gwara i in., 1992). Bogaty wybór produktów spożywczych przyciągających klienta opakowaniem i prozdrowotną reklamą, a zawierających substancje konserwujące, spulchniające, zapachowe, koloryzujące przyczynia się również do osłabienia zdrowotności potomstwa, np. wzrostu liczby dzieci alergicznych.

Środki psychoaktywne

W dobie popularności różnych używek i środków odurzających szczególnie ważne jest zwrócenie uwagi na przemoc, jaką stosuje się wobec dziecka, korzystając z nikotyny, alkoholu, narkotyków, środków podnoszących nastrój i rozładowujących napięcie nerwowe. Każde z tych uzależnień rodziców, zwłaszcza matki, ma specyficzne negatywne skutki dla dziecka. Już przed planowaniem prokreacji należy unikać wszelkich używek, gdyż utrudniają poczęcie dziecka a obniżając stan zdrowia rodziców, zmniejszają pełnowartościowość materiału genetycznego oraz powodują skażenie prenatalnego środowiska życia, jakim jest organizm matki.

Palenie papierosów jest bardzo ważnym czynnikiem negatywnie wpływającym na prokreację[5]. Wzrasta liczba kobiet w Polsce palących tytoń w okresie ciąży, np. z danych opublikowanych w 1990 roku wynikało, iż 30% kobiet w ciąży pali papierosy (Janowiak, 1990), natomiast dane z 2001 roku wskazują na odsetek: 20-48% (Zwoliński, 2001). Nałóg ten ma tendencję wzrostową w grupie młodych kobiet,

[5] Dym tytoniowy zawiera około 4000 substancji chemicznych, w tym około 40 rakotwórczych (np. benzen, polon 210, naftyloamina, piren, benzopiren, akrydyna, toluen, cyjanowodór, uretan), związki kobaltu, substancje smoliste, rozpuszczalniki organiczne, metale ciężkie (np. arsen), metanol, amoniak, butan, fenol.

czemu sprzyja agresywna reklama wyrobów tytoniowych. Niestety, tylko 20% kobiet palących przestaje palić w okresie ciąży.

Literatura dotycząca negatywnych skutków nikotynizmu na zdolność prokreacyjną człowieka jest bardzo szeroka, więc trudno ją w tym miejscu przytaczać. Istnieje przy tym duża zgodność wyników badań, a efekt uszkadzający (np. niższa waga urodzeniowa) zależy od liczby wypalanych papierosów. Palenie papierosów obniża płodność kobiet (o 30%) oraz zaburza wydzielanie androgenów u mężczyzn, zmniejsza liczbę, ruchliwość i żywotność plemników, a tym samym może być przyczyną niepłodności męskiej.

Palenie tytoniu w okresie ciąży lub przebywanie w zadymionym pomieszczeniu (tzw. bierne palenie) wprowadza substancje toksyczne, które nie tylko utrudniają poczęcie dziecka, ale też uszkadzają go na bardzo wczesnym etapie rozwoju lub uniemożliwiają mu implantację w macicy (Florek, Pisarski, 1997). Tytoń powoduje przyspieszenie akcji serca dziecka, jego niedotlenienie i niedożywienie oraz niepokój psychoruchowy (wzmożone ruchy, a potem ich ustanie). Tym samym tytoń upośledza jego rozwój w okresie prenatalnym, przyczyniając się do wzrostu zachorowalności i umieralności, powstania wad i mikrouszkodzeń, będących przyczyną zaburzeń rozwoju po urodzeniu, upośledzenia umysłowego i parcjalnych deficytów (np. trudności w matematyce, dysleksji). Łożysko matki palaczki jest za małe i za mało waży, jest mało wydolne i uszkodzone (uszkodzenie naczyń łożyska, przerost lub zahamowanie wzrostu naczyń kosmówki, zmniejszona wytrzymałość – ryzyko krwotoków i zawałów), nie spełnia więc dobrze swojej funkcji jako „laboratorium chemiczne", ogniwo pośredniczące i bariera między matką i dzieckiem.

Narażenie dziecka na ekspozycję dymu tytoniowego powoduje również zaburzenia w procesie prokreacyjnym. Odnotowuje się dwukrotnie większe ryzyko poronienia i powikłań w przebiegu ciąży (u wieloródek 6-krotnie większe), częstsze ciąże pozamaciczne wymagające interwencji operacyjnej (czasem z usunięciem jajowodu), częstsze porody przedwczesne, trzykrotnie częstszą śmierć wewnątrzmaciczną, samoistne zgony noworodka. Szczególnie negatywny i silnie zaznaczający się efekt dotyczy zmniejszenia obwodu głowy oraz tzw. hipotrofii wewnątrzmacicznej, czyli obniżenia wzrostu (do 4-5 cm) i spadku wagi urodzeniowej (nawet do 30%; ok. 450g u „ciężkich" palaczek, 290g u „aktywnych" palaczek i 60g u „biernych" palaczek – Zwoliński, 2001, s. 119). Co czwarte dziecko z niską wagą jest rodzone przez matkę palaczkę, a 70% dzieci matek palących mniej niż 20 papierosów dziennie ma wagę poniżej 2500g, co zwiększa kilkanaście razy śmiertelność okołoporodową. Dzieci tych matek narażone są również na uszkodzenia zdrowotne z powodu przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, odklejania się łożyska, łożyska przodującego i krwotoku zagrażającego życiu jego i matki. Po porodzie zaś matki te mają częściej trudności z laktacją, podjęciem roli macierzyńskiej i nadal narażają dziecko na toksyczne działanie nikotyny.

Niedostosowanie się do zakazu spożywania alkoholu w okresie ciąży jest również formą przemocy wobec dziecka prenatalnego. Ważne jest mocne podkreślenie

tego, gdyż nawet występowanie zespołu FAS nie jest w literaturze wyraźnie traktowane jako forma krzywdzenia dziecka, lecz jako skutek niewłaściwych zachowań matki w okresie ciąży (zob. np. Hołyst, 1997), chociaż np. z faktu omówienia płodowego zespołu alkoholowego (FAS) w rozdziale o krzywdzeniu dzieci w rodzinie alkoholowej przez J. Cielecką-Kuszyk (2000) można wnosić, iż wzrasta przekonanie o prenatalnych formach przemocy.

Alkohol spożywany przez matkę (zwłaszcza na etapie tworzenia podstawowych organów – do końca 8 tygodnia po poczęciu) może spowodować zespół wad wrodzonych, uszkodzenie mózgu (upośledzenie umysłowe, trudności w uczeniu się), zmniejszyć wagę i wzrost dziecka, prowadzić do częstszych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego po urodzeniu (np. Maurer, Maurer, 1994; Szymański, 1998). Może też prowadzić do wystąpienia wspomnianego zespołu FAS, który stanowi poważną przyczynę opóźnień w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka. Należy zaznaczyć, że żadna dawka spożywanego przez matkę alkoholu nie jest bezpieczna dla dziecka, gdyż stężenie alkoholu w jego krwi jest większe niż matki, a wyeliminowanie trwa dwukrotnie dłużej (obrazowo można powiedzieć, że dziecko jest bardziej i dłużej „pijane").

Poza tym alkohol nie tylko bezpośrednio zaburza wzrost i różnicowanie komórek dziecka, dojrzewanie jego układu nerwowego, ale działa też pośrednio, zaburzając dotlenienie i odżywianie dziecka, powoduje niedobory pierwiastków śladowych i witamin, upośledza wytwarzanie hormonów przez matkę i dziecko oraz jego odporność. W wyniku spożywania przez matkę alkoholu, dziecko zostaje obciążone zaburzeniami w zakresie odruchów neurologicznych, ruchów, percepcji, orientacji, uwagi, uczenia się, rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji, uczuć, pamięci. Dzieci te częściej przejawiają zaburzenia zachowania oraz ADHD. Są też bardziej narażone na uszkodzenia w związku z upadkami matki w okresie ciąży (zob. liczne publikacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych).

Szczególnie niebezpieczne są dla dziecka prenatalnego narkotyki, np. zażywana przez matkę kokaina powoduje defekty genetyczne, uszkadza układ krwionośny, moczowy i nerwowy dziecka, dziesięciokrotnie zwiększając ryzyko powstania wad w tym zakresie, prowadzi też do wad części twarzowej i kończyn, poronień, wcześniactwa, martwych urodzeń, zaburzeń zachowania (im wcześniejsza i dłuższa ekspozycja, tym efekt gorszy – np. Gosden, Nicolaides, Whitting, 1995, s. 38). Podobnie inne narkotyki, jak heroina (Bee, 1975, s. 57) i amfetamina są bardzo groźne dla rozwoju dziecka. Dzieci matek używających heroinę są zagrożone śmiercią wewnątrzmaciczną, wadami wrodzonymi, zakażeniami, mniejszą wagą i wzrostem, zespołem abstynencyjnym po urodzeniu i nagłą śmiercią, trudnościami w uczeniu się i w zachowaniu. Podobnie używana marihuana powoduje uszkodzenia genetyczne i prowadzi do wad wrodzonych, zwiększa ryzyko poronienia, opóźnia rozwój wewnątrznaciczny dziecka, naraża go na symptomy współuzależnienia (np. Robson, 1997; Thaithumyanon i in., 2005; Vucinovic i in., 2008).

Każdy rodzaj używek jest czynnikiem toksycznym. Jednocześnie poprzez swoje działanie zmieniające metabolizm matki, mają one swoisty biochemiczny wpływ zaburzający jej płodność i powodzenie prokreacji (Sołtysiak, 2005) oraz rozwój dziecka, a szczególnie OUN. Poza tym ich działanie toksyczne prowadzi często do niedotlenienia, a ono wraz z toksynami jest jedną z przyczyn zbyt małej masy urodzeniowej, wcześniactwa i zaburzonego rozwoju dziecka (np. Maurer, Maurer, 1994).

Długofalowy wpływ takich czynników, jak nikotyna, alkohol i narkotyki jest trudny do ustalenia, gdyż nierzadko współwystępują one ze sobą i ich działanie jest skumulowane, a dodatkowo związane są z innymi czynnikami ryzyka, jak niepokój matki (jako cecha jej osobowości lub reakcja na sytuację życiową), niewłaściwe odżywianie, brak higieny, nieprawidłowy styl życia, ubóstwo i brak opieki medycznej. Czynniki te wpływają na dziecko również po urodzeniu. Używki, w połączeniu ze stresem (często stosowane, by go rozładować), powodują zwężenie naczyń krwionośnych i w konsekwencji niedotlenienie dziecka, co jeśli jest stanem chronicznym, wywołuje niedotlenne bóle głowy u dziecka przed urodzeniem, uszkodzenie tych części mózgu, które odpowiadają za ten ból, a po urodzeniu – zaburzenia snu, napięcie mięśniowe, a nawet drgawki, nadpobudliwość w zakresie koncentracji uwagi i emocji (Maurer, Maurer, 1994, s. 24-35).

Dzieciobójstwo

Różne formy zaniedbania lub maltretowania dziecka prenatalnego mogą być podjęte intencjonalnie, celem uszkodzenia dziecka i doprowadzenia do jego śmierci (zakończenia ciąży[6]) lub też mogą być nieintencjonalne i czasem dopiero strata dziecka (np. poprzez poronienie), powoduje szukanie jej przyczyn w zachowaniach, które mogły to spowodować, chociaż ustalenie związku przyczynowo-skutkowego najczęściej nie jest możliwe. Jeśli dziecko przeżyje, to narażone jest na dalsze akty przemocy ze strony rodziców, począwszy od okresu noworodkowego, bardzo rzadko w postaci dzieciobójstwa (Kornas-Biela, 1999g; Marzec-Holka, 2004; Flyn, Shaw, Abel, 2007), częściej w postaci zaniedbania opieki lub fizycznego znęcania (zespół dziecka potrząsanego – np. Bernat, Karska, 1999).

Szczególną formą przemocy jest dzieciobójstwo. Brak jest dotychczas wyczerpujących badań, których wyniki pozwoliłyby na tyle rozumieć motywy i warunki dokonywania zabójstw noworodków przez matkę, by znając czynniki ryzyka, móc identyfikować potencjalną sprawczynię oraz zapobiec dzieciobójstwu (Pitt, Bale, 1995; Haapasalo, Petäjä, 1999; Riley, 2005; Flyn, Shaw, Abel, 2007). Ważne byłoby

[6] W literaturze przedmiotu znajdujemy opracowania, w których aborcja jest traktowana jako forma przemocy fizycznej wobec dziecka prenatalnego. Jednak ofiarą aborcji nie jest tylko dziecko, lecz również jego matka, a pośrednio i następne dzieci w rodzinie, w wymiarze psychicznym również jego ojciec (Kornas-Biela, 1988, 1998, 1998, 1999, 2000, 2009c; Chazan, Simon, 2009).

bardziej wnikliwe poznanie psychodynamiki decyzji podejmowanej w okresie ciąży lub po porodzie co do oddawania dziecka do adopcji. Za takim wyborem matki stoi zwykle sytuacja życiowa a jednocześnie kompleks czynników psychologicznych, których poznanie pomogłoby przeciwdziałać dzieciobójstwu (Green, Manohar, 1990; Bonnet, 1993; Spinelli, 2003).

W literaturze podkreśla się konieczność badań nad sposobami prewencji w zakresie czynów zagrażających życiu noworodka (Saunders, 1989). Podkreśla się też możliwość poddania terapii relację między matką i dzieckiem, kiedy dziecku udało się przeżyć próbę dzieciobójstwa (por. Ambach i in., 1990). Fakt, że otaczając matkę dostatecznym nadzorem i wsparciem ze strony rodziny oraz profesjonalnym poradnictwem, jest się w stanie doprowadzić do sytuacji wychowywania przez nią dziecka na miarę jego potrzeb, wskazuje na konieczność podejmowania wcześniejszych oddziaływań zapobiegających dzieciobójstwu. Wymaga to uczulenia społeczeństwa jak i profesjonalistów na czynniki ryzyka oraz zapewnienia różnych form pomocy (Cherland, Matthews, 1989), zwłaszcza wsparcia (informacyjnego, emocjonalnego, instrumentalnego i rzeczowego – Rostowska, 2009), np. poprzez odpowiednią politykę społeczną.

3. Przemoc psychiczna

Przemoc psychiczna towarzyszy wszystkim formom przemocy fizycznej, ale może również występować bez jej przejawów. Może ona przybierać wobec dziecka prenatalnego różne formy. Podstawową jest tak silne odrzucenie dziecka, iż nie dostrzega się jego istnienia lub zaprzecza się mu, traktując dziecko jako jedynie ciążę matki, zawartość jej brzucha, o którą nie musi się ona troszczyć i którą może dowolnie dysponować. Inną formą jest odmawianie dziecku akceptacji, negatywny stosunek do niego oraz narażanie siebie na różne trudne sytuacje.

Formą przemocy może być również intencjonalne niezwracanie uwagi na potrzeby dziecka, sygnalizowane poprzez jego ruchy (ich rodzaj, częstotliwość) i niereagowanie na odczuwany dyskomfort dziecka (np. dotlenieniem, spożyciem posiłku, zmianą pozycji ciała, relaksem, snem, dotykowym kontaktem wyciszającym dziecko, wyjściem z zadymionego pomieszczenia, ściszeniem zbyt hałaśliwej muzyki). Formą przemocy może też być ignorowanie przez matkę znacznego zmniejszenia lub braku ruchliwości dziecka przez dłuższy czas, sugerującego jego niedotlenienie i grożącą mu śmierć[7]. Przemoc emocjonalna jest wyrazem niewłaściwej postawy wobec dziecka, braku jego akceptacji, niechęci do nawiązywania kontaktu z nim

[7] Ruchy dziecka są najprostszym i najczulszym miernikiem jego dobrostanu, dlatego matki w okresie ciąży powinny być motywowane do obserwacji ruchów dziecka (ich częstotliwości, siły, rodzaju) i reagowania na dłużej utrzymujące się zmiany przez skontaktowanie się z lekarzem (Oleszczuk, Mierzyński, 2001).

i ekspresji uczuć wobec niego, a nawet odrzucenia emocjonalnego (a dziecko tę atmosferę emocjonalną „chłonie całym sobą" – Ham, Klimo, 2000).

Negowanie obecności dziecka i odbieranie mu statusu istoty ludzkiej sprzyja różnym formom przemocy prenatalnej. Jeśli w świadomości kobiety nie ma dziecka, a tylko „ona jest w ciąży", to łatwiej wtedy dochodzi do zaniedbania go, różnych form niewłaściwych działań wobec niego lub prowadzenie stylu życia, który może mu zagrażać. Umiejętność rozróżnienia między swoim własnym stanem zwanym ciążą a osobą dziecka jest funkcją jego wieku, ale nie tylko. Jednym z czynników wpływającym na spostrzeganie dziecka jako odrębnej istoty i identyfikację z rolą matki, jest jej wiedza (czasem deficyt w zakresie wiedzy lub jej brak), dotycząca prenatalnego rozwoju oraz wynikające z tego osobiste przekonania odnoszące się do statusu ontycznego człowieka przed urodzeniem, jego potrzeb i kompetencji oraz wymagań wobec roli matki w tym okresie.

Negowanie obecności dziecka w łonie matki na rzecz poczucia „rozwoju ciąży" zdarza się najczęściej przed odczuciem pierwszych ruchów, które są dla matki ewidentnym znakiem obecności w niej żywej istoty. Od tego czasu łatwiej jej myśleć już o dziecku w kategoriach drugiej osoby niż tylko własnej ciąży. Przemiany neurohormonalne związane ze stanem ciąży i podtrzymaniem życia dziecka oraz pojawienie się pierwszych jego ruchów sprzyjają bowiem postrzeganiu go jako odrębnej istoty oraz siebie jako osoby odpowiedzialnej za jego życie, kształtowaniu się tożsamości matki dziecka i przywiązania do niego. Jednak szybkość i siła tworzenia się więzi między matką i dzieckiem zależą od wielu czynników, nie tylko związanych z jego prenatalnym wiekiem. Nie do przecenienia w tym zakresie jest wsparcie społeczne (np. Armstrong, Pooley, 2005).

Powszechnie przyjmuje się, że jakość więzi z dzieckiem przed urodzeniem jest prekursorem wrażliwości na sygnały emitowane przez niego po urodzeniu oraz na interakcję z nim (Fuller, 1989; Bielawska-Batorowicz, 1995; Siddiqui, Hägglöf, 2000). Brak objawów przywiązania matczynego w okresie ciąży koreluje na poziomie istotnym statystycznie z zaniedbywaniem dziecka lub przemocą wobec niego po urodzeniu[8] (np. Tsujino, 2004).

Przy czym nowe zjawisko obserwuje się w obszarze problemu prenatalnej więzi w związku z praktyką macierzyństwa zastępczego. Ciąża na zamówienie pary, dla której kobieta nosi dziecko, charakteryzuje się wysiłkiem w kierunku odwrotnego procesu niż naturalny, a mianowicie – niewiązania się z dzieckiem, niepozwalania sobie na rozwój emocjonalnego stosunku do niego lub tłumienia pojawiających się uczuć. Finansowe zobowiązanie do oddania dziecka po urodzeniu zmusza kobietę

[8] Przy czym brak wiązania emocjonalnego i przemoc wobec dziecka okazała się w badaniach istotnie skorelowana z niepokojem i zaburzeniami zachowania kobiety ciężarnej oraz jej negatywnymi doświadczeniami z relacji z własną matką w dzieciństwie (Tsujino, 2004), zaburzeniami nastroju i osobowości oraz tworzenia więzi społecznych (Pollock, Percy, 1999) i niedojrzałymi relacjami z innymi (Litt, 1997).

do utrzymania emocjonalnego dystansu, walki z pojawiającymi się uczuciami, spychania ich, wywołuje konfliktowe uczucia wobec pary, dla której dziecko zostanie urodzone (Basilington, 2002).

Podobny problem hamowania naturalnego procesu tworzenia więzi z dzieckiem występuje w sytuacjach związanych z diagnostyką prenatalną, jak np.: oczekiwanie na wynik badania prenatalnego w parach o wyższym, niż populacyjne, ryzyku genetycznym; oczekiwanie na badania prenatalne po niepomyślnym wyniku badania skriningowego, którego znaczenie jest probabilistyczne; oczekiwanie na badania amniocentezy po badaniu kosmówki; subiektywny niepokój o urodzenie dziecka z wadą rozwojową, pomimo pomyślnych wyników badań diagnostycznych, który nie pozwala na wiązanie się z dzieckiem (Lawson, Turriff-Jonasson, 2006; Kornas-Biela, 2008b[9]).

Negatywne nastawienie matki do rozwijającego się w jej łonie dziecka ma wpływ na przebieg danej ciąży i porodu oraz na jego rozwój i zachowanie po urodzeniu. Negatywny lub silnie ambiwalentny stosunek matki koreluje z wyższym odsetkiem poronień samoistnych i obumarcia dziecka, częściej też występuje: poród przedwczesny, wady wrodzone (np. wady serca), zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego i pokarmowego.

Nie wiadomo dotąd, w jaki sposób dziecko jest w stanie odebrać informacje o takich uczuciach swej matki do niego, jak miłość, akceptacja, nadzieja czy też chłód emocjonalny, ambiwalencja, odrzucenie – często przecież stany te nie są w pełni uświadamiane przez matkę, która może tłumić je, wypierać do podświadomości. Dziecko wyposażone jest jakby w swoisty „radar" rejestrujący treść przeżyć matki, szczególnie tych, które dotyczą jej stosunku do niego (Ham, Klimo, 2000). Dlatego na otoczeniu matki spoczywa obowiązek niesienia takiej pomocy, aby mogła ona przyjąć poczęte dziecko, nawiązać więź z nim (nawet jeśli planuje oddać dziecko do adopcji) i w poczuciu bezpieczeństwa urodzić go. Wsparcie udzielone matce chroni ją od różnych zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń zachowania względem dziecka przed i po jego urodzeniu (Kornas-Biela, 1999g).

Na zaniedbanie ze strony rodziców są również bardziej narażone dzieci z wewnątrzmacicznym zahamowaniem rozwoju, urodzone jako wcześniacze lub urodzone o czasie, ale z problemami zdrowotnymi (Darmstadt, 1990). Stosunkowo duży procent matek nie potrafi odnaleźć się w tej dramatycznej sytuacji, stąd reaguje na traumę przyjęciem postawy dystansu wobec dziecka[10], zwłaszcza jeśli wcześniej

[9] Problem ten został podjęty przeze mnie m.in. w ramach referatu „Prenatalna diagnoza o niepomyślnym stanie zdrowia dziecka a kształtowanie się więzi rodziców z nim", wygłoszonego w czasie III Ogólnopolskiej Konferencji *Problemy diagnostyki, rehabilitacji i rozwoju*, 22-24.09.2008 r., PAN, Oddział w Lublinie. Abstrakt ukazał się w Materiałach Konferencji na s. 65-66.

[10] Rodzice ci ograniczają ilość odwiedzin dziecka w szpitalu i czas przeznaczony na pobyt, raczej dzwonią, niż przychodzą, ich obecność na oddziale polega na sprawdzeniu, czy dziecko żyje,

miały trudności z akceptacją jego poczęcia lub nie otrzymują właściwej dozy wsparcia ze strony ojca dziecka. W tej sytuacji poczucie winy oraz poczucie samotności jeszcze bardziej utrudnia emocjonalne wiązanie się z dzieckiem oraz przejście przez etap odżałowania straty, jaką jest brak doświadczeń z porodu o czasie i urodzenia zdrowego dziecka. Unikanie kontaktu z dzieckiem i zachowanie uczuciowego dystansu wobec niego oraz przedłużanie pobytu dziecka w szpitalu utrudnia wyrównywanie przez dziecko wcześniacze opóźnień rozwojowych (np. Kmita, 2003b).

Objawem zaniedbania psychicznego dziecka może być również rezygnacja z karmienia piersią, pomimo możliwości w tym zakresie. Matka może nie zdawać sobie sprawy ze zdrowotnych walorów karmienia naturalnego znacznie większych niż karmienia sztucznego, poddawać się modzie karmienia mieszankami humanizowanymi, ciągle jeszcze żywej w niektórych środowiskach (Kornas-Biela, 1991/1992), może również odmawiać go ze względu na niechęć do częstego i dłuższego kontaktu z noworodkiem, a jednocześnie przez to samo traci szansę na wiązanie emocjonalne z nim. Wprowadzenie karmienia sztucznego bardzo wcześnie po urodzeniu powoduje osłabienie zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka oraz dłuższy powrót do normalnych procesów fizjologicznych u matki i gorsze radzenie sobie z trudami macierzyństwa.

4. Podatność dziecka prenatalnego na teratogeny i przemoc

Nawet silne teratogeny i różne formy prenatalnej przemocy wobec dziecka nie działają w izolacji. To, czy dany czynnik spowoduje negatywne konsekwencje dla rozwoju i życia dziecka, zależy od szeregu warunków, np.: (1) od barier obronnych organizmu matki oraz barier tworzonych przez łożysko, genetycznych i paragenetycznych czynników organizmu matki; (2) od genetycznie zdeterminowanej specyfiki biochemizmu jego ustroju i wrażliwości na czynniki środowiska oraz cech układu nerwowego (np. jego plastyczności, siły mechanizmów obronno-kompensacyjnych); (3) od okresu rozwojowego, w którym dany czynnik zadziałał; (4) od cech bodźca oddziałującego na organizm – jego rodzaju, siły (natężenia), częstotliwości i długości oddziaływania; (5) od ilości i jakości pozytywnych i negatywnych czynników działających na organizm w przeszłości i obecnie, które powodują kumulowanie się zmian i formowanie się doświadczeń funkcjonalnych.

Zgodnie z neurofizjologicznymi prawami – prawem „torowania drogi" oraz „prawem tła" – wpływ bodźców oddziaływających na organizm może być minimali-

nie podejmują aktywnych form kontaktu z dzieckiem przed ukończeniem pierwszego miesiąca, są chętni do przedłużania pobytu dziecka w szpitalu. Z badań G. Kmity wynika, iż negatywny stosunek do poczętego dziecka aż czterokrotnie zwiększał prawdopodobieństwo radzenia sobie z sytuacją wcześniactwa poprzez strategię zachowania dystansu wobec dziecka, a brak zaangażowania ze strony ojca dziecka – aż jedenastokrotnie (Kmita, 2003b).

zowany lub wzmagany w zależności od czynników działających uprzednio i jednocześnie. Bodźce patogenne, które zadziałały wcześniej mogły zaburzyć i osłabić mechanizmy obronno-kompensacyjne organizmu, a tym samym utorować drogę następnym, których wpływ stał się przez to jeszcze bardziej patogenny, ale jego siła jest modyfikowana przez aktualnie współdziałające czynniki. Konkretny negatywny czynnik prenatalny spełnia rolę wzmacniającą ujemny wpływ braku pozytywnych bodźców rozwojowych lub oddziaływania bodźców uszkadzających w dalszym przebiegu ciąży i porodu oraz po urodzeniu. Dewastacyjny wpływ działania kilku negatywnych czynników (np. niedożywienia, stresu, braku higieny i wypoczynku matki) nie jest prostą sumą ich negatywnego działania, ale ma charakter skumulowany i wynika ze wzajemnej interakcji między nimi oraz współgrania z wszystkimi innymi zmiennymi (Barrett, 1982, s. 281).

Zasadniczo – im wcześniejszy okres, tym większe ma on znaczenie dla dalszego rozwoju i bardziej dewastacyjny i uogólniony wpływ negatywnych czynników (Wolański, 1983, s. 335). Szczególnie ważny, a tym samym niebezpieczny dla człowieka, jest pierwszy trymestr życia przed urodzeniem, gdyż dynamika rozwoju jest wtedy najbardziej intensywna[11], a tym samym decydująca o dalszym jego przebiegu. Struktura jeszcze nieutworzona, nieutrwalona anatomicznie i funkcjonalnie lub na etapie intensywnego wzrostu i różnicowania, wykazuje cechę zwiększonej ekosensytywności (np. wrażliwości na działanie bodźców zaburzających). Najczęściej, jeśli negatywny czynnik rozwojowy nie spowoduje wtedy śmierci lub konkretnej wady, to nie da się ściśle przewidzieć, jaki będzie jego wpływ na dalszy rozwój, jak bardzo uogólniony, chociaż wiadomo, że to, co jest w okresie największego intensywnego rozwoju (w tzw. okresie krytycznym), jest najbardziej podatne na uszkodzenia.

5. Ojciec jako osoba stosująca przemoc prenatalną

Osobą dokonującą prenatalnej przemocy może być matka lub też osoba z otoczenia matki, np. ojciec dziecka, dziadkowie. Szczególnie łatwo o zaniedbania emocjonalne dziecka prenatalnego dochodzi w grupie mężczyzn, ze względu na mniejsze zaangażowanie w proces prokreacji niż u kobiet oraz maskowanie emocji powściągliwością w ich ekspresji. Zachowanie dystansu uczuciowego wy-

[11] Kończąc 2. miesiąc życia dziecko osiąga wzrost 3 cm, co oznacza, że licząc od poczęcia powiększyło swoje rozmiary aż 40 tysięcy razy. Waga jego w tym czasie wynosi 1 g, co świadczy o 50-krotnym wzroście ciężaru ciała w porównaniu z końcem pierwszego miesiąca życia. Dwa pierwsze miesiące to okres tworzenia się wszystkich organów, a trzeci miesiąc – doskonalenia ich struktury. Kończąc trzeci miesiąc, dziecko „stanowi już jednolity organizm" (Kobierska i in., 1992, s. 371), przypomina wyglądem miniaturowego człowieka o określonej płci, którego wszystkie podstawowe narządy wewnętrzne są już ukształtowane i zajmują właściwe miejsce oraz spełniają właściwe funkcje (Kornas-Biela, 2000b/2004).

nika m.in. ze stereotypu męskiej roli oraz zgodnego z nim sposobu przeżywania i nieujawniania swoich uczuć. Szczególnie w sytuacjach związanych z prokreacją, mężczyzna stara się nie odsłaniać głębi swego „ja" i zachować oczekiwaną przez otoczenie pozycję „silnego dębu". Sprostanie tym wymaganiom podtrzymuje dystans wobec dziecka, pozbawia je uczuciowych odniesień z jego strony i powoduje opóźnienie w kształtowaniu się ojcowskiego przywiązania, co ma przełożenie również w relacji ojca do dziecka po urodzeniu. Dziecko bezwiednie zostaje zaniedbane ze strony ojca, a pre- i perinatalne zaniedbanie może mieć reperkusje w osobowości i w dalszym wychowaniu dziecka.

Niektórzy mężczyźni przytłoczeni wymaganiami okresu ciąży i porodu oraz lękiem przed odpowiedzialnością za wychowanie dziecka, radzą sobie z napięciem poprzez stosowanie używek, co sprzyja dokonywaniu przemocy fizycznej w domu. Nie zawsze zachowania przemocowe są wtedy intencjonalnie skierowane przeciw dziecku, ale ze względu na jego ścisłą łączność z matką, każda forma przemocy wobec matki dotyczy również jego.

W wyniku przemocy fizycznej dokonanej wobec matki, dziecko może zostać uszkodzone bezpośrednio lub pośrednio poprzez skutki doświadczanej przez nią traumy. Formy te są bardzo zróżnicowane, np. stosowanie wobec matki różnych form przemocy fizycznej (np. bicie), psychicznej (np. straszenie, poniżanie, domaganie się aborcji), werbalnej (stosowanie wyzwisk, awantury), seksualnej (np. zmuszanie do współżycia pomimo zagrożenia poronieniem), narażanie matki na przeżywanie stresu (poprzez np. odrzucenie dziecka). Wyrażają one brak akceptacji pojawienia się dziecka, jak też są objawem cech osobowości ojca i najczęściej również doświadczeń przemocowych z jego własnego dzieciństwa. Zawsze powinno to być sygnałem ostrzegawczym dla najbliższych i profesjonalistów, aby przeciwdziałać kontynuowaniu przemocy wobec matki dziecka prenatalnego, gdyż ofiarą są tu dwie osoby, a stosowana obecnie przemoc będzie miała tendencję do utrzymania się po urodzeniu, a nawet do nasilenia (aż do uśmiercenia dziecka – Korbin, 1989), wskutek spiętrzenia trudności związanych z jego utrzymaniem, pielęgnacją i wychowaniem.

Literatura dotycząca przemocy fizycznej i seksualnej, a tym samym emocjonalnej wobec kobiety w ciąży, jest bardzo obszerna i w sposób konsekwentny wykazuje, że skutki przemocy są bardzo negatywne i rozległe. Stanowi ona zagrożenie dla przebiegu ciąży i porodu (poronienie, przedwczesny poród, komplikacje ciążowo-porodowe, infekcje matki, spadek wagi jej ciała), życia matki (istotnie częstsza umieralność matek w okresie okołoporodowym) oraz dla zdrowia i życia dziecka (śmierć wewnątrzmaciczna lub w okresie noworodkowym, niska waga i wzrost przy urodzeniu, zaburzenia rozwoju). Ponadto matki te, ze względu na stres, częściej sięgają po używki, natomiast rzadziej korzystają z opieki medycznej. Dlatego też przemoc domowa jest jednym z najbardziej istotnych problemów edukacyjnych oraz interwencyjnych związanych z prokreacją (np. Lipsky i in., 2003; Boy, Salihu, 2004; Sharps, Laughon, Giangrande, 2007; Rosen i in., 2007; Chambliss, 2008).

6. Przemoc prenatalna odpowiedzią na przemoc

Coraz bardziej zdajemy sobie sprawę z konieczności wczesnej diagnozy osób, które potencjalnie są narażone na stosowanie przemocy wobec dziecka w pre- i perinatalnym okresie, by podjąć stosowne działania, gdyż to zapobiega nie tylko śmierci dziecka, zaburzeniom jego fizycznego i psychicznego rozwoju, ale też międzypokoleniowej transmisji przemocy[12] (por. Piekarski, 1992; Rostowska, 1995; por. Plopa, 2004, s. 79-81). Doznanie przemocy we własnej rodzinie usposabia do tego, by samemu zadawać ją swoim dzieciom. Zjawisko to zwane jest dziedziczeniem społecznym, międzygeneracyjną transmisją zachowań przemocowych (Belsky, 1993, s. 415-417).

Jedną z grup rodziców, którzy mogą mieć problemy z rozwojem uczuć do dziecka prenatalnego oraz ich ekspresją, są osoby manifestujące chłód uczuciowy i niechęć do wchodzenia w związki emocjonalne z innymi ludźmi. W ich historii dzieciństwa spotkać można przypadki śmierci rodziców, brak uczuciowej łączności między członkami rodziny lub tłumienie ekspresji emocjonalnej. Jako osoby dorosłe, mają trudności w tworzeniu więzi uczuciowych, sprawiają też wrażenie osób niezaangażowanych, gdyż nie potrafią uzewnętrznić swoich przeżyć. Podobnie osoby, które mają negatywne lub ambiwalentne stosunki z ludźmi, zwłaszcza z rodzicami, i u których dominuje skrywana wrogość do innych, są narażone na doświadczanie niechęci do dziecka, uczuć odrzucenia go, co poprzez mechanizm poczucia winy powoduje zahamowanie reakcji emocjonalnych do dziecka (Kornas-Biela, 1999g). Osoby te same wymagają pomocy, by mogły być dobrymi rodzicami swoich prenatalnych dzieci. Fakt wnoszenia do małżeństwa i rodzicielstwa problemów emocjonalnych ze swego dzieciństwa, jest potwierdzany przez ciągle nowe badania empiryczne z tego zakresu (Draczyński, Błażek, 2004).

Kierunek psychodynamiczny formułuje w tym zakresie twierdzenie o tzw. interakcyjnej traumie. Trauma przeżywana przez matkę w czasie jej pre- i perinatalnego rozwoju zwiększa prawdopodobieństwo doświadczania dalszych urazów w okresie dzieciństwa i młodości. Przyczynia się do nagromadzenia czynników traumatycznych, powodujących przeżycie ciąży i porodu jako urazu, doświadczenia ponad siły. Jest to jednocześnie czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo stosowania przez nią zachowań przemocowych, które przez dziecko odbierane są jako traumatyczne, a tym samym narażone jest ono na to, by jako ofiara prenatalnej przemocy, być ofiarą krzywdzenia również po urodzeniu, a potem samemu stosować przemoc (Kornas-Biela, 1998d, e, 2003a, b). Inaczej mówiąc, rodzenie się doświadczone jako trauma

[12] Chodzi tu nie tylko o mechanizm modelowania przemocy i wpływ na dziecko przykładu zachowań przemocowych jego rodziców, ale też znaczenie deprywacji potrzeb w dzieciństwie i złej jakości relacji rodzinnych na późniejsze zachowania przemocowe, np. negatywne doświadczenia w relacji z własną matką w dzieciństwie sprzyjają trudnościom w kształtowniu się pre- i postnatalnego przywiązania do dziecka (Tsujino, 2004).

sprzyja tendencji do doświadczania traum w życiu, również w zakresie spełniania funkcji prokreacyjnych, czyli np. porodu własnego dziecka (Ingalls, 1997; Irwing, 1997; Culbert-Koehn, 1999a, b; Emmerson, 1993, 1998a, b, 2001).

Należy zwrócić uwagę na złożony związek między przemocą a aborcją, który ilustruje wiele badań oraz relacji z sesji terapeutycznych (np. Ney, Fung, Wickett, 1995; Ney, Peeters, 1995; Ney, 1997; Gajowy, Simon, 2002; Simon, Gajowy, 2002; Chazan, Simon, 2009). Wskazują one, iż istnieje wyraźny związek między brakiem szczęśliwego dzieciństwa a zgodą na dokonanie aborcji. Wydarzenia urazowe, traumatyczne, związane z lękiem i zagrożeniem, poczuciem odrzucenia i unieważnienia w dzieciństwie, stygmatyzują i potem są odtwarzane w zachowaniach autodestrukcyjnych (np. zachowania nałogowe – *addictive bahaviors*) oraz destrukcyjnych. Osoba zaniedbywana i doświadczona przemocą w dzieciństwie, chcąc przed tym samym ustrzec swe dziecko, decyduje się na aborcję. Czasem też projekcja wobec nieurodzonego dziecka negatywnych cech osób bliskich skłania do aborcji, by ustrzec przed nimi swoje dziecko („nie chcę kogoś drugiego, jak on"). Poza tym agresja i poczucie skrzywdzenia z przeszłości mogą być przeniesione na własne nieurodzone dziecko, jak na kozła ofiarnego. Kobieta, opuszczona lub zaniedbywana w dzieciństwie, przeżywa lęk przed opuszczeniem ze strony partnera, więc jest szczególnie podatna na groźby opuszczenia, jeśli nie dokona aborcji. U kobiet doświadczonych przemocą seksualną, aborcja może być aktem, który podświadomie pozwala im odzyskać kontrolę nad swym ciałem w myśl zasady: „to moje ciało, nic mu do tego"[13].

Na przyjmowanie postawy związanej z emocjonalną przemocą wobec dziecka prenatalnego są również narażone matki i ojcowie po aborcjach (doznana przemoc rodzi skłonność do okazywania przemocy), ze względu na jej negatywne psychologiczne konsekwencje (np. Kornas-Biela, 1988a, 1998d, e, 1993/2002, s. 205-235, 2009c; Kaczmar, 1998; Kuttner, 2007, s. 542-543), w tym też dla więzi z kolejnym dzieckiem. Ich żałoba po stracie dziecka ma najczęściej patologiczny przebieg, gdyż strata dziecka (i wszystkiego, co z nim związane) jest nierozpoznana, nienazwana, nieopłakana, nieodżałowana (por. Cuisinier i in., 1996). Rodzice ci, częściej niż inni, mają trudności w nawiązaniu relacji z dzieckiem poczętym i okazywaniu mu uczuć, czują się emocjonalnie „zamrożeni" (zwłaszcza jeśli nie przepracowali tzw. patologicznej żałoby), a po urodzeniu rzadziej dotykają dziecka, spoglądają na niego, krócej karmią piersią, przeżywają tłumioną złość, co skłania do stosowania przemocy słownej i fizycznej wobec dziecka lub doświadczają smutku, co skutkuje zaniedbaniem (Winkler, 1999; Kornas-Biela, 2009c[14]; Simon, 2003; por. O'Leary, Gaziano, Thorwick, 2006).

[13] Problematyka ta była przedmiotem Międzynarodowej Konferencji „Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia", Warszawa 2004, na którą przygotowano materiały dokumentujące powyższe kwestie (Chazan, Simon, 2009).

[14] Zob. znacznie poszerzoną wersję referatu pt. „Psychologia prenatalna wobec aborcji" (Kornas-Biela, 2009c), wygłoszonego na zamówienie w czasie Międzynarodowej Konferencji pt.

7. Przemoc prenatalna wyzwaniem dla pedagogiki

W związku ze znaczeniem prenatalnych doświadczeń rodzice i osoby towarzyszące im w okresie ciąży, porodu i połogu powinni odpowiedzieć sobie na pytania: Czy zabezpieczają rozwój dziecka na miarę współczesnej wiedzy o czynnikach, które mogą go zaburzyć? Czy identyfikują osoby z ryzykiem stosowania przemocy i udzielają jej wsparcia, by zabezpieczyć prawidłowy rozwój dziecka? Czy wspomagają jego rozwój? Co robią, by potencjał rozwojowy dziecka mógł na tym etapie osiągnąć właściwy mu pułap? Czy zwracają uwagę na potrzeby dziecka?[15] Czy traktują dziecko jako osobę i wchodzą z nim w kontakt, porozumiewają się i rozwijają z nim więź?

Wobec niebezpieczeństw, mogących grozić dziecku prenatalnemu, ważne miejsce zajmuje refleksja, badanie oraz wdrażanie działań profilaktycznych. Chodzi o „zapobieganie patologii rozwoju poprzez przeciwdziałanie czynnikom ryzyka i wspieranie warunków sprzyjających rozwojowi zasobów odpornościowych" (Nowak, 2008b, s. 220). Inaczej mówiąc, chodzi o identyfikację oraz zapobieganie czynnikom ryzyka, czyli tym, które grożą (prawdopodobieństwo może być zróżnicowane) wystąpieniem problemów ze zdrowiem fizycznym lub psychicznym. Jest to o tyle ważne w tym okresie, że zasoby podmiotu – dziecka prenatalnego – ze względu na jego początkowy stan rozwoju są bardzo małe. Dlatego oprócz redukowania czynników szkodliwych ważne są też działania chroniące i wzmacniające zdrowotne zasoby dziecka. Pedagogika prenatalna może więc przyczyniać się do promowania i wspierania pre- i perinatalnego rozwoju człowieka oraz ochraniać go i zabezpieczać przed niekorzystnymi czynnikami i sytuacjami. Profilaktyka, opieka i wychowanie muszą być więc na tym etapie życia szczególnie silnie ze sobą sprzęgnięte, a że trudno jest przewidzieć różne zagrożenia, potrzeba dorosłym „wyobraźni miłosierdzia", do której wzywał Jan Paweł II (por. Nowak, 2008b, s. 221, 223-224).

Obecna wiedza pozwala jednak wyodrębnić pewne grupy ryzyka ze względu na możliwość występowania prenatalnej przemocy[16]. Przemoc dorosłych wobec dziecka prenatalnego może wynikać z braku stosownej wiedzy, trudności w akceptacji dziecka z powodu braku gotowości psychicznej do rodzicielstwa i zaskoczenia po-

„Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia", zorganizowanej przez Komitet Nauk Demograficznych PAN, Rzecznika Praw Dziecka, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 20-22.06.2004.

15 Kobieta powinna być wyczulona na potrzeby dziecka, które sygnalizuje ruchami (ich rodzaj, częstotliwość) i reagować na nie (np. dotlenieniem, spożyciem posiłku, zmianą pozycji ciała, relaksem, snem, dotykowym kontaktem wyciszającym dziecko).

16 Bernat i Karska (1999) wskazały na czynniki ryzyka, które pozwalają położnej już na etapie szkoły rodzenia lub kontaktów z ciężarną zidentyfikować rodziny potrzebujące wsparcia, by zapobiec zaniedbaniu lub maltretowaniu dziecka. Należą do nich: niedojrzałość ze względu na wiek lub poziom intelektualny, zaburzenia zdrowia lub stanu psychicznego matki, trudności z akceptacją dziecka, brak wsparcia społecznego, konflikty małżeńskie, patologie społeczne, trudna sytuacja ekonomiczna rodziny, aspołeczne cechy osobowości.

częciem[17]. Może też być przejawem ich cech osobowości (np. sztywnej, autorytarnej, niedojrzałej), stylu życia (np. uzależnienia) oraz zaistniałej sytuacji w życiu osobistym i rodzinnym (np. konflikty małżeńskie, bezrobocie, trudna sytuacja materialno-mieszkaniowa), długotrwałego stresu, braku wsparcia społecznego, braku lub słabej relacji z ojcem dziecka[18]. Kobieta często czuje się pod presją różnych czynników niesprzyjających jej pozytywnemu odniesieniu do dziecka, np. większość kobiet, na co wskazuje bardzo dużo badań, przyznaje, iż nie dokonałaby aborcji, gdyby nie presja środowiska, zwłaszcza ojca dziecka. Dziecko staje się więc ofiarą przemocy wobec jego matki (np. Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 191-195; Kuttner, 2008, s. 537).

Wzrasta obecnie świadomość, iż istnieją czynniki ryzyka związane z warunkami poczęcia dziecka, przebiegiem ciąży i porodu, które zwiększają prawdopodobieństwo, iż dziecko stanie się ofiarą przemocy. Są nimi: bardzo młody wiek matki (głównie ze względu na stres trudności życiowych – por. Kornas-Biela, 2001b; Bidzan, 2007), niezaakceptowane poczęcie dziecka przez osoby znaczące dla matki, porzucenie matki przez ojca dziecka, brak wsparcia w okresie ciąży i porodu, komplikacje w przebiegu ciąży (np. Szymona-Pałkowska, 2005), przeżycie porodu lub rodzenia się jako wydarzenia traumatycznego (Ingalls, 1997; Irwing, 1997; Culbert-Koehn, 1999a, b; Emerson, 1993, 1998a, b, 2001), wcześniactwo (Kmita, 1998, 2000, 2003a,b; Kmita, Kaczmarek, 2004), urodzenie dziecka już przed porodem spostrzeganego jako dziecko trudne (Bielawska-Batorowicz, 1995), z wadą w wyglądzie, z problemami zdrowotnymi, zagrożonego niepełnosprawnością (Jaures, Diamond, 1985; Blacher, 1984; Hanzlik, Stevenson, 1986; Kornas-Biela, 2001d), hospitalizacja dziecka od urodzenia (np. Belsky, 1993; Cielecka-Kuszyk, 2000, s. 201-202). Te grupy matek jako potencjalnie narażonych na działania przemocowe wobec dziecka, zwłaszcza jeśli włączą się inne czynniki ryzyka, powinne być otoczone szczególnym wsparciem społecznym i fachową pomocą.

Wydarzenia, o których wspomniano wyżej, powinny być sygnałem ostrzegawczym dla osób najbliższych matce a także profesjonalistów, aby przeciwdziałać wystąpieniu takich sytuacji, zmniejszać ich skutki. W przeciwnym razie może to prowadzić nie tylko do przemocy prenatalnej, ale też uśmiercenia dziecka po urodzeniu, zaniedbania lub innych form zaburzonych relacji z nim. U dużej części kobiet

[17] Jednym z czynników, który sprzyja trudnościom w akceptacji poczęcia dziecka, jest brak pragnienia dziecka. Im mniejsze pragnienie, tym zazwyczaj większe prawdopodobieństwo odrzucenia dziecka, zwłaszcza w pierwszym okresie ciąży. Z wielu badań wynika, że jeśli kobieta nie ma jeszcze dziecka, dopuszczała możliwość jego pojawienia się, długo na niego czekała lub miała już uprzednio poronienia, to jej pragnienie dziecka jest zwykle silniejsze, a tym samym reakcja na jego niespodziewane poczęcie bardziej przychylna. Powszechnie obserwowana też jest prawidłowość, że uprzednie odrzucenie dziecka, w miarę mijania kolejnych tygodni po poczęciu ma tendencję do zanikania.

[18] Głęboka więź matki z ojcem dziecka, satysfakcjonujące współżycie seksualne, ogólnie pozytywna ocena życia małżeńskiego, zwiększają prawdopodobieństwo wczesnego pojawienia się jego pozytywnych odniesień do dziecka prenatalnego.

dokonujących zabójstwa noworodka można było w czasie ciąży zauważyć brak kontaktu z nim i brak przygotowań do porodu lub zaburzone interakcje z dzieckiem, właśnie o charakterze przemocy, np. zaniedbania, fizycznego znęcania się (por. Kornas-Biela, 1999g; Marzec-Holka, 2004).

Obecnie, gdy wzrasta nasza wiedza co do znaczenia prenatalnego okresu życia, jak też nastawienie profilaktyczne i optymalizujące rozwój dziecka, przed pedagogiką stoją nowe wyzwania, którym lepiej sprosta specjalnie wyodrębniony dział pedagogiki, niż podejmowanie tych zadań przez inne działy na marginesie swych wiodących zainteresowań. Pedagogika nie może pozostać obojętna wobec faktu, iż już w stosunku do dziecka prenatalnego oraz noworodka możliwe są różne formy przemocy, jak też, że kobieta w ciąży nierzadko jest jej ofiarą.

Pedagogika prenatalna może więc w obszar swoich zainteresowań włączyć takie zagadnienia, jak np. edukacja w zakresie potrzeb dziecka prenatalnego oraz noworodka i stosownych kompetencji rodzicielskich. Niedostateczna wiedza rodziców co do stopnia rozwoju dziecka prenatalnego, jego potrzeb, czynników uszkadzających[19] i korzystnych dla niego, może być przyczyną różnych form zaniedbania. Wiele błędów opiekuńczo-wychowawczych, które mogą mieć miejsce w tym okresie, jest popełnianych z nieświadomości znaczenia tego czasu dla całości życia oraz wagi różnych czynników rozwojowych, z nieumiejętności rozpoznania potrzeb i możliwości dziecka oraz specyfiki własnych zadań i rodzaju koniecznych zaangażowań. Dopiero na wiedzy (nawet intuicyjnej, czasem podpartej zwyczajami) bazuje motywacja i gotowość do podjęcia funkcji rodzicielskiej już na tym etapie.

Do zadań pedagogiki prenatalnej można również zaliczyć identyfikację osób podatnych na reagowanie przemocą wobec wymagań oraz trudności okresu ciąży i czasu okołoporodowego, identyfikację rodzin wysokiego ryzyka wystąpienia przemocy wobec dziecka lub kobiety w okresie ciąży i w połogu, wsparcie i różne formy profesjonalnej pomocy dla tych rodziców, aby przeciwdziałać wystąpieniu lub zmniejszać skutki przemocy już dokonanej.

Dzięki zwróceniu uwagi nauk o wychowaniu na prenatalne nadużycia wobec dzieci oraz prenatalne uwarunkowania przemocy postnatalnej, możliwe będzie uzupełnienie luki w literaturze oraz w działaniach praktycznych. Pozyskana wiedza i systematycznie wdrażane działania profilaktyczne wpłyną na zmianę myślenia (rodziców, coraz szerszych kręgów społecznych) o dzieciach prenatalnych i przebiegu najwcześniejszego etapu życia. Daje to szansę znaczącego zmniejszenia (chciałoby się rzec – zaniku) czynów przestępczych kierowanych przeciwko dzieciom w prenatalnym okresie rozwoju. Uzmysławia bowiem potrzebę badań, np.: epidemiologicznych, opracowania programów profilaktycznych, edukacji, terapii rodzin

[19] Brak wiedzy o czynnikach uszkadzających rozwój dziecka przed urodzeniem może utrudniać poczęcie i zaburzać jego okres pre- i postnatalny. Literatura naukowa na ten temat jest stosunkowo obszerna (np. Wolański, 1981; Gumińska 1989; Kornas-Biela, 1997c, 1999i, 2004), ale wiedza społeczeństwa słaba.

i sprawców przemocy. Pozwoli również na poszerzenie pola działania różnych organizacji zajmujących się ochroną dzieci przed zaniedbaniem i okrucieństwem oraz egzekwowaniem praw dzieci będących w łonach swych matek oraz szczególną ochroną matek w kolejnych etapach prokreacji[20].

II. Stres matki jako czynnik ryzyka rozwojowego

Stres jest pojęciem wielowymiarowym, w zakresie którego badane są czynniki wywołujące poczucie stresu, modyfikujące jego przejawy i konsekwencje, np. wsparcie społeczne (Armstrong, Pooley, 2005). Stres jest jednym z najlepiej poznanych szkodliwych czynników dla rozwoju dziecka i przebiegu prokreacji (Eliot, 2003, s. 118-137; Paszkowski, Torres, Szkodziak, 2004; Odent, 2007), w tym również czynnikiem, który może ją uniemożliwić, pomimo podjętych prób sztucznego zapłodnienia (wzajemna zależność między stresem, niepłodnością a stresem zabiegu sztucznego zapłodnienia, jego niepowodzeniem i niepłodnością – Cwikel, Gidron, Sheiner, 2004).

Różne rodzaje silnego i długotrwałego stresu doświadczanego przez matkę w okresie ciąży, utrudniają uczuciowe wiązanie się z dzieckiem i są istotnym czynnikiem, który może spowodować stosowanie przemocy prenatalnej (np. z powodu chęci rozładowania napięcia). Stres jest również czynnikiem wprowadzającym rozległe następstwa na całe życie, które mogą zależeć od tych wczesnych negatywnych doświadczeń[21].

Należy w tym miejscu dodać, iż o wpływie konkretnego czynnika działającego jako stresor w okresie ciąży i porodu decydują jego cechy przedmiotowe (np. rodzaj, siła, długość czasu działania), jak i cechy podmiotowe. Wśród nich ważne znaczenie mają: stosunek do dziecka i siła przywiązania do niego, doświadczenie stanu ciąży (w ciąży zmienia się percepcja bodźców stresowych i zwykle te wszystkie, które zagrażają życiu własnemu i najbliższych są odbierane silniej niż normalnie), rodzaj i siła niezaspokojonych potrzeb, zwłaszcza potrzeby miłości i bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego.

Niezmiernie ważnym czynnikiem osłabiającym konsekwencje jakiegokolwiek stresora i wzmagającym sposoby radzenia sobie z nim, jest wsparcie społeczne

[20] Istnieje potrzeba przygotowania opracowań teoretycznych i badań empirycznych oraz poradników, które dotyczyłyby przemocy wobec dziecka prenatalnego, np. jak uchronić dziecko prenatalne przed przemocą (por. Ketterman, 2004).

[21] Intensywność stresora jest istotna, ale jeszcze ważniejsza jest wewnętrzna zdolność osoby do radzenia sobie z nim, a to jest zmniejszone, jeśli istnieją nierozwiązane konflikty psychiczne i nieuleczone zranienia z dzieciństwa, np. doświadczenie różnych form przemocy.

(Sęk, Cieślak, 2005; Schwarzer, Knoll, 2007; Rostowska, 2009), np. może ono zmniejszyć prawdopodobieństwo pojawienia się depresji poporodowej (Axness, 2007); symptomów posttraumatycznego stresu (PTSD) w wyniku trudnego przebiegu porodu lub innych czynników, które powodują, że poród był doświadczeniem traumatycznym (Bailhan, 2003); trudności z adaptacją do sytuacji niepomyślnej diagnozy prenatalnej (Kornas-Biela, 1988b, 2008b).

1. Mechanizm oddziaływania stresu matki na dziecko

Stres i niepokój matki działa bezpośrednio na układ nerwowy dziecka. Mechanizm oddziaływania stresu matki na dziecko w łonie odbywa się trzema drogami: neuroendokrynologiczną, odpornościowo-zapalną i naczyniową, a centralną rolę w tym odgrywają łożyskowe hormony kortykotropowe (Wadhwa i in., 2002). Huffman i Carmen (1990) opisali różnorodne konsekwencje stresu transferowanego do dziecka drogą neurochemiczną, hormonalną i odpornościową. Wiadomo, że stres prowadzi do upośledzenia sympatycznego (współczulnego) układu nerwowego i funkcjonowania osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej, która jest już czynna w 3 miesiącu życia prenatalnego (Weinstock, 1997, s. 1) oraz rozregulowuje funkcjonowanie tworzących się i doskonalących struktur organizmu (np. częstoskurcz matki pod wpływem stresu powoduje utrzymujący się dłużej częstoskurcz u dziecka – Howard, Fox, 1979, s. 162). Wysoki poziom hormonów stresu (kortyzolu) jest związany z występowaniem u matki niepokoju, napięcia, depresji, żałoby, poczucia stresu i nieszczęścia (Odent, 2007, s. 309).

Niezależnie od tego, że matka i dziecko mają odrębne układy neurohormonalne, to jednak łożysko umożliwia wzajemne oddziaływanie tych układów na siebie[22]. Stan emocjonalny matki, któremu odpowiada określony poziom pobudzenia autonomicznego układu nerwowego (AUN) oraz poszczególnych hormonów, wpływa na jej przemianę materii, stan mięśni i zmysłów, pracę narządów wewnętrznych (np. Barrett, 1982; Wadhwa, 1998; Weinstock, 1997), na tzw. stan behawioralny dziecka (Arduini, Pizzo, Romanii, 1995).

W sytuacjach, w których matka wykazuje dużą aktywność fizyczną lub przeżywa trudne stany napięcia, niepokoju i negatywnych uczuć (np. agresji, zawiści, żalu, gniewu, strachu), następują zmiany w pracy OUN oraz w wydzielaniu hormonów, zwłaszcza katecholamin (adrenaliny, noradrenaliny), neurotransmiterów (dopaminy, serotoniny) oraz glukokortykoidów. Wzmożone wydzielanie jednych substancji che-

[22] Łożysko jako ważne chemiczne laboratorium spełnia nie tylko rolę pośrednika biochemicznej więzi między matką i dzieckiem, ale też samo jest źródłem wpływów o charakterze biochemicznym (McCulloch Doughty, 2007, s. 283). Jest ono „trzecią stroną" w dwustronnej komunikacji matka–dziecko, bardzo aktywną, raz „komunikującą się" z dzieckiem, innym razem z matką (tamże, s. 288).

micznych a hamowanie innych powoduje w takich sytuacjach charakterystyczne reakcje u matki, np. zwiększenie siły i częstotliwości pracy mięśnia sercowego, wzrost w zakresie ciśnienia krwi, szybkości oddechów, produkcji potu, napięcia mięśni (m.in. macicy), w wydzielaniu śliny, w perystaltyce.

Związki chemiczne wydzielane do krwiobiegu matki docierają poprzez łożysko w krótkim czasie do krwiobiegu dziecka i wywołują u niego zmiany w zakresie pracy poszczególnych układów (np. niedotlenienie), w jego zachowaniu (np. wzmożenie ruchów) oraz w realizacji genetycznie zaprogramowanych zmian morfologicznych układu nerwowego oraz normalnych na danym etapie rozwoju procesów fizjologicznych zachodzących w tym układzie. Wraz ze strumieniem krwi dociera do dziecka nie tylko tlen (w sytuacji stresu dochodzi go mniej, co powoduje niedotlenienie dziecka), pożywienie (w sytuacji stresu – utrudniony przekaz), ale też kompleks związków chemicznych będących fizycznym odpowiednikiem matczynych emocji. Spełniają one rolę mediatora, łącznika między matką oraz tworzącym się organizmem i psychiką dziecka. Jeśli docierają do niego od matki hormony wydzielane w stanie lęku i smutku, bezradności i zagrożenia, to zmienia się metabolizm jego organizmu na odpowiadający tym emocjom. Organizm dziecka nieświadomie towarzyszy matce w jej doświadczeniach (np. Van den Bergh, 1990, 1992; Van den Bergh i in., 2005; Field, Diego, Hernandez-Reif, 2006).

Dziecko nie jest świadome treści przeżyć psychicznych matki, ale zmiany fizjologiczne zachodzące w jej organizmie pod wpływem negatywnych emocji i transmitowane do niego drogą biochemiczną są odbierane przez nie jako dyskomfort i ból. Na ekranie monitora USG można obserwować, jak dziecko reaguje wtedy rozpaczliwie poprzez wzmożenie kopania, wykrzywianie, spazmy. A w jego organizmie czułe przyrządy rejestrują podobne zmiany jak u matki, np. przyspieszenie tętna i zaburzenia rytmu pracy serca oraz ruchów oddechowych klatki piersiowej (nabierania i wypierania wód płodowych), zmiany w napięciu psychogalwanicznym skóry, w napięciu mięśni i w pracy mózgu (EKG), wzmożenie picia lub zaprzestanie połykania wód płodowych (Kornas-Biela, 1993d/2002, 2000b/2004).

Jedną z dróg wpływu długotrwałego napięcia i niepokoju matki na powstanie u dziecka zaburzeń w rozwoju można przedstawić następująco: niepokój matki → zachowania ryzykowne → niedotlenienie → zatrucie toksynami → uszkodzenie OUN dziecka, niska waga urodzeniowa, wcześniactwo → trudności noworodka w adaptacji po urodzeniu → powstanie i/lub nasilanie się zaburzeń rozwoju psychoruchowego i umysłowego dziecka (Kornas-Biela, 1997c).

Fakt wpływu silnych negatywnych przeżyć psychicznych matki w okresie ciąży na rozwój dziecka i ich długofalowych konsekwencji jest bezdyskusyjny, natomiast problemem jest dokładne określenie – na czym polega ten wpływ i jego skutki, gdyż jest on zwykle zbyt słaby, by spowodować wady wrodzone, natomiast zbyt silny, by nie pozostawić śladów w systemie neurohormonalnym i w ogólnym stanie zdrowia dziecka, a silnie skorelowany z poronieniami i śmiertelnością potomstwa, co powoduje trudność w badaniu jego wpływu na dalsze życie dzieci (Rosenblith, Sims-Knight, 1985, s. 140).

2. Stres jako negatywny czynnik rozwojowy dla dziecka

Mózg człowieka przez całe życie pozostaje w rozwoju, lecz bazuje, w ciągłych przekształceniach swej struktury i funkcji, na doświadczeniach okresu prenatalnego. Organizm uczy się już przed urodzeniem dziecka, jak reagować na stres i radzić sobie z nim. Powtarzające się fizjologiczne reakcje i stany mają tendencję do utrwalania się w postaci nieprawidłowych mechanizmów regulacji. Uszkadzające działanie stresu ma bardzo złożone i długotrwałe konsekwencje (Wadhwa, 1998; Odent, 2007), gdyż ma charakter kaskadowy, tzn. cały rozwój dziecka w łonie i po urodzeniu, jego funkcjonowanie oraz rozwój mózgu zależą od tych wczesnych negatywnych doświadczeń.

Długotrwały stres matki w okresie ciąży, doświadczany w poczuciu bezradności i związany z niezaspokojeniem jej najważniejszych potrzeb psychicznych, może spowodować modyfikację w ekspresji genotypu i rozwoju struktury oraz funkcji ośrodkowego układu nerwowego, a jednocześnie zmienioną odpowiedź organizmu na dalsze bodźce rozwojowe. Inaczej mówiąc, silny stres może wpłynąć na szlak rozwoju oraz ekspresję genów w dostępnych warunkach środowiskowych, powodując nieprawidłowe wzorce połączeń neuronalnych i synaptycznych. Silnie negatywne przeżycia matki zmieniają procesy neuronalne w rozwijającym się organizmie.

Dane pochodzące z bogatej literatury przedmiotu wskazują na fakt, że stres i związane z nim silne negatywne uczucia (np. rozpacz, lęk, niepokój, brak poczucia bezpieczeństwa, głęboki smutek, żałoba, poczucie bezradności) to czynniki o charakterze psychicznym, które mogą być przyczyną nieprawidłowego przebiegu ciąży, porodu oraz połogu, jak też zaburzeń w rozwoju dziecka. Silne negatywne stany emocjonalne matki od poczęcia dziecka mają wpływ na jego wzrost i aktywność w łonie (Odent, 2007), stan jego zdrowia fizycznego, rozwój i dojrzewanie układu nerwowego, a zwłaszcza mózgu (Lou, Hansen, Nordentoft, 1994), kształtowanie się wzorców behawioralnych i progres w rozwoju postnatalnym (np. Carlson, Labarba, 1979; Lobel, 1994; DiPietro i in., 2002; McCulloch Doughty, 2007). Neurobiologiczne zmiany spowodowane stresem przyczyniają się do tworzenia biologicznych podstaw pod nieprawidłowe rysy osobowości i stanowią bazę dla anomalii w zachowaniu oraz dla nieprawidłowego funkcjonowania w przyszłości (Schneider i in., 2002, s. 287).

Stres i niepokój matki jest rozpoznanym czynnikiem ryzyka położniczego (Kędziora, 1989), mającym swój wkład na drodze biochemicznej na pojawienie się takich problemów, jak zatrucie ciążowe i komplikacje ciążowo-porodowe (np. już Davids i in., 1961; Van den Bergh, 1988, 1992), poród przedwczesny (Hedegaard, 1994; Dunkel-Schetter, 1998; Wadhwa, 1998; Gennaro, Hennessy, 2003; McCulloch Doughty, 2007), zaburzenia rozwojowe manifestujące się niską masą urodzeniową (dystrofią płodową), za małym w stosunku do wieku ciążowego wzrostem dziecka, wewnątrzmacicznym zahamowaniem jego rozwoju (Wadhwa i in., 2002), depresją poporodową (np. Axness, 2007; McCulloch Doughty, 2007), objawami posttraumatycz-

nymi (PTSD – Bailham, 2003). Zmiany w systemie neurohormonalnym pod wpływem stresu matki (np. wzrost poziomu epinefryny i oksytocyny) zwiększają skurcze macicy, a tym samym z jednej strony pobudzają dziecko do ponad przeciętnej liczby ruchów, co wywołuje nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym (McCulloch Doughty, 2007), jak też z drugiej, powodują niedożywienie dziecka i poród przedwczesny, sprzyjając tym samym powstaniu upośledzeń fizycznych i umysłowych.

Poza tym stałe pobudzenie układu nerwowego i hormonalnego dziecka może powodować również trwałe uszkodzenia formowania się różnych narządów lub zaburzać ich funkcjonowanie (np. Wadhwa, 1998). Wiele badań wskazuje na fakt, że przeżywane przez matkę negatywne stany emocjonalne mogą wywołać takie defekty, jak deformacje fizyczne (np. w budowie ucha, palców, zajęczą wargę i rozszczep podniebienia), psychiczne (np. mikrouszkodzenia mózgu objawiające się parcjalnymi deficytami rozwojowymi) i umysłowe (stan prowadzący do upośledzenia umysłowego).

Stres urazowy doświadczony przez matkę w ciąży, okazuje się szczególnie związany z takimi problemami u dziecka, jak: niska waga urodzeniowa (np. Wadhwa, 1998), niska ocena kondycji fizycznej noworodka po urodzeniu, brak lub słaby płacz (Stott, za: Rosenblith, Sims-Knight, 1985, s. 136-140; Foster, 2006, s. 86), problemy z układem pokarmowym, np. kolkę (Gander, Gardiner, 1981; Van den Bergh, 1988, 1990, 1992), trudności ze ssaniem, spaniem i oddychaniem, skłonność do chorób, tzw. słabe zdrowie (np. Kaplan, Sadock, Grebb, 1994; Foster, 2006, s. 86). Dzieci te „są skłonne do różnych chorób i mają problemy ze zdrowiem fizycznym przez całe życie" (Bee, 1975, s. 62), przejawiają opóźniony rozwój psychomotoryczny.

Również w sferze psychicznej odnajdujemy dalekie konsekwencje prenatalnego stresu, jak trudności w rozwoju psychoruchowym i poznawczym, np. gorsze wyniki w skali Brazeltona i w skali Baleya (Van den Bergh, 1990, s. 120), emocjonalnym i objawy psychopatologiczne (Van den Bergh, 1992). Dzieci matek, które doświadczyły silnego niepokoju i smutku w okresie ciąży, przejawiają istotnie częściej osłabienie wskaźników prawidłowego rozwoju układu nerwowego w zakresie funkcji umysłowych i uczuciowych oraz objawy psychopatologiczne w dzieciństwie i w życiu dorosłym.

Dzieci te od urodzenia są uważane za trudne (Van den Bergh, 1990, s. 20), wykazują niski próg tolerancji na frustrację, dużo płaczą (niepohamowany płacz), są nadwrażliwe, drażliwe, nerwowe, skłonne do irytacji (Stott, za: Rosenblith, Sims-Knight, 1985, s. 136-140). W okresie szkolnym mają zaburzenia uwagi i objawy nadpobudliwości psychoruchowej (McCulloch Doughty, 2007, s. 289, 296-298; Grimshaw, Bryden, Finegan, 1995), przy czym, im silniejszy stres w okresie ciąży, tym nasilenie symptomów ADHD jest większe (Grizenko i in., 2008). Dzieci te określane są jako z „trudnym temperamentem", częściej przejawiają zaburzenia lateralizacji, zaburzenia integracji sensorycznej, trudności w procesach poznawczych, w uczeniu się (Foster, 2006).

Osoby, które doświadczyły długotrwałego stresu przed urodzeniem, w późniejszym życiu częściej wykazują przedłużone reakcje na stres, silny niepokój, stany

lękowe, stałe poczucie bezradności i bycia w potrzasku (porażki), zaburzenia emocjonalne i psychiatryczne, np. nerwice, depresja, neurotyczność (Hetherington, Parke, 1979, s. 88; Weinstock, 1997, s. 2), zaburzenia zachowania i w kontaktach społecznych (Grossman i in. 1980; Maurer, Maurer, 1994, s. 22-23; Wadhwa, 1998; Wadhwa i in., 2002). W życiu dorosłym odnotowuje się u tych osób częstsze poważne problemy zdrowotne, np.: zawał, cukrzyca, chroniczne nadciśnienie, choroby serca (Pringle, 1998; Schmidt, 1999; Barker, 2000; McCulloch Doughty, 2007, s. 288)[23] oraz podatność na stres, silniejsze przeżywanie stresu i tendencję do podejmowania zachowań, które są stresorodne (por. Ferry, 1996)[24].

Niektóre skutki stresu doświadczanego przez matkę podczas ciąży stają się widoczne u dziecka dopiero po wejściu w wiek dojrzewania, gdyż poszczególne procesy rozwoju układu nerwowego przebiegają w różnym czasie, np. przyrost neuronów i połączeń między nimi w korze mózgowej oraz obumieranie komórek, które zakłada eliminację błędnych lub niepotrzebnych połączeń, pozostaje pod wpływem prenatalnych wpływów. Przewlekły lub silny stres zmienia działanie osi hipokamp – nadnercza – przysadka, zwiększając wydzielanie glikokortykoidów i powodując silniejsze reakcje biologiczne i behawioralne na działanie kolejnych stresorów w życiu (Chrousos, 1995a, b).

W okresie prenatalnego rozwoju dziecko jest szczególnie bezbronne wobec docierających do niego negatywnych bodźców – nie może się im przeciwstawić, uciec od nich ani zastosować mechanizmów obronnych. Nie pamięta ono doświadczeń prenatalnych, ale istnieje tzw. pamięć ciała, która znajduje wyraz w skłonności do pewnych chorób, w słabości określonych narządów, w ogólnej „orientacji emocjonalnej", w strukturze osobowości o pewnych charakterystycznych rysach. „Pamiętane" przez organizm emocje mają cechę względnej trwałości i mogą decydować o wrodzonej predyspozycji do przeżywania stanów lęku, depresji, agresji, gdyż odpowiadające tym emocjom ośrodki mózgowe zostały „nastawione" na wytwarzanie takiego układu hormonów, który odpowiada emocjom dominującym u matki w okresie ciąży (Kornas-Biela, 1997c).

Przeżywane przez matkę długotrwałe stany stresu, niepokoju, depresji lub agresji powodują zwężenie naczyń krwionośnych i niedokrwienie dziecka (Grizenko i in., 2008) oraz ciągły dopływ do krwi dziecka charakterystycznych dla tych stanów substancji chemicznych, co w zależności od okresu jego rozwoju, wpływa na dojrzewające struktury mózgowe, a tym samym na ich funkcjonowanie, m.in. na funkcjonowanie podwzgórza jako centrum odpowiedzialnego za spontaniczne zachowa-

[23] Choroby serca są problemem społecznym, więc w ramach zaawansowanych badań profilaktycznych i poszukiwań przyczyn sięgnięto do okresu prenatalnego. Prawdopodobne jest, że stres w okresie prenatalnym ma również wpływ na pojawienie się w życiu postnatalnym innych schorzeń oraz zaburzeń ze strony różnych układów (np. moczowego, kostno-stawowego).

[24] Również setki badań prowadzonych na zwierzętach transłożyskowych ilustrują wyraźnie długofalowe i bardzo różnorodne konsekwencje stresu prenatalnego.

nia, sposób reakcji na bodźce z otoczenia, zachowania afektywno-obronne, agresywne, nabywanie odruchów warunkowych oraz tendencje do reagowania na zdarzenia odczuciem przyjemności, radości lub niechęcią, depresją, lękiem.

Dojrzewanie mózgowych ośrodków różnych funkcji, np. emocjonalnych, ruchowych, percepcyjnych może więc zostać zaburzone pod wpływem substancji chemicznych, które docierają do nich w nieodpowiedniej ilości, częstotliwości, proporcji. Mózgowe ośrodki doznań cielesnych i emocjonalnych zostaną w ten sposób już w okresie prenatalnym predysponowane do takiego funkcjonowania, które jest charakterystyczne dla tychże negatywnych stanów. Organizm dziecka zostaje nastawiony do produkcji i utrzymania podobnego układu hormonów i poziomu metabolizmu, jaki był jego udziałem w łonie. W tym sensie możemy powiedzieć, że „organizm pamięta". Poza tym język biochemiczny dostarcza dziecku informacji o świecie go otaczającym i umożliwia dialog emocjonalny matki z nim.

3. Pośrednie działanie stresu

Stres prenatalny nie działa w izolacji. Jego wpływ na rozwój dziecka oraz przebieg ciąży i porodu jest bardzo złożony, gdyż najczęściej współwystępuje on z innymi negatywnymi czynnikami, które wzmacniają jego skutki. Silne negatywne przeżycia emocjonalne matki w okresie ciąży powodują też często zaniedbania, polegające na niedożywieniu, np.: z powodu braku apetytu, braku czasu i sił psychicznych na troskę o właściwą dietę, braku obiektywnych możliwości w sytuacji nędzy materialnej, alkoholizmu w rodzinie czy przeciążenia pracą. Utrudnienia w rozwoju dziecka i przebiegu ciąży oraz porodu mogą być spowodowane nie tylko zaburzeniami biochemicznymi, powstałymi bezpośrednio z powodu niepokoju matki, lecz też pośrednio poprzez konsekwencje zachowań, które ona podejmuje, aby rozładować napięcie emocjonalne (por. Van den Bergh, 1988; Kędziora, 1989). Wszystkie te zaburzenia korelują ponadto z częstszym występowaniem trwałych uszkodzeń OUN, w tym również dziecięcego porażenia mózgowego (Coolman i in., 1985). Jako przykład mogą posłużyć 20-letnie badania australijskie wykazujące zależność między niską wagą urodzeniową a spastyczną postacią diplegii (Atkinson, Stanley, 1983).

U matek, które przeżywają w okresie ciąży napięcia i niepokój, a jednocześnie mają tendencję do zachowań agresywnych i same są ofiarami przemocy, może wystąpić reakcja rozładowania powstałych napięć poprzez czyny skierowane przeciw dziecku. Mogą one mieć formę zaniedbania go (np. przez celowe niedożywianie się, brak opieki lekarskiej) lub maltretowania (np. uderzanie w brzuch lub krępowanie poszerzania się jego objętości, uszkadzanie fizyczne przez drogę dopochwową). Czyny skierowane przeciw dziecku mają różny charakter i natężenie, mogą działać w różnym czasie prenatalnego rozwoju, a jeśli dziecko nie spełnia po urodzeniu oczekiwań rodziców – następuje ich spotęgowanie.

Zaniedbanie i maltretowanie zostało w literaturze rozpoznane jako czynnik wywołujący uszkodzenia układu nerwowego, np. dziecięcego porażenia mózgowego – wśród dzieci z zespołem dziecięcego porażenia mózgowego spotyka się większy odsetek tych, które doświadczyły już przed urodzeniem lub/i teraz doznają różnych form zaniedbania i przemocy. Rozpoznano w tym zakresie podwójne znaczenie związku maltretowania i niepełnosprawności – przemoc występuje jako przyczyna i skutek niepełnosprawności (Diamond, Jaudes, 1983; Jaudes, Diamond, 1985).

Stres zwiększa więc prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń w rozwoju również pośrednio, poprzez skutki niedotlenienia i niedożywienia, większego prawdopodobieństwa wcześniactwa (Czochańska i in., 1971; Czochańska, Łosiowski, 1985, s. 329; Czajka, 2007) i dystrofii wewnątrzmacicznej. Samo zaś urodzenie przed czasem lub o czasie, ale z objawami dystrofii czy niedoborów pokarmowych, powoduje częstsze rozstania z matką z powodu hospitalizacji, brak karmienia piersią, trudności w adaptacji do roli macierzyńskiej i ojcowskiej u rodziców, a to wszystko jeszcze bardziej komplikuje rozwój psychoruchowy „dziecka z ryzykiem", bardziej niż inne narażonego na uszkodzenia układu nerwowego (Machova, 1984).

4. Niepokój i depresja matki

Niepokój matki jako czynnik negatywnie oddziaływający na prokreację i rozwój dziecka przed urodzeniem nie zawsze spowodowany jest stresem. Czasem przyczyną jest neurotyczna osobowość matki, tendencja jej układu nerwowego do reagowania niepokojem i napięciem na bodźce, które dla większości osób nie są stresowymi.

Analizując literaturę można zauważyć, że nie zawsze odróżnia się w badaniach różnice między wpływem na dziecko niepokoju matki w zależności od tego, czy jest on rozpatrywany jako cecha czy jako stan wywołany bodźcem. Niepokój matki spowodowany jakimś bodźcem traktowanym jako stresor (np. oczekiwanie na badanie amniopunkcyjne w związku z ryzykiem choroby wrodzonej), ma wpływ na zwiększenie ruchliwości dziecka (Rossi, 1987). Jednocześnie niepokój, jako cecha matki, powoduje częstsze, silniejsze i dłużej trwające okresy zwiększonej ruchliwości dziecka w porównaniu z grupą kontrolną i ma wpływ na jego zachowanie w okresie noworodkowym. Dzieci matek o wysokim poziomie niepokoju w okresie ciąży mają wyższe niż dzieci matek o niskim poziomie niepokoju wskaźniki ruchliwości przed urodzeniem, zaś po urodzeniu charakteryzują się istotnie częstszym płaczem, większą ruchliwością, szybszymi zmianami między różnymi stanami behawioralnymi, oceniane są jako dzieci zbyt aktywne, o trudnym temperamencie (Van den Bergh, 1990, 1992). Niepokój i depresja matki wpływa też na wzrost tętna serca dziecka. Matki charakteryzujące się niepokojem, mają też częściej trudniejszy przebieg porodu, a po urodzeniu ich dzieci więcej płaczą, cierpią na kolki, są nadwrażliwe na bodźce (Bee, 1975, s. 62).

Niepokój przeżywany przez matkę w okresie ciąży sprzyja zażywaniu przez nią używek, które mają pomóc jej uspokoić się, rozładować napięcie lub odwrócić uwagę od źródła stresu. Tymczasem są one formą przemocy wobec nieurodzonego dziecka, poddanego działaniu uszkadzających go czynników (Kornas-Biela, 1997c, 1999i).

Oceniając długofalowe konsekwencje niepokoju matki w okresie ciąży na dziecko, trzeba pamiętać o tym, że mogą być one związane z kilkoma dodatkowymi zmiennymi: przekazanymi przez matkę genetycznymi predyspozycjami do reagowania niepokojem, wpływem występujących częściej u niespokojnych matek komplikacji ciążowo-porodowych, jak też ich niepokoju, który trwa również po urodzeniu i oddziaływuje na dziecko oraz bardziej negatywną percepcją dziecka przez matki o wyższym poziomie niepokoju (por. Van den Bergh, 1990, s. 128).

Należy tu wspomnieć jeszcze o depresji matki w okresie ciąży, która pociąga za sobą podobne konsekwencje, jak doświadczany przez nią stres. Literatura dotycząca wpływu depresji matki była do tej pory przede wszystkim skupiona na badaniu wpływu depresji matki po urodzeniu dziecka na jej relacje z nim oraz na jego rozwój i rzeczywiście dokumentuje ona bardzo rozległe i negatywne konsekwencje depresji w tym zakresie, zresztą również, gdy dotyka ona ojca (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 238-244).

Natomiast badania wpływu depresji matki w okresie ciąży na dziecko nie są aż tak liczne, ale dokumentują, iż dzieci takie rodzą się istotnie częściej w wyniku porodu przedwczesnego, porodu „z problemami". Uzyskują one niższe wyniki w wadze urodzeniowej, gorsze wyniki w Skali Oceny Zachowania Noworodka Brazeltona, wykazują biochemiczne wskaźniki depresji (niższe poziomy dopaminy i serotoniny, podwyższony poziom kortyzolu i norepinefryny), asymetryczny zapis EEG (większa aktywność przedniego płata prawej półkuli), trudności w procesach habituacji (np. do głosu i widoku matki), problemy w aktywności motorycznej, orientacji, nieregularny sen, mniejsze zainteresowanie światem, a matki takiego dziecka mają trudności w nawiązaniu bliskiej więzi z nim. Okazuje się jednak, iż niezależnie od poziomu depresji matki w okresie ciąży, konsekwencje jej depresji dla dziecka zależą m.in. od sposobu interakcji z nim, stąd jest tu duże pole dla działań pedagoga, który wspierając taką matkę w jej interakcjach z dzieckiem (zapobieganie odrzuceniu, zbytniej kontroli), może zmniejszyć ryzyko negatywnego wpływu jej zaburzenia emocjonalnego na rozwój dziecka (np. przegląd badań: McCulloch Doughty, 2007, s. 289-294).

III. Więź z dzieckiem prenatalnym: obszar zainteresowań pedagogiki

Przez wieki kobiety nie miały wglądu do życia dziecka prenatalnego, a pomimo to proces tworzenia się więzi z nim był intensywny (Stainton, 1990) i przechodził

przez kolejne, uniwersalne stadia: włączenia dziecka jako elementu ciała i obrazu siebie, zróżnicowania dziecka od siebie, ukształtowania poczucia jego obecności jako odrębnej od matki osoby o specyficznych zachowaniach i cechach oraz sposobach interakcji, wiązania emocjonalnego z nim. Kształtowanie się przywiązania matczyno-płodowego było bardziej oparte na intuicji, wyobrażeniach i fantazjach, wewnętrznym wglądzie w to, co dzieje się w ciele kobiety, samoobserwacji i przekazywanych przez pokolenia rytuałach co do należnego zachowania kobiety w ciąży. Brak możliwości detekcji stanu zdrowia dziecka powodował, że naturalny przebieg procesu wiązania się matki z dzieckiem nie był wstrzymywany. Obecnie empirycznie udokumentowana wiedza zastępuje intuicję matek, a oczekiwanie na wynik diagnozy prenatalnej osłabia tempo tworzenia się przywiązania matczynego.

Należy jednak zaznaczyć, iż wzrost obiektywnej wiedzy o wyglądzie, rozwoju i kompetencjach dziecka prenatalnego nie ma jednoznacznie pozytywnego i bezpośredniego wpływu na percepcję dziecka przez rodziców i ich doświadczenia w relacji z nim. Przywiązanie rodziców do dziecka przed urodzeniem jest uwarunkowane tak wieloma zmiennymi wzajemnie ze sobą powiązanymi, iż wyniki badań co do ich wpływu są ciągle sprzeczne ze sobą. Fakt, iż posiadana wiedza nie decyduje jednoznacznie o poglądach lub konkretnych zachowaniach ludzkich, jest prawidłowością dobrze znaną w psychologii[25]. Nie oznacza to jednak, iż wiedza nie ma wpływu na ludzkie funkcjonowanie, co dokumentuje perswazyjny charakter różnych kampanii, marketingu, reklam, promocji[26] i edukacji, w tym dotyczących sfery prokreacji.

Kształtowanie się przywiązania do dziecka jest procesem bardzo złożonym i zależy od wielu współwystępujących czynników, których wpływy wzajemnie się przenikają (Kornas-Biela, 1992c; Plopa, 2004)[27]. Poza tym, przywiązanie do dziecka jako zmienna, jest w badaniach traktowane raz jako zmienna niezależna, innym razem jako zależna, dlatego interpretacja wyników wymaga ostrożności. Zasadniczo[28] udokumentowano (z różnym stopniem istotności) pozytywną korelację po-

[25] Liczne badania i codzienna praktyka wskazują na nieskuteczność np. ostrzeżeń o szkodliwości alkoholu czy papierosów umieszczanych obowiązkowo w wielu krajach na wszystkich opakowaniach zawierających te produkty. Wiedza o ryzyku nie zmienia diametralnie postaw ani zachowań konsumenckich również u kobiet w ciąży (Raport ICAP 3, 1997; Roan, 1997; Hankin i in., 1993, s. 16; Eurenius, Axelsson, Sjen, 1996).

[26] Np. B. Jacennik, 2006, 2008.

[27] Autorami własnych, klasycznych teorii przywiązania jest J. Bowlby i M. Ainsworth (Ainsworth, Bowlby, 1991). Pojęcie przywiązania do dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju jest różnie rozumiane, definiowane, badane, z wyakcentowaniem bardziej biologicznego podłoża (Hofer, 2006) lub psychologicznych charakterystyk (Erickson, 1996; Shieh, Kravitz, Wang, 2001).

[28] Zasadniczo, gdyż są badania, w których np. takie zmienne, jak wiek kobiety, wyższy status społeczny, planowanie poczęcia, poddanie się USG, okazywały się istotnymi dla czasu pojawienia się i jakości więzi matki z dzieckiem, a inne badania temu zaprzeczają (por. np. Kemp, Page, 1987; Koniak-Griffin, 1988; Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989; Bielawska-Batorowicz,

między przywiązaniem do dziecka a takimi zmiennymi, jak np. planowanie poczęcia, pierwsza ciąża, późniejszy etap ciąży, wiedza i wyobrażenia o dziecku i jego rozwoju, odczucie pierwszych ruchów oraz ich przeciętna częstotliwość i siła, dobre relacje z ojcem dziecka, wsparcie otoczenia, brak skłonności do depresji i niepokoju, w tym o zdrowie dziecka, oraz do używek, dobry stan zdrowia i prawidłowy przebieg ciąży, pozytywne wcześniejsze doświadczenia prokreacyjne, poczucie radzenia sobie z obowiązkami, wizualizacja dziecka podczas badań prenatalnych, podejmowanie zachowań zdrowotnych (np. Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989; Heidrich, Cranley, 1989; Condon, Esuvaranathan, 1990; Bialoskurski, Cox, Hayes, 1999; Siddiqui, Hägglöf, 2000; Lindgren, 2001; Rauenhorst, 2001; Salisbury i in., 2003).

O ile aktualny stres matki oraz niepokój związany ze stanem ciąży i zdrowiem dziecka (niepokój jako stan) ma negatywny wpływ na więź z dzieckiem, o tyle korelacja ze zmiennymi osobowościowymi jest niejednoznaczna, np. nie stwierdzono wpływu na więź takich zmiennych osobowościowych, jak pojęcie matki o sobie oraz jej niepokój jako cecha (Gaffney, 1986), natomiast związek taki wykazywała zmienna, jaką jest obraz siebie (Cranley, 1981).

Ostatnie metaanalizy 183 badań nad przywiązaniem prenatalnym przeprowadzone w latach 1981-2006 ukazały, iż 14 badanych czynników kształtowania się więzi matka–dziecko przed urodzeniem, różni się siłą wpływu na ten proces. Najważniejszym czynnikiem okazał się czas – im bliżej porodu, tym bardziej więź wzrasta. Następne co do siły działania czynniki to: wsparcie społeczne oraz prenatalna diagnoza. Mniejszy wpływ mają: niepokój, samoocena, depresja, planowanie dziecka, wiek, stan cywilny, posiadanie dzieci, wysokość zarobków, poziom wykształcenia. A najmniejszy w sile wpływ na przywiązanie miał czynnik ryzyka ciążowo-położniczego (Yarcheski i in., 2009). Międzypokoleniowa transmisja przywiązania jest coraz bardziej rozpoznawanym faktem (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, 1995) i coraz bardziej pogłębia się przekonanie, iż dotyczy to również okresu przed urodzeniem.

Znaczenie więzi rodziców z dzieckiem prenatalnym dla jego rozwoju, dla przebiegu ciąży i porodu oraz dla jakości ich przeżyć w trakcie kolejnych etapów prokreacji, jest nie do przecenienia. Przywiązanie do dziecka przed urodzeniem jest czynnikiem ułatwiającym i wzbogacającym jakość wczesnych kontaktów z nim, a tym samym już od narodzin stwarza bardziej korzystne warunki dla jego rozwoju (Siddiqui, Hägglöf, 2000). Ponadto przywiązanie rodzicielskie w sytuacji pre- lub perinatalnej straty dziecka pomaga w przejściu przez wszystkie etapy żałoby związanej z rozstaniem, uniknięciu ucieczki w niedojrzałe mechanizmy obronne, integra-

1995, s. 20-26; Siddiqui, Hägglöf, 2000). Zmiennymi, które mają jednoznaczne oddziaływanie na więź, są wsparcie społeczne (pozytywny efekt) oraz stres (negatywny efekt) (np. Cranley, 1981, 1984; Stainton, 1990; Siddiqui, Hägglöf, 2000; Rauenhorst, 2001).

cji tego doświadczenia z historią własnego życia (Kornas-Biela, 1999a; Aleksander, 2001, s. 105-124; Sanders, 2001, s. 118-137; Lemoine, 2003, s. 53-66).

Rozległa literatura ukazuje również międzygeneracyjne znaczenie prenatalnej więzi, np. badania prowadzone w Szwecji w grupie 161 kobiet w trzecim trymestrze ciąży wskazały na zależność między siłą więzi matki z nieurodzonym dzieckiem a jej pozytywnymi wspomnieniami z relacji z własną matką we wczesnym dzieciństwie. Ciepłe kontakty z matką w dzieciństwie sprzyjają nabywaniu przez córkę tożsamości matki w okresie ciąży i więzi z dzieckiem (Siddiqui, Hägglöf, Eisemann, 2000; por. też: Ryś, 1992; Draczyński, Błażek, 2004)[29]. Rodzina stanowi źródło międzypokoleniowego przekazu wielu wymiarów osobowości, które mają związek z wchodzeniem w role rodzicielskie i sposobem sprawowania ich od poczęcia dziecka (Piekarski, 1992; Rostowska, 1995; Opozda, 2001; por. Plopa, 2004)[30].

Ponadto zaobserwowano wpływ stresu matki w okresie ciąży na obniżenie zdolności do zachowań rodzicielskich i opiekuńczych u jej potomstwa w przyszłości (Kinsley, 1990), rolę modelowania agresywnych zachowań wobec potomstwa w rodzinie pochodzenia, wpływ doznanego w dzieciństwie opuszczenia przez rodziców lub agresji z ich strony na wrogość wobec własnych dzieci, a nawet znaczenie bycia „z nieprawego łoża", bycia „podrzutkiem" na okrucieństwo okazywane potomstwu (Garralda, 1980).

To generacyjne źródło ułatwień lub utrudnień w kształtowaniu przywiązania matczynego wyjaśniane jest na terenie psychoanalizy tym, że w czasie ciąży odżywają u kobiety i mężczyzny konflikty przeżywane w okresie dziecięcym w relacjach z osobami znaczącymi (Kornas-Biela 2003b). Ciąża jako doświadczenie fizyczne, mentalne, emocjonalne i duchowe powoduje uaktywnienie „imago matki", „archetypu matki" (obrazu tego, co to znaczy być matką), rozbudzenie w kobiecie wyobrażeń i fantazji o sobie jako matce, ożywienie mitów, idei, symboli i rytuałów związanych z tym okresem. W tej fazie transformacji ujawniają się nierozwiązane konflikty z rodzicami, zwłaszcza z własną matką, stłumione emocje związane ze sposobem, w jaki było się „matkowanym" (Mauger, 1996, s. 24-25). Dziecko prenatalne żyje w umysłach rodziców nie tylko jako aktualne lub projektowane wyobrażenie syna czy córki, ale również jako ich wewnętrzne dziecko, którego obraz noszą w sobie, zależnie od ich własnych wczesnodziecięcych przeżyć.

[29] Zjawisko to wyjaśniają teorie dotyczące identyfikacji córki z matką, wskazując jednocześnie, iż proces ten jest dwustronny, gdyż również matka dzięki córce przechodzi transformację, polegającą na tym, iż na jej identyfikację siebie ma wpływ już nie tylko osoba jej własnej matki, ale również córki. O sile identyfikacji i przejęciu charakterystyk matki przez córki decyduje m.in. siła więzi emocjonalnej między nimi oraz w miarę homogeniczne warunki życia – por. różnice istotne między parami matka – córka badanymi w Polsce oraz w polsko-amerykańskiej grupie emigracyjnej matek i dorosłych córek wychowanych w USA (Boyd i in., 1992).

[30] Fakt międzypokoleniowego wpływu, a zwłaszcza osoby matki na postawy, zachowania oraz cechy charakteru dzieci dobrze ilustrują przysłowia, np.: „niedaleko pada jabłko od jabłoni", „poznaj matkę dziecka, a będziesz dużo wiedział o dziecku", „znając dziecko, znasz rodziców".

Przywiązaniowe doświadczenia z rodziny pochodzenia mają wpływ na sposób przeżywania ciąży, porodu i połogu oraz kontaktów z dzieckiem, są też odpowiedzialne za występujące w tym zakresie trudności i zaburzenia, np. depresję poporodową (Trout, 1991), poród przedwczesny (Freud, 1992). Zdolność do „matkowania" dziecku od poczęcia jest przypisywana doświadczeniom z „bycia matkowanym". Inaczej mówiąc, jakość przywiązania matki do dziecka w okresie pre- i perinatalnym zależy od jakości więzi, jaką doświadczyła ona w relacji z własną matką w analogicznym okresie rozwoju. Na potwierdzenie swych twierdzeń psychoanalitycy powołują się na badania empiryczne, które wskazują, iż patologia ciąży i porodu zdarza się częściej u tych kobiet, których matki miały trudności w adaptacji do wymagań macierzyństwa, których więź z ich matką była słaba, które źle znosiły swoją kobiecość (Scardino i in., 1992).

Nie tylko jednak dotychczasowa historia życia wyznacza umiejętność tworzenia więzi z dzieckiem oraz opieki nad nim na najwcześniejszym etapie jego życia. Dużą rolę odgrywa tu również podłoże hormonalne i często w tym kontekście mówi się o tzw. gotowości opiekuńczej matek, „popędzie pielęgnacji potomstwa" lub instynkcie macierzyńskim (Eibl-Eibesfeld, 1987, s. 152). Jednak w odniesieniu do człowieka zasadniczo odchodzi się od pojęcia instynktu, gdyż zachowania matek zarówno przed, jak i po urodzeniu dziecka nie są zdeterminowane w tym sensie, że nie mają cech automatyzmu (bodziec kluczowy + bodźce wyzwalające → genetycznie zaprogramowana reakcja – Pisula, 2000)[31]. Dlatego używa się terminu „zachowania specyficzne dla gatunku", co oznacza, że są one bardzo złożoną sekwencją potrzeb, dążeń, uczuć i działań charakterystycznych dla matek ludzkich, które mogą przejawić się w różnym stopniu, a sposób ich ujawnienia ma również cechy indywidualne.

U kobiet gotowość opiekuńcza wzrasta w miarę postępu procesu ciąży i zmian hormonalnych, przygotowujących organizm do porodu (np. wzrost w trakcie ciąży, a zwłaszcza w przełomie porodu poziomu prolaktyny, oksytocyny, endorfin), dlatego przywiązanie do dziecka jest dynamicznym procesem podlegającym zmianie, najbardziej widocznej i znaczącej – na szczycie porodu oraz w kilka godzin po

[31] Pojęcie „instynkt macierzyński" wpisuje się w dyskurs o różnicy między kobietą a mężczyzną, między macierzyństwem a ojcostwem (kobieta i macierzyństwo jako bliższe biologii i naturze, podporządkowane bardziej instynktowi niż rozumowi), prowadzony głównie na gruncie różnych odmian feminizmu. Kontrowersje dotyczą uniwersalności instynktu macierzyńskiego, a w dyskusjach krytykuje się pojęcie instynktu jako sugerujące przeznaczenie kobiety do macierzyństwa, jej powinności w tym zakresie i kryterium normalności oraz wprowadzające tym samym kobietę w pewien rodzaj niewolnictwa, opresji, stotalizowania. Literatura dotycząca dyskusji nt. macierzyństwa oraz instynktu macierzyńskiego na terenie feminizmu jest bardzo rozbudowana. Przykładem może być ideologicznie wartościujące (z punktu widzenia feminizmu) omówienie hasła „macierzyństwo" w *Encyklopedii Pedagogicznej XXI wieku* (Górnikowska-Zwolak, 2004).

urodzeniu (Geisel, 1995). Stały i nieprzerwany kontakt noworodka z matką, jej dostępność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników kształtowania się więzi z nim (Bialoskurski, Cox, Hayes, 1999, s. 67, 73).

Do bodźców wyzwalających po porodzie zachowania opiekuńcze zwane instynktowymi należą: wyrzut „hormonów opieki" (zwłaszcza prolaktyny) i „hormonu zakochania i miłości" (oksytocyny) oraz „hormonów szczęścia" (endorfin), widok dziecka i jego bliska, nieprzerwana obecność przy matce, wielozmysłowy kontakt z nim, zwłaszcza typu „oko-oko" i „skóra-skóra" (co ułatwia szybkie podjęcie karmienia piersią), jego normalny wygląd, wcześniejszy pozytywny stosunek do niego (więź przed urodzeniem), zaspokojone u matki poczucie bezpieczeństwa i miłości, wspieranie jej w potrzebach tego okresu. Brak każdego z tych warunków może utrudnić podjęcie zachowań opiekuńczych względem dziecka (np. odłączenie matki i dziecka po porodzie, urodzenie dziecka z wadą rozwojową, trudna sytuacja życiowa matki i przeżywany przez nią stres)[32].

Inaczej mówiąc, fizyczna i emocjonalna niedostępność matki dla noworodka od urodzenia, jego zły stan zdrowia wymagający izolacji i powodujący oddzielenie od niej, wcześniactwo, niska waga urodzeniowa lub choroba wrodzona, zwłaszcza uwidaczniająca się w odbiegającym od normy zewnętrznym wyglądzie, powodują osłabienie lub zahamowanie procesu kształtowania się więzi z nim. Tym bardziej, że matka i inni członkowie rodziny przeżywają wiele silnych, negatywnych uczuć, które wstrzymują ich od uczuciowego wiązania się z dzieckiem (Bialoskurski, Cox, Hayes, 1999; Kornas-Biela, 2001d).

Należy również zaznaczyć, iż podjęciu zachowań opiekuńczych u człowieka pomaga genetycznie zaprogramowana a aktualizowana w konkretnych warunkach życiowych tendencja do opieki nad tym, co małe, bezbronne, a zwłaszcza, co posiada charakterystyczne cechy twarzy niemowlęcia (wysokie czoło, nisko osadzone małe oczy, szeroki nos, wypukle policzki, wąskie usta, por. Pisula, 2000, s. 185) oraz jego nieporadnych ruchów, wydawanych dźwięków (sapanie, pochrząkiwanie, stękanie, płacz), zapachu, aksamitności skóry. Badania empiryczne potwierdziły, iż człowiek ma wdrukowany w mózgu schemat twarzy ludzkiej o wspomnianych cechach, na które reaguje tendencją do opieki, przeżywania wzruszenia, tkliwych uczuć, specyficznej ekspresji emocji (np. mówienia nawet bezsensownych fraz na podwyższonym tonie, z dużym ładunkiem pozytywnych uczuć kierowanych do dziecka, tzw. *baby talk* – Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 130).

[32] Przyczynę współcześnie obserwowanego nasilenia przemocy i dewiacji społecznych upatruje się m.in. w negatywnych doświadczeniach pre- i perinatalnych. Ich niszcząca siła wynika nie tylko z deprywacji najważniejszych biopsychicznych potrzeb dziecka, ale również z powodu utrudnień w rozbudzeniu i kształtowaniu się zachowań opiekuńczych rodziców, zwłaszcza matek (wygaszenie „instynktowych", specyficznie ludzkich zachowań wobec dziecka w łonie lub noworodka), za co jest odpowiedzialna m.in. zbytnia medykalizacja pre- i perinatalnej opieki (Klaus, Klaus, 1998).

1. Znaczenie wiedzy na podstawie wizualizacji rozwoju dziecka dla kształtowania więzi z nim

Istnieje wiele badań dokumentujących fakt, iż dostarczenie matce informacji o rozwoju prenatalnym dziecka zwiększa jej przywiązanie do niego i sprzyja zmianie stylu życia w kierunku ochrony zdrowia dziecka. Przykładów na potwierdzenie tezy o wpływie wiedzy na kształtowanie się przywiązania do dziecka dostarczyły badania, przeprowadzone już w latach siedemdziesiątych XX wieku przez J. Lumley (1980) na grupie 30 pierworódek w każdym z trzech trymestrów ciąży. W pierwszym trymestrze 73% matek uważało, że „płód jest jeszcze niedostatecznie uformowany", ale przeceniały jego wielkość. Mniej niż 30% było przekonanych, że jest on realną, rozwijającą się w ich ciele osobą. Te kobiety umiały wyobrazić go sobie (w badaniach rysowały go) i różniły się one istotnie od pozostałych tym, iż werbalizowały troskę o zdrowie dziecka, przewidywały silny smutek i rozpacz w wypadku poronienia, czuły jego oddziaływanie i zdolność do wzajemnego dialogu.

Obecnie wiele matek dzięki wizualizacji dziecka na monitorze aparatu USG urealnia sobie jego istnienie i zaczyna siebie traktować jako jego matkę, stąd poronienie przeżywają jako utratę bliskiej osoby i stratę realnego macierzyństwa, a nie tylko przerwanie jej stanu ciążowego. Doświadczenie poronienia jest u nich głębsze niż u tych kobiet, które koncentrowały się dotychczas wyłącznie na swoim stanie fizjologicznym, odbieranym najczęściej z perspektywy odczuwanych dolegliwości, a rozwijające się dziecko było traktowane jako twór biologiczny, który uczłowieczy się w procesie rozwoju (Kornas-Biela 1996a, s. 108-109; 1999a, s. 188).

Podobnie M. Leifer (1977) stwierdziła na podstawie rozmów z kobietami przed i po porodzie, że odczucie wczesnej odrębności dziecka i pozytywnych uczuć do niego wpływa na więź z nim i łatwiejszą adaptację do zadań macierzyńskich po porodzie. Doświadczenie odrębności płodu od matki i nadanie mu statusu dziecka jest elementem integracji psychicznej i adaptacji we wczesnym okresie ciąży, co jednocześnie pozytywnie koreluje z rozwojem osobowości na kolejnych etapach macierzyństwa. Proces stopniowej indywiduacji dziecka prenatalnego zachodzi zasadniczo w sposób naturalny, a tym samym rodzice potrafią w coraz bardziej bogaty sposób opisać dziecko pod względem wyglądu, płci, cech osobowości i temperamentu oraz biorytmu (Stainton, 1985).

Wielu dowodów wpływu posiadanej przez rodziców wiedzy na ich postawy wobec dziecka dostarczają badania nad psychologicznymi konsekwencjami skorzystania z tych badań prenatalnych, które wizualizują dziecko i pozwalają na detekcję pracy jego serca. Badania te są już bardzo rozległe, mają swoją trzydziestoletnią historię (Kornas-Biela, 1992g, 1996a, 2008b). Wskazują one dość zgodnie, że zastosowanie obrazowania wyglądu dziecka i bicia jego serca umożliwia rodzicom poszerzenie ich wiedzy o jego rozwoju; skonkretyzowanie wyobrażeń co do jego wyglądu; urealnienie jego obecności i przyznanie mu statusu dziecka; wzrost przeświadczenia o jego autonomii i indywidualnej, niezależnej od matki, tożsamości;

wyczulenie na odczytywanie jego ruchów. W epoce kultury medialnej i wizualnej możliwość naocznego zobaczenia dziecka stanowi szczególnie istotne źródło wiedzy o nim.

Wizualizacja dziecka jest bardzo ważnym doświadczeniem w procesie stawania się rodzicem, gdyż pozwala udokumentować fakt istnienia dziecka, doświadczyć silnych emocji związanych z „widzeniem nowego życia", poczuć się rodziną i zmniejszyć niepokoje (Rauenhorst, 2001; Ekelin, Crang-Svalenius, Dykes, 2004; Boukydis i in., 2006). Zastosowanie tychże badań prenatalnych pomaga tym samym we wczesnej zmianie tożsamości kobiety jako już matki konkretnego dziecka i jej roli w kreowaniu jego życia; zmniejszeniu uczuć ambiwalencji wobec ciąży; kształtowaniu się przywiązania do dziecka i podjęciu komunikacji z nim przed urodzeniem; skupieniu się na potrzebach dziecka a nie na własnych dolegliwościach ciążowych; realizowaniu koniecznych zaleceń higienicznych, zdrowotnych, związanych ze stylem życia, uspokojeniu co do stanu zdrowia dziecka[33]. Lumley (1990) zwróciła uwagę, że więziotwórczy wpływ badań ultrasonograficznych dotyczy przede wszystkim tych badań, które mają miejsce przed odczuciem pierwszych ruchów, potem już nie mają takiego istotnego znaczenia.

Pozytywnie na tworzenie się więzi z dzieckiem wpływają badania kardiotokograficzne (KTG), dzięki którym rodzice mogą usłyszeć bicie serca dziecka i zobaczyć zapis jego EKG. Badanie to jest głębokim przeżyciem, dla części rodziców jego siła więziotwórcza jest porównywalna z odczuciem pierwszych ruchów (Rauenhorst, 2001) i wpływa na zbliżenie emocjonalne między rodzicami i dzieckiem (Sklansky i in., 2002). Siła oddziaływania USG i KTG jest tak duża, iż rodzice dobitnie podkreślają, iż samo badanie jest dla nich wielkim przeżyciem, realnym spotkaniem z dzieckiem, które zmienia ich nastawienie do niego i relacje z nim, dlatego gdy nastąpi poronienie lub z powodu obciążenia chorobą decydują się na selektywną aborcję, ich ból i żałoba są większe, ale jest to lepsze, gdyż wiedzą, kogo dotyczy pożegnanie (Black, 1990, 1992).

Wpływ oddziaływania prenatalnej diagnostyki obrazowej na przywiązanie rodzicielskie jest zmienną uzależnioną płciowo, tzn. ultrasonograficzne badanie techniką trój- i czterowymiarową (3D i 4D) powoduje istotną zmianę w przywiązaniu matczynym i ojcowskim, ale zmiana u matek obejmuje więcej kategorii tegoż przywiązania (Pretorius i in., 2006). Jednakże, niezaprzeczalnie, skutki obrazowania dziecka i słuchania rytmu jego serca mają szczególne znaczenie dla mężczyzny i jego przeżyć związanych z okresem ciąży (np. Ekelin, Crang-Svalenius, Dykes, 2004), gdyż widok dziecka na monitorze unaocznia realność jego istnienia, dostarcza poruszającej emocjonalnie wiedzy o dziecku, stąd badanie USG jest nie tylko wydarzeniem medycznym, ale też rodzinnym oraz społecznym (Draper, 2002).

[33] Z omówieniem tego problemu i literaturą przedmiotu można zapoznać się w książce Kornas-Bieli, 1996a, s. 104-110; np. również: Lumley, 1990.

Aparatura medyczna spełnia rolę „protezy" ułatwiającej ojcu dotarcie do „świata" dziecka i zobaczenia „to jest To", a co jednocześnie zmniejsza dotychczasową „nierówność" między matką i ojcem dotyczącą doświadczenia istnienia dziecka prenatalnego (por. Sandelowski, 1994[34]; Williams, Umberson, 1999). Siła emocjonalnego poruszenia, jakie przeżywa ojciec na widok swojego dziecka, jest ciągle niedoceniana (Villeneuve i in., 1988). Dlatego też ci ojcowie, którzy brali udział w badaniach USG, po poronieniu dziecka w większym stopniu doświadczali stresu, smutku i żalu niż ojcowie, którzy nie mieli takiego konkretnego obrazu swego dziecka (Johnson, Puddifoot, 1996; Puddifoot, Johnson, 1999). Poza tym obecność ojca przy badaniu zwiększa pozytywne emocjonalne skutki obrazowania dla matki (Villeneuve i in., 1988).

Pozytywne psychologicznie konsekwencje wizualizacji dziecka zależą w dużym stopniu od spełnienia pewnych warunków diagnozy prenatalnej, jak np. możliwość obserwacji dziecka na monitorze i stawiania pytań; wyjaśnienie rodzicom tego, co dostrzegają na ekranie; spokojna atmosfera nie nastawiona jedynie na detekcję wad dziecka; pozytywne komunikaty pozawerbalne ze strony personelu; tzw. pozytywny *feedback* (Kornas-Biela, 1996a, s. 108-109; Ekelin, Crang-Svalenius, Dykes, 2004; Kowalcek, 2009).

Zachodzi istotna różnica między standardowym użyciem USG a badaniem poszerzonym o konsultację, uwzględniającą reakcje rodziców na widok dziecka oraz dotyczącą rozwoju dziecka, problemów rodzinnych w ciąży i komunikacji prenatalnej, gdyż taki poszerzony kontakt istotnie redukuje niepokój o dziecko, zwiększa zadowolenie z badań prenatalnych oraz przywiązanie do dziecka, stymuluje do większej troski o niego (Boukydis i in., 2006). Przy czym ważniejszy jest sam fakt wizualizacji i spełnienie oczekiwań kobiet związanych z obserwacją wyglądu i ruchów dziecka, niż rodzaj użytej aparatury.

Niezależnie od tego, ilu wymiarowe jest badanie USG (np. 2D czy 4D), kobiety relacjonują jego pozytywny wpływ na percepcję dziecka i więź z nim, jeśli w wyniku tego badania zostały spełnione ich oczekiwania (Hull i in., 2001; Rustico i in., 2005). Jednak dokładniejsza wizualizacja za pomocą ultrasonografii czterowymiarowej (obraz przestrzenny, dynamiczny) sprzyja bardziej niż ultrasonografia dwuwymiarowa jakościowym zmianom w więzi z dzieckiem, jej pogłębieniu i intensywności przejawów (Rustico i in., 2005). Obserwacja ekspresji twarzy dziecka (ruchów mimicznych) w trakcie 4D USG dostarcza silnych więziotwórczych przeżyć (Kurjak i in., 2007).

Niektóre konsekwencje wizualizacji dziecka i zmniejszenia niepokoju rodziców są krótkofalowe, np. powodują troskę o zdrowie w okresie ciąży (Lumley, 1990), inne zaś są długofalowe i obejmują nie tylko wzrost przywiązania do dziecka, ale też mają wpływ na przebieg ciąży i porodu (np. zmniejsza się ryzyko komplikacji) oraz na

[34] Autorka zwraca uwagę na utratę przez kobiety swojej uprzywilejowanej pozycji, jaką był przed erą USG jej unikalny dostęp do dziecka prenatalnego i wskazuje, iż aparatura medyczna redukuje wyjątkową sytuację kobiety względem mężczyzny, mniej zaangażowanego biologicznie w proces ciąży.

zdrowie dziecka (np. noworodki są cięższe, uzyskują lepsze proporcje wagi i wzrostu, są mniej pobudliwe i skłonne do irytacji, osiągają wyższe wyniki w Skali Oceny Zachowania Noworodka Brazeltona – Field, 1985).

Niektóre badania przeczą jednak twierdzeniu o długofalowym efekcie badań USG na przywiązanie matczyne i zachowania zdrowotne (np. Baillie, Hewison, Mason, 1999; Schönholzer i in., 2000), a nawet wskazują na wzrost niepokoju matek o zdrowie dzieci, zwłaszcza matek lękowych lub kiedy nie otrzymały właściwych wyjaśnień, informacji zwrotnych (Baillie, Hewison, Mason, 1999). Lumley (1990) zwraca uwagę, że „diagnostyczna toksyczność" USG uchodzi uwagi badaczy, podobnie jak związana z diagnostyką prenatalną biomedykalizacja okresu ciąży zarówno dla matek, jak i ojców (Iwry, Teman, 2008). Rozbieżność w wynikach badań wynika z różnorodności zmiennych, które interkorelują z przywiązaniem i zachowaniami zdrowotnymi, a w różnym stopniu są brane pod uwagę w badaniach. Niewątpliwie najsilniejszą zmienną jest wiek dziecka (im bliżej jego urodzenia, tym przywiązanie – niezależnie od np. USG – jest większe) oraz pewne cechy osobowości matki (Mikulincer, Florian, 1999).

2. Znaczenie obserwacji ruchów dziecka dla kształtowania się przywiązania do niego

Jednym z bardzo istotnych czynników kształtowania się więzi matki z dzieckiem jest odczucie jego ruchów. Już pierwsze, czasem jeszcze słabe poczucie ruszania się dziecka w łonie, zmienia radykalnie stosunek matki do niego – następuje jego personalizacja, a potem w miarę intensyfikacji ruchów – zwiększa się skupienie matki na dziecku, na ochronie jego zdrowia, na kontakcie z nim, podjęciu przygotowań związanych z jego urodzeniem (Salisbury i in., 2003). Im wcześniej matka odczuwa ruchy dziecka, tym lepsza jest percepcja jego rozwoju i silniejsze przywiązanie w drugim trymestrze ciąży (Heidrich, Cranley, 1989). To właśnie ruchy, ich coraz większa siła i częstotliwość, są psychologicznym czynnikiem, który w miarę postępu ciąży powoduje wzrost przywiązania matki, a potem i ojca oraz osób bliskich do dziecka. Charakterystyczne cechy ruchów dziecka mają wpływ na intensywność i jakość więzi oraz relacji matki z dzieckiem. Im większa jego żywotność oceniana na podstawie ruchliwości, im częstsze i silniejsze ruchy, tym większy stopień przywiązania matczynego ($p<0.0001$: Lerum, Major, LoBiondo-Wood, 1989).

Jednym z czynników, który ułatwia rodzicom obserwację ruchów dziecka, jest badanie ultrasonograficzne. Badanie to wychodzi naprzeciw powszechnemu zachowaniu kobiet, które oczekują na pierwsze oznaki ruchów dziecka, stymulują go do ruchów poprzez dotykowy kontakt z nim i odczuwają satysfakcję z możliwości obserwacji ruchów. Koncentracja matki na ruchach dziecka jest bardzo spontanicznym i obecnym we wszystkich kulturach zachowaniem, stąd brak takiej czujności matki wskazuje zwykle na trudności w akceptacji dziecka i tworzeniu więzi z nim. Możli-

wość wizualizacji ruchów na monitorze ultrasonografu wzmaga zadowolenie rodziców z badań prenatalnych, pomaga w uspokojeniu ich co do żywotności dziecka oraz kształtuje relację emocjonalną z nim (por. Dickinson, 1986; Rustico i in., 2005). Obserwacja ruchów dziecka przyczynia się do zwiększania przywiązania do niego (Heidrich, Cranley, 1989).

Więziotwórcze znaczenie USG zależy od zachowania lekarza przeprowadzającego badanie, z jakim zaangażowaniem współpracuje z rodzicami, w celu dostarczenia im wiedzy i możliwości rozumienia tego, co widzą na ekranie monitora (Field i in., 1985). Szczególnie ważna jest interpretacja obserwowanych na monitorze ruchów i ruchowych możliwości dziecka w wypadku kobiet w trudnej sytuacji życiowej, np. dziewcząt nieletnich (Colucciello, 1998) oraz zwrócenie uwagi na fakt, iż w grupie kobiet ryzyka (np. narkomanek) wizualizacja ruchów może budzić ambiwalentne odczucia, poczucie winy i dyskomfort (Shieh, Kravitz, 2002).

Obserwacja ruchów dziecka prenatalnego ma ogromne znaczenie w ocenie funkcjonowania i poziomu rozwoju oraz integracji jego systemu nerwowego, co z kolei ma wpływ na funkcjonowanie lub ewentualne zaburzenia jego rozwoju po urodzeniu (por. Oleszczuk, Mierzyński, 2001). Koordynacja ruchów całego ciała dziecka wymaga kompleksowej kontroli neurologicznej, dlatego detekcja ruchów jest ważną informacją o stanie jego zdrowia. Może być ona dokonywana podczas badania USG, ale cenną wskazówką są również relacje samej matki. Odczucie żywo ruszającego się dziecka jest uspokajające, natomiast osłabienie ruchów lub ich zanik, znaczące zmniejszenie ich częstotliwości i siły, może wskazywać na niedorozwój dziecka, niewydolność łożyska, komplikacje w przebiegu ciąży, zagrożenie życia (Rayburn, Mc Kean, 1980; Christensen, Rayburn, 1999; Singh, Sidhu, 2008), koreluje z przedwczesnymi porodami, niskim Apgar po urodzeniu, śmiercią dziecka (Neldam, 1980; Madison, Madison, Adubato, 1986), stąd wymaga bardziej precyzyjnych badań i medycznej pomocy.

Dlatego też jednym ze sposobów zapobiegania niepowodzeniom ciążowym jest zalecana kobietom w drugiej połowie ciąży praktyka liczenia ruchów dziecka według przyjętej procedury, którą przekazuje lekarz (w USA od lat siedemdziesiątych XX wieku). Współpraca matki w tym zakresie umożliwia szybkie przeprowadzenie dodatkowych badań oraz zastosowanie koniecznej interwencji, co zmniejsza istotnie umieralność noworodków (Moore, Piacquadio, 1989; Singh, Sidhu, 2008). Dotyczy to szczególnie matek z grupy wysokiego ryzyka (Smith, Davis, Rayburn, 1992), ale i u matek z niskim ryzykiem nie można ignorować obserwacji o zmniejszeniu lub ustaniu ruchów. Zwykle wystarczy wykonanie podstawowych badań, by potwierdzić lub wykluczyć problem zdrowotny, a monitoring ten znacznie zmniejsza liczbę niepowodzeń ciążowych (Whitty, Garfinkel, Divon, 1991).

Oprócz niewątpliwych pozytywnych walorów medycznych obserwacji jakości i liczby ruchów przez matki, powstaje pytanie, jakie są psychologiczne konsekwencje tej praktyki? Okazuje się, że matki z łatwością akceptują zalecenie lekarza, gdyż jest zgodne z ich naturalną tendencją, czują się uspokojone możliwością kontroli

stanu zdrowia dziecka i planują również w następnej ciąży stosować tego rodzaju praktykę (ok. 90% matek w badaniach Eggertsen, Benedetti, 1987; Gibby, 1988). W ciąży o niskim ryzyku zalecenie liczenia ruchów może przyczynić się do jeszcze większej troski matki o dziecko i wzmóc z nim więź. Zasadniczo nie zaobserwowano u kobiet w ciąży o niskim ryzyku, by fakt liczenia ruchów był czynnikiem wzmagającym ich niepokój o dziecko (Liston, Bloom, Zimmer, 1994), przeciwnie – matki, które liczą ruchy, niezależnie od metody liczenia (np. Sadovsky, Cardiff), odznaczają się wyższym poziomem przywiązania do dziecka niż matki, które obserwują tylko ogólnie jego ruchliwość (Mikhail i in., 1991; Freda i in., 1993). Podobnie w ciąży o wysokim ryzyku liczenie ruchów dziecka zwiększa poczucie kontroli i działa uspokajająco (Rayburn, Mc Kean, 1980; Smith, Davis, Rayburn, 1992). Sugestia, iż prowadzenie „karty ruchów dziecka" może zwiększyć niepokój matki związany z jej odpowiedzialnością za jego zdrowie, zasadniczo nie została potwierdzona (por. Liston, Bloom, Zimmer, 1994).

Obecnie, coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, iż obserwacja ruchów dokonywana przez matki podlega wielu subiektywnym czynnikom, stąd ze względu na prezycyjne możliwości diagnostyki prenatalnej należy bardziej polegać na obiektywnym badaniu ruchów dokonywanym przez aparaty, zwłaszcza obserwacji reakcji ruchowej w odpowiedzi na stymulację zewnętrzną (Madison, Madison, Adubato, 1986).

Ze względu medycznego liczenie ruchów powinno być zalecane w ciążach wysokiego ryzyka, natomiast przy niskim ryzyku nie musi być stosowane rutynowo (Hill-Smith, 2004; Su, Chong, 2006), gdyż możliwość uratowania życia dziecku (z powodu nieprzewidywalnego zagrożenia) jest oceniana jako 1/1250. Jednak, jak wskazują Del Mar i O'Connor (2004), w grupie matek, których dzieci zmarły, tylko połowa stosowała liczenie ruchów, a wszelkie odwoływania się do wyników badań w tym zakresie zależą od tego, czy sformułowanie wniosku odnosi się do braku dowodów wpływu liczenia ruchów, czy też dowodów na brak tego wpływu. Jedno jest pewne – skupienie matki na intensywności ruchów dziecka zmienia jej macierzyńskie funkcjonowanie i więź z dzieckiem, a zauważenie braku lub znikomych ruchów przez ponad 12 godzin powinno skłonić ją do poddania się badaniu lekarskiemu (Hill-Smith, 2004).

Dla oceny więzi matki z dzieckiem istotny jest nie tylko sam fakt spontanicznego zwracania przez nią uwagi na ruchy dziecka, ich siłę i intensywność, ale też nadawanie im znaczenia. Matki nieakceptujące ciąży i dziecka, podejmujące różne przemocowe zachowania wobec niego w okresie ciąży (np. używki, fizyczne znęcanie się) lub co do których istnieje podejrzenie podwyższonego ryzyka odrzucenia dziecka po urodzeniu, odczuwania wobec niego dystansu uczuciowego, a nawet dzieciobójstwa, zwykle już w okresie ciąży nie były zainteresowane obserwacją jego ruchów. W opisie jakości ruchów stosowały określenia wskazujące na agresję dziecka wobec nich, negatywną ocenę jego zachowania ruchowego (np. określają ruchy jako „rozwalanie", „rozrywanie", a dziecko jako np. złośliwe, złe, wściekłe, niegrzeczne, trudne).

3. Znaczenie wiedzy o płci dziecka dla kształtowania się przywiązania do niego

Wizualizacja rozwoju dziecka przed urodzeniem stwarza również okazję do poznania jego płci. Techniczne możliwości w tym zakresie są coraz lepsze. Badania nad dokładnością oceny wskazywały, iż płeć żeńska jest możliwa do zdiagnozowania bez ryzyka pomyłki w 12 tygodniu, a męska w tydzień później (Efrat, Akinfenwa, Nicolaides, 1999). Dalsze badania (Efrat i in., 2006) donosiły o możliwości dokładnej oceny płci dziecka między 12-14 tygodniem, jednak bez większej trudności (dopiero w 14 tygodniu) można było potwierdzić płeć żeńską. Co do dokładności ultrasonograficznej oceny płci dziecka dane z literatury nie są więc zgodne, gdyż dokładność ta zależy od wielu czynników, np. w badaniach 415 dzieci w wieku 15-40 tygodnia życia płodowego (średnia 32 tygodnie) płeć można było ustalić jedynie w 87,5% przypadków, w tym w 75,7% prenatalnie stwierdzona płeć dziecka była potwierdzona po urodzeniu, zaś 11,8% diagnoz okazało się błędnych. Płeć żeńską można było określić z nieco większą dokładnością (90,6%) niż męską (83,2%) (Adeyinka, Agunloye, Idris, 2005).

Pragnienie poznania płci dziecka przed urodzeniem nie jest powszechne, chociaż można zaobserwować narastający trend, by wykorzystać badanie prenatalne do uzyskania informacji na ten temat, np. w latach osiemdziesiątych z badań kanadyjskich wynikało, że połowa rodziców chce znać płeć dziecka (Villeneuve i in., 1988). Większy procent uzyskano w późniejszych badaniach amerykańskich, np. w grupie doradców genetycznych – 60% z nich wyraziło chęć wiedzy o płci dziecka w sytuacji własnej ciąży (Burke, 1992), zaś w grupie kobiet uzyskano 81% i taki sam procent preferowało określoną płeć dziecka (połowa z nich chciała dziewczynkę, ale w większości twierdziły, że ich mężowie wolą chłopca – Walker, Conner, 1993).

W badaniach prowadzonych w Bostonie na grupie 1340 rodziców poddających się badaniom USG – 58% wyraziło chęć poznania płci dziecka (Shipp i in., 2004). W badaniach tych okazało się, iż pragnienie otrzymania informacji o płci dziecka przed urodzeniem jest zmienną znaczącą. Rodzice, którzy chcieli poznać płeć dziecka w porównaniu z tymi, którzy odmówili, różnili się pod wieloma względami. Istotnie częściej tacy rodzice są zaskoczeni poczęciem dziecka i uzależniają swoje dalsze plany prokreacyjne oraz pewne decyzje życiowe (przeprowadzka, remont) od płci mającego się narodzić dziecka, we wcześniejszej ciąży skorzystali z możliwości detekcji płci dziecka, już przed ciążą mieli wyraźne preferencje związane z jego płcią, a matki nie planują karmić piersią. Rodzice ci różnili się też istotnie pod względem kilku zmiennych demograficznych, np. częstszy brak pełnego zatrudnienia ojca, niższe zarobki, dziecko pozamałżeńskie, wiek matki poniżej 22 lub powyżej 40 lat, niższe wykształcenie (poniżej licencjatu), rodzice innych ras niż biała i innych wyznań niż katolickie. Z badań tych wynika, że istnieje złożony układ zmiennych demograficznych i socjoekonomicznych oraz sytuacyjnych, które wpływają na decyzję rodziców, czy chcą znać płeć dziecka przed urodzeniem. Brakuje jednak po-

głębionych badań nad innymi czynnikami, bardziej psychologicznymi, leżącymi u podłoża tej motywacji.

Płeć dziecka, znana czy nieznana rodzicom, jest elementem tworzenia się przywiązania do niego. Wyodrębnianie się w świadomości rodziców dziecka jako niepowtarzalnego bytu jest związane z wyobrażeniami dotyczącymi jego płci (Stainton, 1985). Płeć dziecka jest jedną z kategorii fantazji matek w ciąży (por. Bielawska-Batorowicz, 1995), obok fantazji na temat imienia dziecka, jego osobistych cech i przyszłych osiągnięć, koloru oczu i kontaktu z nim po urodzeniu. Fantazje dotyczące dziecka są wskaźnikiem przywiązania matczynego, gdyż u matek uwzględniających możliwość selektywnej aborcji występują bardzo rzadko (Senay, Wexler, 1972). W myśleniu o dziecku w aspekcie jego płci u kobiet w ciąży można zauważyć większe poczucie podobieństwa do nich dziewczynek niż chłopców. Inaczej mówiąc, kobiety w ciąży fantazjując na temat dziecka, gdy wyobrażają go sobie jako dziewczynkę, przypisują jej więcej cech psychicznego podobieństwa do siebie niż chłopcu, ale swoim dzieciom (niezależnie od ich płci) przyznają więcej cech podobnych do siebie niż innym dzieciom. Prenatalna diagnoza płci dziecka nie zmienia tej silniejszej identyfikacji matki z córką niż z synem (Carmichael, 1997).

Kobiety, które nie znają płci dziecka, fantazjują na jej temat i starają się albo intuicyjnie wyczuć, jakiej jest ono płci, albo też ustalić ją na podstawie przebiegu ciąży, zwłaszcza jeśli są wieloródkami i mają możliwość porównania, na podstawie zachcianek i preferencji pokarmowych, wyglądu (kształt brzucha), zachowania dziecka (ruchliwość), własnego samopoczucia i snów. Wiele kobiet ma silne przeczucia co do płci dziecka prenatalnego (52% kobiet w badaniach Genuis, Genuis, Chang, 1996), ale ich dokładność jest przypadkowa. Okazuje się[35], iż przewidywania kobiet są podatne na pomyłki, jednak dokładność przeczucia płci dziecka na podstawie różnych kryteriów jest istotnie związana z wykształceniem kobiet, tzn. kobiety o wyższym wykształceniu rzadziej mylą się co do przewidywanej płci dziecka (71% prawidłowych „trafień", w porównaniu z 43% u kobiet z niższym wykształceniem). Poza tym opieranie się na przesłankach psychologicznych (intuicja, fantazje, sny) dawało większą szansę prawidłowych przeczuć, niż wzięcie pod uwagę innych kryteriów (Perry, DiPietro, Costigan, 1999). Podobnie w badaniach Walker i Conner (1993) okazało się, że przeczucia co do męskiej płci dziecka były oparte głównie na intuicji (instynktowne poczucie) i objawach przypisywanych ciąży z męskim potomkiem.

Wyniki badań co do wpływu płci dziecka prenatalnego na psychologiczne funkcjonowanie matek są rozbieżne. Prowadzone w tym nurcie badania przez Vanston i Watson (2005) potwierdziły, iż trudno wykazać różnice w wynikach testów poznawczych uzyskanych przez kobiety w ciąży w zależności od płci dziecka, a jednocześnie okazało się, iż kobiety w ciąży z chłopcem uzyskiwały konsekwentnie lepsze

[35] Na podstawie badań kwestionariuszowych 104 kobiet przeprowadzonych w Baltimore, USA.

wyniki w trudnych testach umysłowych, wymagających pamięci i zdolności przestrzennych, niż kobiety w ciąży z dziewczynką.

Literatura przedmiotu nie jest jednoznaczna co do oceny znaczenia wiedzy o płci dziecka dla tworzenia więzi z nim. Niektórzy autorzy podkreślają ważność tejże informacji i możliwości nadania dziecku imienia jeszcze przed urodzeniem (np. Rauenhorst, 2001). Inni natomiast podkreślają negatywne konsekwencje informacyjnej funkcji badań w związku z ujawnieniem rodzicom płci dziecka. Okazuje się, że kobiety, które pragną potomka płci męskiej, są bardziej skłonne do depresji w okresie ciąży, niż matki pragnące urodzenia dziewczynki. Wpływ wiedzy o płci dziecka zależy od potwierdzenia pragnień matki. Te, którym diagnoza prenatalna nie potwierdziła oczekiwań co do płci dziecka, przejawiały istotnie wyższe nasilenie depresji, obniżenie samooceny i zmniejszenie zachowań zdrowotnych (Walker, Conner, 1993), nasilenie objawów somatyzacji, niepokoju, wrogości i fobii, więcej komplikacji porodowych (istotnie mniejszy postęp w częstotliwości skurczy i rozwieraniu szyjki macicy), potrzebowały więcej środków uspokajających, znieczulających i podania oksytocyny w trakcie porodu (Kamel i in., 1999).

Z badań prowadzonych w nurcie psychoanalitycznym wynika, że kobiety, które chcą znać płeć dziecka, są bardziej zorientowane na dziecko jako realny obiekt, natomiast te, które nie domagają się wiedzy w tym zakresie, są bardziej zorientowane na stan ciąży. Niewątpliwie poznanie płci dziecka przed jego urodzeniem niezgodnej z oczekiwaną powoduje rozczarowanie, żal i ograniczenie w fantazjowaniu na jego temat, gdyż dotychczasowe wyobrażenia i pragnienia dotyczyły dziecka przeciwnej płci. Przekazanie wiedzy o płci dziecka powoduje ukonkretnienie fantazji matek, stają się one bardziej ograniczone w różnorodności, a to ma wpływ na jakość przeżyć w ciąży i może zwiększać podatność na depresję poporodową (Winestine, 1989). Poza tym oddziałuje na sposób porozumiewania się z dzieckiem, mówienia do niego, gdyż zaspokojenie oczekiwań związanych z płcią wpływa na większą więź z dzieckiem niż wtedy, gdy oczekiwania te nie zostają spełnione (Walker, 1992)[36].

Jednym z problemów powstałych w wyniku możliwości stwierdzenia płci dziecka przed jego urodzeniem jest żądanie rodziców dokonania selektywnej aborcji ze względu na niepożądaną płeć. Praktyka ta jest społecznie usankcjonowaną odpowiedzią na wcześniejszą medyczną interwencję w proces ludzkiej prokreacji i dotyczy zarówno eliminacji dzieci tylko ze względu na niespełnienie pragnień rodziców co do płci dziecka (szczególny problem w Chinach i Indiach, np. Kristof, 1993[37]; Fa-

[36] Podobnie matki, którym urodziło się dziecko z chorobą wrodzoną powodującą opóźnienie umysłowe, mają większą tendencję niż matki dzieci zdrowych do kierowania się strategią kontroli zachowania dziecka, są mniej tolerancyjne wobec nich i starają się utrzymać ich zachowanie w granicach swoich oczekiwań (Hanzlik, Stevenson, 1986).

[37] Z powodu prenatalnej selekcji płci około 1,7 miliona dziewczynek „znika" każdego roku w Chinach, a w niektórych regionach rodzi się 120 chłopców na 100 dziewczynek. Zakaz

thalla, 1998; Varma, 2002), jak też ze względu na redukcję liczby dzieci w ciążach mnogich (w selekcji bierze się również pod uwagę życzenia rodziców co do płci dzieci), a także w sytuacji podejrzenia o chorobę wrodzoną, której sposób dziedziczenia jest związany z płcią dziecka.

Aborcja dokonywana ze względu na płeć budzi zastrzeżenia ze strony personelu medycznego[38], a stosowanie diagnozy prenatalnej jedynie w celu detekcji płci i ewentualnej aborcji jest uznawane za nieusprawiedliwione. Niektórzy jednak uważają, że wyjątkiem są sytuacje grożące zaniedbaniem dziecka po urodzeniu, jeśli nie spełni oczekiwań rodziców związanych z płcią (por. Dickens, 1986). Aborcja ze względu na płeć jest mniej akceptowana niż ze względów społecznych, gdyż bardziej, zdaniem profesjonalistów, jest skierowana przeciw dziecku, a mniej wiąże się z akceptowaną przez nich kontrolą prokreacji i wolnością kobiety w podejmowaniu decyzji co do własnego ciała (*control one's body* – Overall, 1990).

Profesjonaliści stosują różnego typu mechanizmy obronne, by radzić sobie z dyskomfortem i dysonansem poznawczym związanym z żądaniami aborcji ze względu na płeć a własnym sprzeciwem wobec tego typu praktyki, np. tłumaczą się swoim niedyrektywnym poradnictwem, usprawiedliwiają uleganie życzeniom kobiet koniecznością zapewnienia im autonomii decyzji, redefiniują pojęcie „niechcianej ciąży", jako obejmującej również „niechciana płeć" (*'unwanted pregnancy' to include fetuses of the 'wrong sex'*), bronią się przed zarzutem o „etnocentryzm" (Burke, 1992). Pomimo niechęci do aborcji ze względu na płeć uznają, że zakaz w tym zakresie byłby naruszeniem bezwzględnego prawa kobiety do stanowienia o sobie i ograniczeniem jej wolności w dziedzinie prokreacji (Burke, 1992).

informowania o płci dziecka nie jest przestrzegany, ze względu na rozpowszechnione w tym zakresie przekupstwo (Kristof, 1993). Fathala (1994), cytując obliczenia A. Sena (noblisty z dziedziny ekonomii w 1998 r.), podaje, iż około 100 mln dziewczynek straciło życie z powodu preselekcji płci.

[38] Jest to rodzaj aborcji, co do którego negatywnej oceny personel medyczny jest najbardziej zgodny. Aborcja jednak, niezależnie od motywów korzystania z niej przez kobietę, pociąga za sobą negatywne konsekwencje dla personelu medycznego (Kornas-Biela, 1999d).

Rozdział trzeci

Nowe podejście do prokreacji i dziecka prenatalnego

... – a owoc jest tak jako drzewo.
Cyprian Kamil Norwid

Kulturowo przekazywane sposoby odniesień do rzeczywistości tworzą w każdej epoce „tradycję przekazywaną za pośrednictwem historycznych wzorców" (Barbour, 1984, s. 17). One to wyznaczają formy pojmowania, przeżywania i odnoszenia się do zjawisk związanych z prokreacją, określają kryteria uznania czegoś za właściwe i pożądane, prawidłowe i wymagane, a nawet konieczne. Dostarczają kryteriów do rozstrzygnięć i kreują modele postępowania oraz programy działań.

Dominujące w XX wieku podejście do prokreacji i dziecka przed urodzeniem okazało się zbyt odhumanizowane, biologistyczne, zmedykalizowane, stechnicyzowane, komercyjne, aprodzinne, negatywne i pesymistyczne (Kornas-Biela, 2006f, d). Podejście to charakteryzowało się stopniowym odwrotem od tego, co przez tysiąclecia było ludzkim doświadczeniem związanym z prokreacją. W rezultacie prowadziło do utrudnień w realizacji potrzeb człowieka w trakcie procesów prokreacyjnych i w prenatalnym okresie życia. Dziedzina prokreacji oraz przed- i okołourodzeniowy okres życia stał się terenem „klęski ekologicznej" (Kornas-Biela, 2000a). Podejście to wymaga zmian, niestety jest bardzo utrwalone w mentalności i postawach ludzkich oraz w instytucjonalnych formach pomocy w zakresie problemów związanych z prokreacją, a zwłaszcza dotyczących opieki, np. medycznej czy rodzinnej nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu.

Jednocześnie pod koniec XX wieku można zaobserwować zmiany w postawach ludzkich wobec prokreacji i wczesnego rozwoju człowieka, zmierzające do przezwyciężenia zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego i losów dziecka przed urodzeniem. Nowe podejście do prokreacji odwołuje się do tego, co „stare", co związane z mądrością pokoleń ludzkich i czerpiąc z ich doświadczeń oraz wykorzystując osiągnięcia z różnych dziedzin wiedzy (zwłaszcza medycznej i psychologicznej oraz techniki medycznej), stara się spojrzeć na prokreację oraz na rozwój człowieka bardziej całościowo i humanistycznie, mając na uwadze dobro dziecka, jego rodziców i wspólnoty najbliższych. Docenia ono miejsce prokreacji w życiu człowieka i znaczenie wpływu okresu prenatalnego na całe jego życie, sprzyja więzi między rodzicami a ich jeszcze nieurodzonym dzieckiem. Bierze się przy tym pod uwagę różnice

międzypłciowe w sposobie doświadczania i reagowania w różnych sytuacjach prokreacyjnych. Bogata literatura przedmiotu ilustruje odmienność zachowań prokreacyjnych kobiet i mężczyzn, ich przeżyć w prawidłowo przebiegającej ciąży i porodzie, jak też wtedy, gdy dochodzi do zakłóceń w prokreacji (Bielawska-Batorowicz, 1995, 2006; Szymona-Pałkowska, 2005).

Coraz większa wiedza w społeczeństwie dotycząca prenatalnego rozwoju człowieka oraz zmiana w świadomości rodziców z „bycia w ciąży" w „bycie matką", „bycie ojcem" w tym okresie, wyzwala potrzebę lepszej troski o dziecko przed urodzeniem oraz pragnienie bardziej dojrzałego przeżycia wczesnego etapu rodzicielstwa. To zaś rodzi zapotrzebowanie na edukację i profesjonalne wsparcie ze strony służb psychologiczno-pedagogicznych a także medycznych, którzy tę edukację indywidualnie lub w sposób zbiorowy prowadzą.

Pedagogika nie może uchylać się od ustosunkowania się do powyższych kwestii oraz pozostać obojętną na potrzeby młodych ludzi co do sposobu przeżywania przez nich najwcześniejszego etapu rodzicielstwa. W zależności bowiem od przyjętej postawy wobec kwestii statusu ontycznego poczętej istoty, oddziaływania pedagogiczne dotyczą albo dziecka i jego rodziców, albo odnoszą się tylko do „ochrony ciąży" kobiety ciężarnej i przygotowania się do urodzenia płodu, który po odbytym przez kobietę porodzie nabędzie dopiero statusu człowieka. Inaczej przeżywa się bowiem okres ciąży, jeśli ma się świadomość, iż w łonie rozwija się dziecko, inaczej, jeśli traktuje się go jako „obiekt płodowy", który uczłowieczy się w procesie porodu. Trudniej w tym drugim wypadku o ukształtowanie tożsamości matki i ojca, o formowanie więzi z dzieckiem (skoro jest tylko ciąża), o troskę o niego, która wymaga czasem heroicznej ofiary (skoro dziecka nie ma, jest tylko zarodek, płód), o rezygnację z aborcji, jako sposobu rozwiązania sytuacji życiowej (Kornas-Biela, 1988a, 2006d, f). Wobec pedagogiki kierowane są oczekiwania dotyczące pomocy, by rodzice mogli dojrzale i twórczo przeżyć okres wczesnego prenatalnego rodzicielstwa, a dziecko miało od początku życia zapewnione warunki optymalnego rozwoju.

Nowe podejście do prokreacji wymaga więc również zmiany w ujmowaniu prenatalnego okresu życia człowieka oraz upodmiotowienia płodu. Podejście to charakteryzuje się bardziej personalistycznym (humanistycznym), integralnym, rodzinnym, ekologicznym (chroniącym poczęte życie ludzkie), profilaktycznym i optymistycznym nastawieniem do osób będących w procesie prokreacji oraz do istoty ludzkiej przed urodzeniem, jej rozwoju w łonie matki i procesu rodzenia się.

1. Nowe tendencje w podejściu do prokreacji

Analizując konsekwencje w zakresie przemian cywilizacyjnych ostatniego wieku w obszarze prokreacji, nie sposób nie zauważyć pojawiających się również w ostat-

nich dekadach na Zachodzie (np. Hall, Everaed, 1989), a od lat dziewięćdziesiątych w Polsce, pozytywnych zmian w stosunku do życia seksualnego, małżeństwa, rodziny, prokreacji i dziecka. Są one uwarunkowane wieloczynnikowo i nie mają jakiegoś jednego źródła, przeciwnie – niektóre czynniki negatywnych zmian jednocześnie w różnym stopniu zainspirowały zmiany pozytywne. Można je nazwać, jak wspomniano, „nowym" podejściem, chociaż w wielu aspektach oznacza ono powrót do intuicji i praktyk znanych od tysiącleci, ale jest „nowy" dla pokolenia wchodzącego na przełomie XX i XXI wieku w prokreację, a wychowanego na bardzo odmiennych wzorcach mentalnych i praktycznych w odniesieniu do prokreacji.

To nowe podejście do prokreacji akcentuje wielowymiarowe uwarunkowania doświadczeń macierzyńskich i ojcowskich, docenia znaczenie w ich przebiegu nie tylko czynników biologicznych, ale też psychicznych, społecznych i duchowych, podkreśla również rozwojowe znaczenie prokreacji. To nowe podejście zainspirowało „aksamitną rewolucję" w opiece położniczej nad rodziną.

1. Zmiana terminologii

Jedną z charakterystycznych cech biologistycznego podejścia do prokreacji w XX wieku było stosowanie terminologii zawężającej specyfikę tego, co dzieje się pomiędzy poczęciem a porodem do *ciąży* i używanie określeń, które sugerowały, że ciąża wyczerpuje wszystko, co się wtedy dokonuje. Pojęciem *ciąży* w tym podejściu obejmuje się zarówno zmieniony stan kobiety, jak i rozwijającą się istotę ludzką. Stosowana terminologia sugeruje, że to, co w miarę upływu miesięcy wzrasta w ciele kobiety w ciężar, to – ciąża, którą kobieta nosi. Cała koncentracja kobiety, otoczenia i personelu medycznego dotyczy biologicznych i medycznych konsekwencji ciąży dla organizmu kobiety oraz zawartości jej macicy[1].

Ginekolodzy i położnicy, którzy przez cały XX wiek zdominowali przeżywanie procesów prokreacyjnych przez kobietę, a tym samym i mężczyznę, koncentrując się na kierowaniu przebiegiem ciąży oraz poprowadzeniem dobrego w aspekcie medycznym porodu, utrwalili terminologię biologiczną (ciążowo-płodową). Termino-

[1] Charakterystyczną ilustracją tego typu podejścia do ciąży były poradniki, które kierowano jedynie do kobiet, a które całą problematykę wczesnego macierzyństwa ograniczały do anatomii narządu rodnego, fizjologii i higieny ciąży, porodu i połogu oraz ewentualnych powikłań i dolegliwości, a dziecko traktowały jako zarodek lub płód, np. w mającej wiele wznowień książce pt. *Zdrowie kobiety* (pod red. Lesińskiego, wyd. V, 1961) używana jest terminologia medyczna (np. „zagnieżdżenie się jaja w macicy", s. 120; „przyszłe dziecko", s. 118; „rozwój ciąży", s. 121; „...w czasie porodu przejdzie płód...", s. 126). Podobnie w popularnej książce Radowickiego *Ciąża, poród, połóg* (1984), napisanej w języku medycznym, opis dolegliwości i powikłań ciąży, porodu i połogu obejmuje znacznie więcej stron niż opis normalnej fizjologii tych procesów. Tendencja ta utrzymuje się również w nowszych podręcznikach.

logia „ciążowa" jest ciągle bardzo żywa i rozbudowywana. Najpierw kobieta *zapobiega* lub *planuje ciążę* (lub *zajście w ciążę*), dlatego *ciąża* może być *planowana, oczekiwana, pożądana, chciana, akceptowana*. Kobieta *zachodzi w ciążę, ciąża się* w niej *zagnieżdża*. Potem kobieta może *stracić ciążę*, może ona zostać *przerwana* lub *usunięta*, może też być *kontynuowana* i *rozwiązana, zakończona porodem*. Przez dziewięć miesięcy kobieta *jest w ciąży, nosi ciążę*, która *rośnie* i *rozwija się*. Lekarz dokonuje *rozpoznania ciąży, obserwacji* i *badań ciąży* oraz określa *wiek ciąży* w miesiącach lub trymestrach, *prowadzi ciążę, kartę ciąży*. Do *badań ciąży* używa się USG, które polega na emisji fal ultradźwiękowych *na ciążę*, a samo badanie uznaje się za *bezpieczne dla ciąży*. W wyniku tego badania rodzice otrzymują *zajęcie około 10-tygodniowej ciąży*. Ciąża może być *prawidłowo* lub *wysoko* czy *za nisko usadowiona*, ciąża może *rozwijać się prawidłowo* lub *z komplikacjami* (np. *nieprawidłowości chromosomalne ciąży, poronienie ciąży*), może być ona *zaawansowana, zdrowa* lub *zagrożona, patologiczna, donoszona* lub *przenoszona*. Może też być *bliźniacza* lub *mnoga, wielopłodowa*. Ciąża, chociaż nie jest istotą żywą – może *obumrzeć*[2]. Poród określa się jako *rozwiązanie ciąży*.

Terminologia ciążowa niewątpliwie odczłowiecza istotę ludzką, czym utrudnia kształtowanie więzi rodzinnych – nie ma dziecka, nie ma jego rodziców. Najbliższym trudno być „ojcem ciąży", „babcią ciąży", „dziadkiem ciąży", stąd łatwiej pozostawić kobietę samą z jej „prywatną sprawą" i odmówić wsparcia. Jest tylko „kobieta w ciąży", są „przyszli rodzice spodziewający się dziecka". Dziecko pojawi się w wyniku „przerżnięcia się bryły płodu przez kanał rodny kobiety". Wtedy zostanie „zaadoptowane" przez parę, która dotychczas była w ciąży. Niedocenienie rodzinnego i społecznego kontekstu prokreacji na rzecz traktowania jej jako prywatnej sprawy kobiety, oznacza zgodę na zwolnienie z odpowiedzialności za los dziecka i opiekę nad nim i jego matką zarówno mężczyzny, jej najbliższego otoczenia, jak i państwa oraz na brak polityki prorodzinnej.

Natomiast nowe podejście do prokreacji dokonuje rozróżnienia pomiędzy dwoma rzeczywistościami, które współwystępują ze sobą: dzieckiem jako odrębnym (chociaż zależnym) od matki bytem oraz ciążą, jako stanem organizmu matki podtrzymującym życie dziecka. Obu tych rzeczywistości – jednej ontycznej a drugiej funkcjonalnej – nie da się utożsamić, tym bardziej iż, najpierw poczyna się dziecko i ono przesyła biochemiczną informację do mózgu matki, której organizm reaguje na jego obecność zmianami stanowiącymi o stanie ciąży.

To nowo poczęta istota czyni niejako „dawcę plemnika" i „dawcę jajeczka" swoimi rodzicami, a więc tymi, którzy zgodnie z etymologią słowa „rodzic" – zrodzili go, czyli dali mu początek, sprawili, iż się zjawił, przyczynili się do jego powstania. W tym specyficznym znaczeniu, jak pisze W. Fijałkowski, rodzice rodzą dziecko

[2] Klasycznym poradnikiem dla kobiet, w którym zastosowano terminologię „ciążową" i medyczne podejście, są np. publikacje Sternadela: *Czy jestem w ciąży?* (wyd. III, 1979), *Kobieta, mężczyzna, dziecko* (wyd. III, 1984).

w chwili poczęcia, bo wtedy bierze ono swój początek, natomiast w chwili porodu wydają go na świat istniejący poza łonem matki. Dziecko rodzące się w terminie miałoby w czasie swoich urodzin już około 9 miesięcy od narodzenia, czyli pojawienia się na świecie jako istota poczęta. Urodzenie dziecka w świat pozałonowy następowałoby po wielu miesiącach od jego narodzenia w łonie matki i specyficznej formy bytności w rodzinie (por. Fijałkowski, 2003, s. 119-120).

2. Rodzinny kontekst poczęcia dziecka

W nowym podejściu do prokreacji akcent jest więc nie na ciąży, ale na dziecku, a tym samym na rodzinie (bowiem ciąża nie potrzebuje rodziców)[3]. Przy czym należy podkreślić, iż każde poczęcie (również to inicjowane w laboratorium) dokonuje się w kontekście rodzinnym, niezależnie od statusu małżeńskiego rodziców, czy wiedzy matki co do tego, kim jest ojciec (np. w sytuacji korzystania przez samotną kobietę z banku nasienia). Dziecko, poprzez swoje zaistnienie, uczyniło kobietę swoją matką a mężczyznę ojcem i tym samym uczyniło ich swoimi rodzicami.

Niezależnie od faktu, czy rodzice są małżeństwem i czy tworzą rodzinę jako wspólnotę życia – poczyna się ono w kontekście rodziny, gdyż ma ojca i matkę i jest potomkiem rodu każdego z nich. Jest więc elementem drzewa genealogicznego tej rodziny, w której się poczęło (może być ponadto poprzez różne formy przysposobienia włączone w drzewo genealogiczne rodziny adopcyjnej lub zastępczej) lub z której się poczęło (jeśli nie zna rodzica, gdyż poczęło się w wyniku gwałtu, dawstwa gamety, zostało adoptowane).

Należy obecnie odejść od biologistycznego i arodzinnego ujmowania okresu ciąży oraz określeń sugerujących rodzicielstwo dopiero od urodzenia dziecka, np. *przyszła matka, ojciec oczekujący dziecka, rodzice spodziewający się dziecka, kobieta, która chce zostać matką* (Radowicki, 1984), *para, która będzie miała dziecko* (Trča, 1986)[4]. Oczekiwanie dotyczy urodzenia się dziecka i spotkania z nim poza łonem matki, a nie jego samego, gdyż ono już od poczęcia jest[5]. Rodzice nie oczekują więc dziecka jako

[3] Przykładem zwracania się do pary jako do rodziców w opisie poczęcia ich dziecka może być fragment publikacji skierowanej do rodziców: „Rozpoczyna się życie waszego dziecka. Podział pierwotnej komórki był jego pierwszym doświadczeniem życiowym" (Schuster-Brink i in., 1997, s. 44).

[4] Stosowanie terminu „para" zamiast „małżonkowie" staje się coraz częstsze, ze względu na upowszechnianie się konkubinatu i samotnego macierzyństwa, w którym partner matki nie jest ojcem poczętego dziecka.

[5] Można byłoby przytoczyć wiele przykładów stosowania nadal perspektywy „przyszłościowej" wobec prenatalnego rodzicielstwa, np. rozprowadzana dla kobiet w ciąży „tarcza" (Roche Polska Sp. z o.o.) jest zatytułowana *Kalendarz przyszłej mamy*, rozpoznanie poczęcia dziecka jako „pozytywny wynik testu ciążowego", a 21. tydzień ciąży jako okres „pierwszych ruchów dziecka", gdy tymczasem pierwsze ruchy rozpoczynają się w 6. tygodniu po poczęciu, a data

takiego, ale rozpoznają jego obecność i świadomie uczestniczą w jego rozwoju od poczęcia. Taka wizja sprzyja zajęciu się dzieckiem – troską o jego zdrowie, podejmowaniem starań, by optymalizować jego rozwój, nawet za cenę własnych wyrzeczeń (np. zmniejszenie lub porzucenie palenia papierosów, odmówienie sobie alkoholu). W niektórych grupach społecznych urealnienie rodzicom obecności dziecka, a nie tylko stanu ciąży, zabezpiecza przed przemocą wobec niego wskutek zaniedbania lub podejmowania bezwiednie konkretnych zachowań, które szkodzą dziecku.

W zależności od kolejności poczęcia, dziecko albo inicjuje powstanie systemu relacji rodzinnych, albo wchodzi do już istniejącego systemu jako jego nowy członek i staje się elementem systemu rodzinnego. Systemowe podejście do rodziny (de Barbaro, 1999; Plopa, 2007) pozwala na dostrzeżenie, iż już poczęcie dziecka, a nie dopiero jego urodzenie, zmienia rodzaj, siłę, jakość i treść wzajemnych relacji między wszystkimi członkami rodziny, wzajemne układy, zmienia istniejące podsystemy (np. mąż – żona, teściowa – synowa, ojciec – syn), gdyż każda z tych osób staje się wobec innej osoby jakby dodatkowo „kimś innym", np. żona staje się dla męża matką jego dziecka, a mąż ojcem jej dziecka; córka lub syn stają się dla swoich rodziców matką i ojcem ich wnuka; ktoś inny staje się rodzeństwem, wujkiem, ciocią, stryjem, kuzynem.

To nie ciąża wprowadziła tak liczne zmiany w konstelacji rodzinnej, ale pojawienie się nowego członka rodziny, sygnalizowane przez „odmienny" stan kobiety, co szczególnie wyraźnie można zaobserwować w zmianie sytuacji obecnego już w rodzinie dziecka, dla którego „jego" rodzice stają się matką i ojcem również innego dziecka, i które stoi wobec konieczności przyjęcia roli rodzeństwa. Wzajemne odnoszenia zostają więc wzbogacone o nowe przeżycia, zachowania, role, funkcje, oczekiwania i jedno jest pewne, rodzina już nigdy nie jest taką samą, nawet jeśli nastąpi z jakiegoś powodu bardzo wczesna strata dziecka. Dlatego profesjonaliści zajmujący się tym okresem życia człowieka, nie mogą jedynie koncentrować się na kobiecie w ciąży, ale powinni ujmować całą „rodzinę w ciąży" (Sherwen, 1987).

Humanizowaniu okresu ciąży i porodu towarzyszy więc trend nastawiony na rodzinną i wspólnotową wizję relacji oraz przeżywanie tych doświadczeń prokreacyjnych „wspólnie z dzieckiem" oraz optymalizowanie jego prenatalnego rozwoju. System sprzężeń zwrotnych obejmujących całą rodzinę jest rzeczywistością relacyjną, przy czym po poczęciu dziecka wzrasta niepomiernie ilość relacji silnie nasyconych więzią emocjonalną. Dziecko od poczęcia staje się bowiem elementem systemu rodzinnego i z każdym z członków rodziny łączą go specyficzne relacje. To rodzina stanowi niezastępowalny układ odniesień koniecznych dla jego prawidłowego roz-

porodu nadal na tarczy określana jest w stosunku do daty pierwszego dnia ostatniej miesiączki, a nie daty wzrostu temperatury i utrzymywania się jej na wyższym poziomie przez ponad 21 dni, gdyż zakłada się, że kobiety nie stosują metod rozpoznawania płodności, które pozwalają na dokładne przewidywanie terminu porodu, nawet w sytuacji nieregularnego cyklu. Podobnie płyta promocyjna CD wydawnictwa „Dziecko" (02, 2003), zawierająca utwory muzyki klasycznej, nosi tytuł *Relaksacyjna muzyka dla przyszłych mam*. Por. też B. Borys (2000).

woju. Ważne jest wzajemne oddziaływanie całego systemu na każdego członka rodziny, ale też każdego z nich na ten system.

Dziecko poczynając się w łonie matki, zmienia podsystem mąż – żona i ubogaca go w podsystemy swoich relacji z nimi, z rodzeństwem, z dziadkami i innymi osobami znaczącymi. Reakcje bólu psychicznego i żałoby są w sytuacji niepowodzenia ciążowo-porodowego uważane za adekwatne, gdyż oznaczają żałobę po stracie dziecka. W sytuacji koncentracji na ciąży, żal dotyczy tylko utraty tego stanu, który najczęściej można powtórzyć, natomiast utraconego dziecka nic nie zwróci i żałoba po nim wymaga czasu i pozwolenia sobie na ekspresję uczuć (Swanson i in., 2007; Trautmann-Villalba, Hornstein, 2007; Brier, 2008) oraz rytuałów pożegnania (Kobler, Limbo, Kavanaugh, 2007).

3. Dynamika doświadczeń prokreacyjnych

Wzajemne relacje rodziców z dzieckiem oraz z ich otoczeniem w okresie ciąży czy po porodzie są, według nowego podejścia, traktowane jako rzeczywistość dynamiczna. Wzajemna percepcja, komunikacja, postawy, nastawienia do siebie jako rodziców i do dziecka – zmieniają się w czasie. Nie ma więc determinizmu typu: „jak nieplanowane, to niekochane", „jak niechciane, to porzucone". Zwykle negatywne, ambiwalentne lub nasycone lękiem i napięciem postawy wobec dziecka ulegają zmianie w miarę, jak ono rośnie i neurohormonalne zmiany w organizmie kobiety przygotowują ją do urodzenia dziecka (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 139-141). Jest to ważne, by zarówno rodzice, jak i otoczenie zdawali sobie sprawę z tego, iż przywiązanie do dziecka potrzebuje czasu na kształtowanie i wiele czynników może ułatwić lub utrudnić ten proces.

Świadomość dynamiki procesów prokreacyjnych motywuje do wspomagania rodziców w ich relacji do dziecka, która nawet z bardzo nieprzychylnej może zmienić się w bezwarunkową akceptację dziecka i dojrzałą miłość do niego. Potwierdzają to liczne badania, np. jednym z podjętych badawczo problemów były relacje rodziców z dzieckiem. Okazało się, że postawy obu płci wobec dziecka oraz kształtowanie się więzi z nim już przed urodzeniem nie zależą od postawy wobec „zajścia w ciążę", czyli nie są istotnie skorelowane z faktem planowania poczęcia (Cranley, 1981; Condon, 1985; Mercer i in., 1988; Mebert, 1991). Jest to bardzo ważny do odnotowania wynik badań ze względu na silne, rozpowszechniane w mediach przekonanie, iż „nieplanowane dzieci będą nieszczęśliwe", iż jedynie planowanie poczęć zapewni dziecku miłość i troskę rodziców. Podobny wynik uzyskano w badaniach porównawczych kobiet z ciążą normalną i wysokiego ryzyka – przywiązanie do dziecka wszystkich badanych matek nie było skorelowane z faktem planowania poczęcia (Kemp, Page, 1987; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 139-141).

Pozytywne nastawienie do procesu tworzenia się więzi z dzieckiem, zaufanie do siebie i możliwości zmiany swoich pierwotnych ambiwalentnych i negatywnych

reakcji jest ważnym czynnikiem adaptacji do stanu ciąży i dziecka. Na tę prawidłowość zwracają uwagę reprezentanci tzw. pozytywnego nurtu w naukach społecznych (Seligman, 2000, 2005; Czapiński, 2008; Carr, 2009). Niezależnie bowiem od początkowych trudności w przystosowaniu się do zmian w życiu, jakich wymagają wydarzenia prokreacyjne, a nawet niezależnie od cierpienia, jakie czasem wnoszą, mogą być one jednocześnie włączone w konstruktywne kształtowanie go jako życia szczęśliwego i rozwój potencjalności własnej osoby.

Dynamika doświadczeń prokreacyjnych poddana jest prawidłowości ludzkiej psychiki, w której można odnaleźć (i na niej bazować) silną tendencję do pozytywnego doświadczania życia, do przekraczania trudności dzięki własnej sile psychicznej, do twórczości i produktywności, do osiągania sukcesów i przeżywania radości oraz nadawania sensu własnemu życiu. Dzięki osobistym zasobom (a nie tylko wsparciu społecznemu i różnym rodzajom pomocy z zewnątrz), dzięki głębokiemu zaangażowaniu się w związki z bliskimi (w tym z dzieckiem prenatalnym) i w kontakt z samym sobą (z własnym wnętrzem), dzięki pozytywnemu myśleniu, optymizmowi życiowemu i nastawieniu na cieszenie się życiem, może ono nabrać nowego, szczęśliwszego wymiaru w warunkach realizowanej (z mniejszym lub większym powodzeniem) prokreacji. Nawet w różnych sytuacjach tzw. nieudanej prokreacji człowiek może się przekonać, iż jest silniejszy i bardziej odporny psychicznie, niż mu się wydawało, a niepomyślne zdarzenia losu mogą go wzmacniać i rozwijać. Dlatego też w rozpatrywaniu zdarzeń prokreacyjnych konieczne jest uwzględnienie dynamiczności ich przebiegu (wpisanej w nie ciągłej zmiany) oraz pozytywnych osobistych zasobów człowieka, które wraz z oddziaływaniem otoczenia mają wpływ na doświadczenia związane z prokreacją i ich znaczenie w życiu.

Ciąża jest okresem komunikacji między matką i dzieckiem, która zaczyna się na poziomie nieświadomym (biochemicznym i psychoendokrynologicznym) od jego poczęcia. Ze strony matki dialog ten staje się realnością, kiedy odczuje obecność nowej istoty już nie tylko jako „to", ale jako „ktoś", „ty". To przejście z „to" na „ty" jest wynikiem wrażliwości matki na dziecko i jest ogromnie kreatywną potencjalnością jej psychiki, zależną jednak od bardzo wielu czynników sytuacyjnych, jak i związanych z jej historią życia. Dialog nie jest jednak limitowany tylko do matki, gdyż może być rozszerzony o ojca i psychospołeczne środowisko życia matki.

Dynamika w zakresie doświadczeń prokreacyjnych wiąże się nie tylko z hormonalnie następującymi zmianami w trakcie przebiegu cyklu miesiączkowego, ciąży lub połogu, ale też z kondycją psychiczną człowieka, który ciągle kreuje własną egzystencję w oparciu o przyjęte wartości, wyznaczone sobie cele i odkrywany sens; aktywnie uczestniczy w egzystencji drugiego; poszukuje i stara się zrozumieć głębszą warstwę wydarzeń życia i nadaje znaczenie temu, co przeżywa; zmierza się z prawdą o sobie; podejmuje w wolności odpowiedzialność za siebie i innych, respektując godność każdego człowieka (Borowska, 2003, s. 41-56). Człowiek aktywnie uczestniczy we własnym rozwoju i ta tendencja dążenia „ku" jest siłą motywacyjną wbudowaną w strukturę ontyczną bytu ludzkiego i jego stawania się (Popielski, 1994, s. 59-60).

4. Płciowe zróżnicowanie doświadczeń prokreacyjnych

Ze względu na biologiczne zróżnicowanie płciowe i odmienną rolę w procesach prokreacyjnych obu płci, również doświadczenia w tym zakresie mają swoją specyfikę płciową (por., np. Miluska, 1996; Brannon, 2002). Istnieją pewne charakterystyczne dla danej płci wyzwania i problemy okresu ciąży, porodu i połogu a także zaburzeń w prokreacji (np. Pottinger i in., 2006) oraz sposoby adaptacji do nich. Psycholodzy zajmujący się badaniem funkcjonowania człowieka w okresie oczekiwania na urodzenie dziecka, zwłaszcza ci, którzy prowadzą badania longitudinalne (np. Cowan, Cowan, Kerig, 1993) dochodzą do wniosku, że oprócz indywidualnego zróżnicowania przeżyć, istnieją wspólne, charakterystyczne dla danej płci problemy tego okresu i sposoby adaptacji do nich.

Zróżnicowane płciowo sprawowanie ról rodzicielskich już w tym okresie, zależy m.in. od jakości i siły relacji małżeńskiej, a jednocześnie ją kształtuje. Coraz częściej uwzględnia się płciowe zróżnicowanie zarówno w podejmowanych badaniach z zakresu psychologii prokreacji (zob., np. Bielawska-Batorowicz, 2006), w udzielanej rodzicom pomocy, jak też uwrażliwia się samych rodziców, by brali pod uwagę punkt widzenia współmałżonka i komunikowali sobie wzajemnie np. swoje potrzeby, oceny, niepokoje, plany[6].

Jednym z problemów podejmowanych empirycznie, było podobieństwo w stopniu zaangażowania się w relacje małżeńskie obojga rodziców po poczęciu dziecka. Okazuje się, iż kobiety wykazują się istotnie większym zaangażowaniem, co przejawia się w dążeniu do zaspokojenia potrzeb współmałżonka, oczekiwaniu na dowody uczuć z jego strony, pragnieniu zaspokojenia potrzeb drugiego w sposób wzajemnie satysfakcjonujący. Męski wzorzec funkcjonowania odznacza się mniejszą niż kobiecy wrażliwością na zmiany, jakie zachodzą w relacjach małżeńskich po poczęciu dziecka (Assor, Assor, 1985).

Rozpatrując ważną kwestię kształtowania się przywiązania rodziców do dziecka prenatalnego, zauważono również różnice – ojcowie mają większą niż matki tendencję do przypisywania *płodowi* statusu odrębnej istoty ludzkiej (matkom przychodzi to trudniej ze względu na biologiczną zależność dziecka od nich) oraz snucia wyobrażeń o dalekiej przyszłości dziecka i wspólnych z nim kontaktach (Weaver, Cranley, 1983). Dla matek takim momentem przełomowym, na który w większości niecierpliwie czekają, jest pierwsze odczucie ruchów dziecka, jakie możliwe jest w połowie ciąży[7]. Przed upowszechnieniem się wczesnego stosowania w ciąży badania USG

[6] Przy czym różnice międzypłciowe nie zawsze związane są z samą płcią, bardziej z siłą identyfikacji ze swoją płcią i przypisaną jej rolą, np. adaptacja do sytuacji niepłodności była łatwiejsza u kobiet, które przyjęły bardziej męski sposób realizacji siebie, przejawiały w swoim zachowaniu więcej cech męskiej roli płciowej (Berg,Wilson,Weingartner, 1991).

[7] Ruchy te nie są pierwszymi, gdyż dziecko porusza się od 6. tyg. życia, ale są to pierwsze delikatne ruchy odczute przez matkę.

(w I trymestrze ciąży), tylko jedna trzecia matek traktowała płód jako odrębną istotę (zob. Bielawska-Batorowicz, 1995, s. 12).

Obecnie, na podstawie badań USG oraz rozpowszechnianej wiedzy o życiu prenatalnym, oboje rodzice mogą już bardzo wcześnie nadać dziecku status odrębnej istoty, a tym samym tworzyć więź z nim. Przy czym matki, ze względu na bliskość dziecka, łatwiej niż ojcowie odbierają jego obecność i takie cechy dziecka, jak: wrażliwość na bodźce, siłę i częstotliwość reakcji, nastrój (Zeanah i in., 1990). Mentalne odseparowanie dziecka i traktowanie go jako odrębnej istoty ludzkiej, jest podstawą tworzenia się jego obrazu jako osoby o indywidualnych charakterystykach[8], a tym samym nawiązywania różnorodnych kontaktów z nim, co ułatwia (ale nie gwarantuje) podjęcie roli rodzica po urodzeniu dziecka.

Zaobserwowano, że im bliżej porodu, tym większe zaangażowanie obojga rodziców w relacje z dzieckiem, tym większa częstotliwość i różnorodność kontaktów z nim. Zarówno matki, jak i ojcowie w ostatnim trymestrze ciąży ujmują dziecko jako odrębną osobę, interpretują jego zachowania mające dla nich określone znaczenie, wchodzą w interakcje z nim, opisują go w terminach indywidualnych charakterystyk, np.: płeć, wygląd, temperament, komunikacja, rytm snu i czuwania (Stainton, 1985).

Oczywiście, ze względu na usytuowanie dziecka w ciele matki, częstotliwość myślenia o dziecku, wchodzenie z nim w relacje i przemawiania do niego jest rzadsza u ojców niż matek i zależy od udostępniania im dziecka przez matki oraz „wspólnych chwil", umożliwiających wzajemne kopiowanie form komunikacji z dzieckiem prenatalnym lub noworodkiem. Ojcowie przypisują mniejsze niż matki znaczenie obserwacjom ruchów dziecka w łonie dla oceny jego temperamentu, podają mniej indywidualnych charakterystyk dziecka, mają mniej pozytywne oczekiwania wobec zachowań i cech dzieci po urodzeniu, przewidują więcej kłopotów z nimi i przykrych niespodzianek (Zeanah i in., 1985, 1990; Mebert, 1991; Sweeney, Bradbard, 1988). Są też oni w okresie ciąży ich żon bardziej niż one zaniepokojeni obserwowanymi u siebie zmianami fizyczno-psychicznymi (Condon, 1985), inaczej doświadczają zmian w zakresie elementów składających się na obraz własnego ciała (Fawcett, 1989) oraz odczuwanej przez nich satysfakcji małżeńskiej (Tomlinson, 1987). W miarę upływu czasu wskaźniki więzi z dzieckiem prenatalnym u obu płci rosną, ale na każdym etapie są one niższe u ojców niż matek (Bielawska-Batorowicz i in., 2002).

Należy przy tym zaznaczyć, że w literaturze poświęca się również uwagę kształtowaniu więzi ojca z dzieckiem prenatalnym, chociaż dużo rzadziej, niż przywiązaniu matczynemu. Na więź tę ma decydujący wpływ zachowanie matki dziecka. Dzięki temu, że u matki wyobrażenia o dziecku i fantazje na jego temat, jak też relacje z nim i próby nawiązania kontaktu, kształtują się wcześniej i są o wiele bogatsze, bardziej

[8] Przedporodowe charakterystyki dzieci są zbieżne z opisami swych dzieci czynionymi w kilka tygodni lub miesięcy po urodzeniu, czyli jak konstatuje Bielawska-Batorowicz (1995, s. 15): „Przypisywanie dziecku przez rodziców określanych właściwości może być więc traktowane jako tendencja o pewnym stopniu stałości".

nasycone pozytywnymi uczuciami (Łukasik i in., 2007), może ona stymulować kontakt ojca z dzieckiem, a jest to istotne dla jakości jego przyszłych relacji z nim po urodzeniu (Klitzing i in., 1999). Bardzo ważnym czynnikiem pozytywnie wpływającym na jakość więzi obojga rodziców z dzieckiem prenatalnym jest również jakość łączącej ich więzi małżeńskiej (Colpin i in., 1998).

Odmienne płciowo sposoby adaptacji do ciąży i dziecka prenatalnego zostały zaprezentowane w psychodynamicznym modelu przez Raphael-Leff (1985), która wyodrębniła dwa podejścia do ciąży i rodzicielstwa oraz rozwiązywania konfliktów, jakie wywołuje fakt poczęcia dziecka – matczyne: ułatwianie rozwoju (*facilitator* – nastawia się „na dziecko", na jego potrzeby) oraz kontrolowanie rozwoju (*regulator* – domaga się od dziecka dostosowania do sytuacji) oraz dwa podejścia ojcowskie: uczestniczenie w rozwoju (*participator*) i obserwowanie (*renouncer*)[9]. Postawy te rzadko występują w czystej postaci i nie są statyczne, przeciwnie – ulegają ciągłym przeobrażeniom, ale wcześniej ukształtowana postawa nastawiona na uczestniczenie w rozwoju dziecka i ułatwianie go, lepiej rokuje na przyszłość.

Interesującym jest fakt, iż płciowe zróżnicowanie doświadczeń prokreacyjnych nie dotyczy tylko zakresu biologii układu rozrodczego, czy nawet przeżyć psychicznych lub odgrywanych ról, ale również znaczenia poszczególnych czynników psychologicznych, społecznych lub kulturowych w modyfikowaniu tych doświadczeń. Jako przykład może służyć zróżnicowane płciowo znaczenie wpływu doświadczeń z rodziny pochodzenia na adaptację do okresu ciąży, które są ważniejsze dla kobiet niż mężczyzn. Inaczej mówiąc, doświadczenia z własnego dzieciństwa są bardziej decydujące dla przystosowania do różnych faz życia małżeńskiego i rodzicielskiego u kobiet niż u mężczyzn. Mają też większą siłę oddziaływania na zachowania matek niż ojców (Lane, Wilcoxon, Cecil, 1988)[10]. Jednocześnie siła międzypokoleniowego przekazu jest modyfikowana jakością relacji małżeńskiej, tzn. dobre jakościowo relacje małżeńskie osłabiają wpływ negatywnych wzorców i doświadczeń z dzieciństwa (Belsky, Youngblade, Pensy, 1989).

Innym czynnikiem wpływającym na adaptację do zmian spowodowanych poczęciem dziecka jest podobieństwo tych doświadczeń między małżonkami. Tam, gdzie małżonkowie mają odmienne wzorce relacji rodzinnych, tam ich radzenie sobie z problemami okresu ciąży i spodziewanych urodzin dziecka przebiega wolniej i napotyka większe trudności (Lane, Wilcoxon, 1989)[11].

[9] Ich charakterystyka – zob. np. Bielawska-Batorowicz, 1995, s. 27-29.

[10] Większa siła oddziaływania przekazu rodzinnego na zachowania matek niż ojców nie dotyczy wszystkich jego aspektów, np. zauważono, iż kontakt dotykowy matki z dzieckiem wcześniaczym zależy bardziej od jakości jej więzi z ojcem dziecka, niż jej dotykowych kontaktów z własną matką we wczesnym dzieciństwie, natomiast dla ojców zarówno własna historia dotykowej więzi z matką, jak i aktualna satysfakcja z relacji z matką dziecka była równie istotnym czynnikiem wyznaczającym jego dotykowe kontakty z noworodkiem (Weiss, Goebel, 2003).

[11] Trzeba jednak dodać, iż rodzice dorosłych dzieci, badani jako grupa stanowiąca rodzinę

W parach małżeńskich zaobserwowano także (istotne statystycznie) podobieństwo występowania fizycznych i psychicznych objawów relacjonowanych jako konsekwencje poczęcia dziecka. Nie stwierdzono natomiast związku między siłą identyfikacji w ramach pary małżeńskiej a podobieństwem przejawianych przez nich „symptomów ciąży" (Fawcett, 1989; Drake, Verhulst, Fawcett, 1988). Dotychczasowe badania zgodnie potwierdzają, iż kształtowanie się przywiązania do dziecka (czas pojawienia, siła i jakość więzi) zależy zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn od zadowolenia z relacji z partnerem życiowym, i im satysfakcja jest większa, tym łatwiej nawiązuje się jakościowo bogatą relację z dzieckiem (Bielawska-Batorowicz, 1995, s. 26). Myśli, uczucia i zachowania rodziców nie są wprawdzie takie same, ale mają tendencję do bycia podobnymi w ramach pary, np. troska o zdrowie dziecka, o jego przyszłość (Condon, 1985).

5. Wzrost zaangażowania mężczyzny w proces prokreacji

Tradycyjnie prokreacja była rozpoznawana jako obszar zainteresowania i zaangażowania kobiet. Im przypisywano instynkt, potrzeby, uczucia i zachowania macierzyńskie. Rola mężczyzny w tym zakresie była ograniczona do materialnego zabezpieczenia rodziny, a funkcja uczuciowo-wychowawcza była opóźniona. Na przestrzeni ostatnich lat zmieniają się jednak postawy w tym zakresie (np. Bullinger, 1997; Fijałkowski, 1992, 1996a). Ze względu na autonomizację poszczególnych członków rodziny oraz izolację od szerszego kręgu pokrewieństwa, co gwarantowało dawniej wsparcie dla kobiety ze strony innych kobiet w trakcie ważnych wydarzeń procesu prokreacji, a obecnie powoduje jej osamotnienie, jak też upowszechnienie się partnerskiego stylu życia w małżeństwie i rodzinie – nastąpiło większe zaangażowanie mężczyzn w proces prokreacji. Więź osobowa w rodzinach nuklearnych i partnerski układ stosunków między małżonkami, a nawet dziećmi, sprzyja podejmowaniu przez mężczyzn ról i obowiązków tradycyjnie przynależnych kobiecie.

Fakt zaangażowania mężczyzn w komunikację z dzieckiem przed i po urodzeniu, w opiekę przedporodową (np. wizyty u ginekologa, w pracowni USG), w psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu (szkoły rodzenia) i uczestnictwa w nim oraz wspieranie karmienia piersią, jest wyrazem redefinicji roli męża i ojca (np. Summersgill, 1995; Fijałkowski, 1996a; Bullinger, 1997; Szczawińska, 2000). Jest też poszerzeniem dla niego obszarów realizowania siebie, rozwoju osobistego, możliwości zdobycia nowych satysfakcjonujących doświadczeń i unikalnych przeżyć, uzyskiwania poczucia spełnienia życiowego i nadawania życiu głębszego sensu.

pochodzenia dla małżonków, okazywali się być dobrani na podstawie podobieństwa prezentowanych postaw, co może być wynikiem zarówno nieuświadomionego kryterium dobierania się ludzi w pary małżeńskie, jak i może wynikać ze wzajemnego „docierania się", upodobniania się w trakcie trwania małżeństwa (Draczyński, Błażek, 2004, s. 235).

Społeczno-historyczne, psychoanalityczne oraz empiryczne badania nad ojcostwem w procesie prokreacji ukazują postępujące duże zmiany w społecznej reprezentacji ojcostwa, w konstrukcji jego społecznej roli jako mężczyzny i ojca, nabywaniu przez niego tożsamości „ojca nowego typu" i ojca jako „drugiej matki", określeniu „przestrzeni ojcowskiej" w życiu dziecka i jego roli jako „figury zabezpieczającej więź", „czynnika separacji, dyferencjacji i socjalizacji", „obiektu więzi", „partnera komunikacji", „tutora w uczeniu się" (Naziri, De Coster, 2006, s. 266). Jego aktywny udział na różnych etapach procesu prokreacji jest korzystny nie tylko dla niego, ale dla każdej osoby w rodzinie (np. Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 136-146).

6. Poczęcie dziecka jako ważne wydarzenie życiowe

Wyraźną zmianę dostrzega się obecnie w sposobie ujmowania prokreacji, która coraz bardziej zostaje doceniona jako ważna sfera funkcjonowania człowieka. Wydarzenia prokreacyjne w znaczący sposób wpływają na koncepcję i akceptację siebie, poczucie sensu i zadowolenie z życia. Poczęcie dziecka i jego rozwój, a tym samym zapoczątkowane przez to procesy ciąży, porodu i laktacji ujmowane są jako, tzw. ważne wydarzenia życiowe, które „zmieniają wszystko", gdyż to świadomość powstania nowego życia i stania się rodzicami, odpowiedzialność za rozwój i wychowanie dziecka są motorem dalszych rozwojowych lub destrukcyjnych decyzji prokreacyjnych.

Poczęcie dziecka, gdy tylko zostaje domniemane a potem potwierdzone, wprowadza u kobiety i u mężczyzny zmiany w obrazie siebie, w samoocenie, poczuciu własnej tożsamości, empatii (Baudet i in., 1990; Kornas-Biela, 1993d/2002; Bartosz, 2002; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 111-122), w satysfakcji z małżeństwa i w jakości wzajemnej relacji (Lamb, 1978; Kurdek, 1993). Zmiana z diady małżeńskiej w triadę rodzinną powoduje przeobrażenia w dotychczasowych związkach uczuciowych i intymności (por. Kornas-Biela, 1995c), wyzwala pod wieloma względami sytuację trudną (np. Dyer, 1963; Condon, 1985; Tomlinson, White, Wilson, 1990)[12].

Poczęcie dziecka inicjuje u rodziców okres normalnego kryzysu rozwojowego, charakteryzującego się intensywnymi przemianami osobowościowymi, podobnie jak dojrzewanie i menopauza (Buchsbaum, 1989; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 299-355). Nowa sytuacja destabilizuje ich dotychczasowy obraz swego „ja" fizycznego, psychicznego i społecznego, zmienia samoocenę i poczucie własnej wartości, dostarcza nowych doznań i emocjonalnych odniesień, przeorganizowuje system wartości,

[12] Zwłaszcza psycholodzy z kręgu psychoanalitycznego mają tendencję do upatrywania w poczęciu dziecka sytuacji porównywalnej do „klęski żywiołowej", „katastrofy życiowej", powiązanej z silnymi ambiwalentnymi i negatywnymi uczuciami, które po narodzeniu dziecka wypieramy ze świadomości, ale które wpływają na dalsze przeżycia i zachowania rodzicielskie (Turrini, 1980). Opracowywane są nawet modele pozwalające na przewidywanie wpływu tego stresu na funkcjonowanie rodziny (Mercer i in., 1986, 1988).

celów w życiu, aspiracji i planów oraz relacji z innymi. Dokonanie tych zmian wymaga czasu i stanowi obciążenie dla psychiki, stąd obserwuje się czasem takie objawy, jak: obniżenie samopoczucia, huśtawkę emocjonalną, niezrównoważenie, przewrażliwienie (Kornas-Biela, 1993d/2002).

Zainicjowany prokreacją kryzys rozwojowy ma w zdecydowanej większości wypadków charakter dezintegracji pozytywnej, tzn. polega na zmianie aktualnie istniejących schematów reagowania i zachowania, wypracowaniu nowych, odpowiadających wymaganiom sytuacji i rozwijających jednostkę w kierunku większego samouświadomienia, samowybrania, samopotwierdzenia i samowychowania. Dzięki prokreacji, jako ważnemu doświadczeniu życiowemu, który „rozbija" zastaną strukturę psychiki, następuje jej zintegrowanie na wyższym poziomie, rozszerzenie horyzontów myślowych i emocjonalnych, zharmonizowanie wnętrza (osiągnięcie równowagi i syntezy wewnętrznej), lepszy wgląd w „ja" realne oraz idealne, urzeczywistnianie ideału swojej osobowości z pozytywnym uwzględnieniem doświadczeń, jakie wniosła prokreacja (por. Dąbrowski, 1979). Kryzys rozwojowy w sytuacji prokreacji dostarcza sił witalnych do postawienia sobie nowych zadań egzystencjalnych, utworzenia ich nowej hierarchii ważności, osiągnięcia kolejnej fazy rozwoju, w kierunku większej dojrzałości (por. Erikson, 1980). Prokreacja w szczególny sposób stawia człowieka „pomiędzy" jego pragnieniami i możliwościami, wzbudzając „noodynamiczne napięcie", gdyż angażuje noetyczny wymiar jego egzystencji (Frankl, 1998) oraz biograficzną refleksję (por. Dubas, 2009).

Szczególnie trudno wchodzić obecnie w rolę ojca mężczyznom, gdyż z jednej strony traktuje się ich głównie jako „reproduktorów" i „pomocników żony" (np. nie mają prawa weta w stosunku do decyzji o aborcji), z drugiej oczekuje się od nich pełnego zaangażowania w problemy okresu ciąży i rozwoju dziecka. Ojcowie muszą zmagać się z przyjęciem faktu realności zaistnienia ciąży i dziecka, walczyć o rozpoznanie w nich ojców przez żony, krewnych, kolegów, zwierzchników oraz dawać sobie radę z trudnościami roli „zaangażowanego ojca" (Jordan, 1990). Dlatego i oni wymagają wsparcia. Oprócz uniwersalnego kryzysu rozwojowego (Tomlinson, 1987) każdy rodzic doświadcza indywidualnie zróżnicowanych reakcji i wykorzystuje osobiste zasoby, które są zależne od wielu czynników osobowościowych i sytuacyjnych oraz związanych z rodziną pochodzenia, a także z wzorcami kulturowymi.

Ciąża może być sytuacją kryzysową (Kornas-Biela, 1995c), szczególnie jeśli dotyczy pierwszego dziecka, rodziców nieletnich (np. Koniak-Griffin, 1988; Kornas-Biela, 2001b; Bidzan, 2007), rodziców starszych wiekiem lub jeśli jest to ciąża przedmałżeńska, zaistniała pomimo stosowania antykoncepcji, pojawiła się wbrew oczekiwaniom, kiedy matka jest niepełnosprawna fizycznie lub psychicznie, gdy rodzice, a zwłaszcza matka, już wcześniej nie radziła sobie z sytuacjami trudnymi i przejawiała niepokój, jeśli jest to rodzina zrekonstruowana (Kromolicka, 1997). Specyficzne rodzaje trudności powstają w rodzinach, które doświadczyły długotrwałej niepłodności (Kalus, 1999), w których matka wymaga hospitalizacji lub występują komplikacje w przebiegu ciąży (Kemp, Page, 1987; Szymona-Pałkowska, 2005), kiedy ciąża

następuje po urodzeniu dziecka z problemem zdrowotnym, dziecka niepełnosprawnego (Kornas-Biela, 1988b, 2001d, 2006b, 2008b) lub po śmierci poprzedniego dziecka (np. Kornas-Biela, 1995c).

Poczęcie dziecka jest znaczącym doświadczeniem nie tylko dla rodziców, ale też innych członków rodziny (np. pozostałych dzieci, dziadków, krewnych, osób bliskich rodzinie), a wzajemne relacje rodziców z nimi mają wpływ na ich związek z dzieckiem (np. postawa teściów wobec nieplanowanego poczęcia, wobec niepłodności) oraz na losy ciąży i porodu. Okres oczekiwania na urodzenie dziecka jest bardzo ważnym etapem w życiu małżeństwa i całej rodziny (por. Adamski, 1980), i od tego, czy i w jakim stopniu zostanie wykorzystany jako „rodzinnotwórczy", zależy prenatalny rozwój dziecka, przebieg porodu, jakość wejścia w role rodzicielskie, kształtowanie się więzi wewnątrzrodzinnej oraz dalsze plany prokreacyjne.

Podobnie poród jest doświadczeniem przełomu, inicjuje radykalną zmianę w życiu, jest także jednym z najważniejszych doświadczeń życiowych (Jarosiewicz, 1992), a wspomnienia porodu są zmienną, mającą wpływ na osobiste funkcjonowanie rodziców oraz ich kontakt z dzieckiem i wypełnianie ról rodzicielskich. Negatywne wspomnienia spowodowane są głównie takimi czynnikami, jak: długość porodu, rozczarowanie niespełnieniem oczekiwań, np. związanych z bólem, słabym zaangażowaniem kobiety i słabym wsparciem ze strony personelu, zastosowaniem interwencji chirurgicznej. Jednakże doświadczenie porodu jest wielowymiarowe, stanowi mieszankę pozytywnych i negatywnych przeżyć, zawsze jednak silnych i mających wpływ na dalsze plany prokreacyjne oraz stosunek do siebie i najbliższych (np. Jarosiewicz, 1992; Gottwall, Waldenström i in., 2002; Waldenström i in., 2004).

7. Znaczenie prokreacji dla osobistego rozwoju rodziców

Poczęcie dziecka stawia przed rodzicami wymaganie przejścia od stylu życia jednostkowego i partnerskiego do życia rodzinnego, co stwarza warunki dla ich psychoseksualnego dojrzewania. Z obserwacji życia jak i badań naukowych wynika jednak wyraźnie, że dla jednych okres ciąży jest doświadczeniem rozwijającym osobowość (np. obraz siebie, samoocenę, poczucie własnej tożsamości, empatię), pogłębiającym sens życia, rozszerzającym skalę cenionych wartości i stymulującym do rozwoju pozytywnych cech charakteru, wzbogacającym ich wzajemne relacje małżeńskie oraz z innymi ludźmi; dla innych zaś ten okres kryzysu rozwojowego cechuje się trudnościami, z którymi nie są w stanie sobie poradzić (por. Michaels, Goldberg, 1988).

Nowe podejście do prokreacji (zgodnie z nurtem pozytywnej nauki społecznej – Seligman, 2000; Carr, 2009) akcentuje pozytywne i rozwojowe aspekty prokreacji nawet wtedy, gdy jest ona źródłem bolesnych doświadczeń, wymaga trudnych wyborów i nakładu wysiłku psychicznego, by przeorganizować swój obraz siebie, dotychczasową koncepcję życia, podjąć trudne decyzje, zmagać się z ich konsekwencjami nieraz przez całe życie. Poczęcie dziecka stawia rodzica w nowej perspektywie

losu, wymaga otwarcia się na nieznane oraz na własny rozwój. Nawet jeśli je planował, to nie jest w stanie zaplanować powodzenia prokreacji, jej konsekwencji, tego, jakie będzie dziecko i co sobą wniesie w życie rodziny. Prokreacja jest takim wymiarem ludzkiego życia, które daje człowiekowi szansę przyjęcia postawy otwartej, rewidującej ciągle dotychczasowe poglądy, zmieniającej przyzwyczajenia, przyjmującej kolejne nowe zdarzenia. Uczy otwartości na przyszłość i skłania do kreatywności, do zaufania i akceptacji tego, że nie da się przewidzieć horyzontu i perspektywy, biegu zdarzeń i konsekwencji sytuacji, w które prokreacja zaprasza.

Dla każdego rodzica od poczęcia dziecka konieczne jest nadanie osobistego znaczenia rodzicielstwu (co znaczy być matką, ojcem) i dokonanie weryfikacji swej dotychczasowej tożsamości, ukształtowanie koncepcji siebie ubogaconej o nowe doświadczenia, przeżycia i oczekiwania, zintegrowanej z tym, kim byłem, kim jestem i kim chciałbym być (moje przeszłe, teraźniejsze i przyszłe „ja"). Te i wiele podobnych pytań skłaniają do refleksji nad sobą i sensem życia, zmuszają do ustosunkowania się na nowo do siebie i innych (np. w zakresie takich wymiarów, jak: niezależność, dominacja, zaufanie, akceptacja, współdziałanie, otwartość). Rozwiązanie problemów, pojawiających się w związku z ciążą, porodem i małym dzieckiem, prowadzi do funkcjonowania na wyższym poziomie dojrzałości psychicznej.

Poczęcie dziecka inicjuje sytuację rozwojową dla rodziców – okazję do aktualizacji ich potencjalnych możliwości, ujawnienia się zdolności i przymiotów (np. otwartości, cierpliwości, empatii, czułości, tkliwości), nabycia nowych umiejętności (np. związanych z kompetencjami rodzicielskimi), ukształtowania wartościowych postaw (np. poświęcenia, altruizmu), podjęcia pozytywnych działań, poszerzenia terenów rozwoju siebie i kontaktów z innymi. Prokreacja, a tym samym macierzyństwo i ojcostwo, staje się dla coraz większej grupy rodziców świadomie wybranym terenem pozytywnej realizacji siebie, sferą rozwoju osobistego (tak jest traktowana praca zawodowa, działalność publiczna), przestrzenią satysfakcjonujących i usensawiających życie doświadczeń[13].

Wskutek zmniejszenia się liczby dzieci w rodzinie, a tym samym możliwości wielokrotnego doświadczania macierzyństwa i ojcostwa, rodzice coraz częściej upominają się o swoje rodzicielskie prawa i przywileje. Wzrosła ich potrzeba, by od poczęcia świadomie uczestniczyć w rozwoju dziecka, by przeżywać okres ciąży osobowo, jako współ-życie dwóch najbliższych sobie osób. Okres ciąży nie jest bowiem okresem wstępnym do „prawdziwego macierzyństwa", fazą przejściową, której kulminacją będzie poród, od którego „wszystko się zacznie", ale już sam w sobie jest ważnym i pełnym znaczących doświadczeń etapem życia osobistego, małżeńskiego i rodzinnego (z poczęciem pierwszego dziecka rozpoczęło się życie rodzinne).

[13] Pomocą dla rodziców są różne poradniki, które wzmacniają ich w przekonaniu, iż rodzicielstwo jest doświadczeniem nieporównywalnym z niczym, co wcześniej udało im się zaplanować, przeżyć i osiągnąć oraz jak radzić sobie z napotykanymi trudnościami (np. Bratton, 2005; Kornas-Biela 1993d/2002).

W oddziaływaniu na rodziców zachęca się ich do skupienia uwagi na „tu i teraz" w ich możliwych relacjach z dzieckiem, cieszenia się z niego i z nim (a nie na oczekiwaniu na niego). Istotne jest, by ten ważny etap w jego i ich życiu mogli przeżyć jak najbardziej owocnie, by go nie zmarnowali w poczuciu, że następne etapy będą bardziej bogate w przeżycia (a może ich nie być wskutek niepowodzeń prokreacyjnych). Skupienie na specyficznych doznaniach, jakich dostarcza „życie we dwoje", jest okazją do porozumienia się z dzieckiem i tworzenia niepowtarzalnej więzi z nim, co rozwija osobowość rodziców i dostarcza nieporównywalnych z niczym przeżyć. To nie po urodzeniu dziecka „wszystko tak naprawdę dopiero się zacznie", ale zaczęło się już od poczęcia.

Inspirowany dążeniami współczesnych kobiet powrót do tradycyjnego sposobu odniesienia do prokreacji wyraża się w wielu formach. Kobiety chcą doświadczać okres ciąży nie jako uciemiężenie, trudne brzemię, ale jako stan błogosławiony, tzn. szczęśliwy, a okres prenatalnego rozwoju dziecka, jako czas nieporównywalnych z niczym doznań rodzicielskich. Doświadczenia prokreacyjne, pomimo wielu związanych z nimi trudności, są traktowane jako źródło pozytywnych przeżyć, silnych i różnorodnych uczuć, dostarczających głębokiej radości i wzruszeń. Kobiety przestają więc spostrzegać siebie jako „ciężarne ciążą, która ciąży", koncentrować się na dolegliwościach i trudnościach tego okresu, a poród traktować jako pasmo nie do wytrzymania cierpień. Wiele kobiet nie traktuje macierzyństwa jako zniewolenia, a dziecka jako wroga dla swojego osobistego rozwoju w obszarach ważniejszych niż „kuchnia i pokój dziecinny", przeciwnie – w macierzyństwie dostrzega szansę samorealizacji, łącząc je z zaangażowaniami poza domem.

Kobiety wraz z ojcami swoich dzieci chcą, by wykorzystać okres ciąży jako szansę rozwoju osobistego i więzi małżeńskiej; by badania prenatalne mogły służyć rozbudzeniu przywiązania rodzicielskiego (stąd zalecenia formułowane w tym zakresie); by różne formy naturalnego porodu stwarzały możliwość wzmocnienia własnego „ja" każdego z rodziców i więzi między nimi; by karmienie piersią było okazją do głębokiego kontaktu uczuciowego między dzieckiem a jego rodzicami (a nie tylko sposobem zaspokojenia głodu). Pomocą w tym zakresie służą rodzicom różne, przeznaczone dla nich, czasopisma, stowarzyszenia (np. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią) i fora internetowe. Rodzi to nadzieję na rozszerzanie się tej postawy na inne działania w sferze prokreacji, aby zapewnić dziecku realizację jego ludzkich praw – prawa do godnego poczęcia, do godnego rozwoju w środowisku łonowym, do godnych człowieka urodzin i godnego życia po urodzeniu.

8. Indywidualny i niepowtarzalny charakter doświadczeń prokreacyjnych

Należy podkreślić niepowtarzalność i wyjątkowość doświadczeń każdej osoby i każdej rodziny. Dlatego profesjonaliści pracujący z parą w procesie prokreacji,

winni wyzbyć się wszelkiej rutyny. Podejście to, zwane idiograficznym, zmierza do uchwycenia tego, co indywidualnie zróżnicowane (niemały wpływ na takie ujęcie miała psychoanaliza, zob. np. Raphael-Leff, Perelberg, 1997). Zarówno dziecko prenatalne, jak i jego rodzice oraz rodzeństwo muszą być ujmowani w kontekście całej rodziny, ich szerszych relacji społecznych (np. stosunek pracodawcy do matki) oraz w kontekście ich historii życia, osobowości i specyficznych, im tylko właściwych charakterystyk. Ważna jest tu nie tylko treść, jakość i dynamika aktualnych relacji, ale również to wszystko, co jest historią ich wzajemnych odniesień.

Takie pochylenie się nad rodziną i obecnym w niej dzieckiem prenatalnym pozwala osobom z otoczenia lub profesjonalistom usłyszeć i zobaczyć to, co zewnętrznie niedostrzegalne i pomóc członkom rodziny czerpać radość z własnego rozwoju w związku z zaistniałą prokreacją. Pozwala też dostrzec to wszystko, co może stanowić ryzyko dla rozwoju dziecka i wzajemnych więzi w rodzinie, a co ma charakter uwarunkowań psychogennych, nie zawsze łatwo dostrzegalnych (np. przemoc doznana w dzieciństwie). Dla jednych osób bowiem poczęcie dziecka, ciąża i poród mogą być doświadczeniami rozwijającymi osobowość, pogłębiającymi sens życia, stymulującymi do rozwoju pozytywnych cech osobowości i umiejętności, wzbogacającymi relacje społeczne, a dla innych – mogą być przyczyną kryzysu, z którym nie są w stanie sobie sami poradzić.

Na indywidualny charakter doświadczeń prokreacyjnych wskazują m.in. badania, których wyniki świadczą o zróżnicowanej ocenie prawdopodobieństwa poczęcia dziecka na podstawie zaprezentowanych kobietom 24 scenariuszy kontaktów seksualnych (w zależności od zmiennych osobowościowych, np. erotofobia, lokalizacja kontroli) (Gerrard, Luus, 1995). Kobiety różnią się oceną własnej „podatności na poczęcie dziecka", wysokiej lub niskiej płodności, co jest szczególnie istotne w podejmowaniu zachowań ryzykownych, w tym seksualnych, przez nastolatki. Subiektywna ocena własnej płodności jako słabej („mnie się to nie przytrafi", „tak łatwo nie zajdę w ciążę") sprzyja swobodzie seksualnej (Kornas-Biela, 1996b; Bidzan, 2007).

Indywidualnie zróżnicowany i niepowtarzalny charakter doświadczeń prokreacyjnych ukazują szczególnie badania porównawcze przeżyć kobiet czy rodziców w pierwszej i kolejnej ciąży (Gerszberg, 1997). Kobiety relacjonują mniejsze zaabsorbowanie i podekscytowanie kolejną ciążą i dzieckiem prenatalnym, mniejszy niepokój, bardziej skonkretyzowane oczekiwania, większe poczucie kompetencji, ale też większe zmęczenie. Każda ciąża i poród to nowy rozdział w życiu.

9. Integralne ujęcie procesu prokreacji

Wszystkie procesy prokreacyjne mają swój wymiar biologiczny, zdrowotny, ale uwaga rodziców, i profesjonalistów kieruje się coraz częściej w stronę wymiaru psychicznego, społecznego, duchowego, kulturowego. Stąd coraz bardziej docenia się wpływ każdego z tych wymiarów na powodzenie lub niepowodzenie prokrea-

cyjne, np. wpływ przeżyć matki oraz jej relacji społecznych na rozwój dziecka przed urodzeniem, na przebieg ciąży i porodu. Ciąża, jako stan bycia „dwoje w jednym ciele", zaczyna w świadomości społecznej być coraz powszechniej traktowana nie tylko jako okres przeobrażeń fizjologicznych, ale również psychicznych. Okres, który dla dziecka jest czasem jego najbardziej dynamicznego rozwoju, urodzin i adaptacji do życia poza łonem matki, dla rodziców jest również okresem intensywnych zmian nie tylko biologicznych, ale również ważnych zmian o charakterze psychicznym, społecznym oraz – co należy szczególnie zaakcentować – duchowych.

Integralne spojrzenie na prokreację prowadzi do docenienia świata przeżyć z nią związanych, dostrzeżenia przestrzeni doświadczeń duchowych, które otwiera uczestnictwo w kreowaniu nowej osoby ludzkiej. Cywilizacja zachodnia ostatnich dwóch stuleci szczególnie mocno walczyła o to, aby istnienie tego wymiaru wykluczyć z życia i świadomości ludzi. Jednak właśnie wyzwania i problemy, przed jakimi staje człowiek zaangażowany w prokreację, szczególnie wyraźnie uzmysławiają mu duchowe aspekty życia i muszą być one docenione, jeśli chcemy optymalizować rozwój dziecka i doświadczanie rodzicielstwa (por. np. Szpak, Heszen-Niejodek, 2002).

Nowe podejście rozszerza również ujęcie uwarunkowań przebiegu ciąży, porodu i rozwoju dziecka o znaczenie czynników psychogennych. Ogromna bowiem liczba badań psychologicznych potwierdza fakt, że stan psychiczny matki wyznaczony np. przez jej negatywne nastawienie do macierzyństwa, trudności w akceptacji siebie w roli matki, brak poczucia kompetencji rodzicielskiej, negatywne oczekiwania wobec dziecka i porodu, brak akceptacji dziecka, dominantę uczuciową (charakteryzującą się, np.: depresją, lękiem, agresją, napięciem), niedojrzałość psychiczną, objawy neurotyczne oraz doświadczenie długotrwałego stresu, związanego z niezaspokojeniem najważniejszych potrzeb psychicznych i z poczuciem bezradności – może spowodować komplikacje w przebiegu ciąży, zaburzenia w rozwoju dziecka lub jego stratę. Niedojrzała osobowość matki, jej negatywne przeżycia (smutek, lęk, agresja, niepokój) mogą stworzyć stan klęski ekologicznej prenatalnego środowiska człowieka, w którym brakuje istotnych, życiodajnych elementów potrzebnych od poczęcia do prawidłowego rozwoju (por. Kornas-Biela, 1997c, 2000a). Niemałe znaczenie, jako czynnik psychogenny mający wpływ na przebieg aktualnej ciąży i porodu, ma fakt uprzednich niepowodzeń prokreacyjnych (np. Bielawska-Batorowicz, 2006; Bergner i in., 2008).

Należy tu również odnotować empirycznie potwierdzone wieloma badaniami współwystępowanie trudności z poczęciem dziecka, komplikacji ciążowo-porodowych (np. poronienie, przedwczesny poród, dystrofia płodowa), urodzenia dziecka martwego, chorego lub obciążonego wadami – z takimi sytuacjami, jak: ważne wydarzenia życiowe (np. przeprowadzka, śmierć bliskiej osoby, zmiana pracy), poprzedzające poczęcie o rok i więcej, słaba gotowość do podjęcia roli macierzyńskiej (przejawiająca się przez niskie poczucie kompetencji rodzicielskiej, trudności z akceptacją siebie jako kobiety, niska samoocena, silna potrzeba niezależności i autonomii, wie-

dza o niebezpieczeństwach i możliwych komplikacjach okresu ciąży i porodu) oraz czynnikami biograficznymi (jak przerwanie ciąży przez matkę kobiety ciężarnej, śmierć okołoporodowa lub ciężkie zachorowania u jej starszego rodzeństwa, doświadczenie w dzieciństwie dłuższej separacji z jednym lub obojgiem z rodziców, słabe lub konfliktowe więzi z matką w dzieciństwie, trudności z własnym dojrzewaniem), jak i związanymi z życiem seksualnym (np. negatywne postawy wobec seksualności, ambiwalentne przeżycia w zakresie tej sfery) (Kornas-Biela, 1997c) i wydarzeniami prokreacyjnymi (np. wcześniejsza aborcja – Chazan, Simon, 2009).

10. Znaczenie wsparcia społecznego

Rodzina jest grupą społeczną, wspólnotą życia o najściślejszych rodzajach więzi międzyludzkich, która ma swoje cykle życiowe i związane z nimi specyficzne sytuacje, interakcje między jej członkami i funkcje do spełnienia. W rozwoju małżeństwa szczególnym etapem jest ten, w którym przychodzą na świat dzieci. W różnych typologiach, np. kształtowania postaw rodzicielskich (Makiełło-Jarża, 1970, s. 22-24; Kukołowicz, 1998, s. 149) okres planowania poczęcia oraz między poczęciem a porodem zajmuje różne miejsce, w zależności od autorskiej koncepcji systematyki faz rozwoju. Wszyscy autorzy podkreślają jednak, iż małżeństwo, a przy kolejnych dzieciach – rodzina, staje wtedy wobec wielu problemów. Ważne jest wypracowanie sposobów radzenia sobie z trudnościami i stresem, które byłyby rozwijające, a nie niszczące (Heszen-Niejodek, 2000; Poprawa, 2001), oraz umiejętności poszukiwania i korzystania ze społecznego wsparcia (Sęk, Cieślak, 2005).

Wsparcie społeczne jest jednym z istotnych modyfikatorów poczucia stresu[14]. W literaturze dotyczącej czynników, które mogą ułatwić lub utrudnić proces stawania się rodzicami dziecka prenatalnego i rodzącego się, a im samym przeżywanie przełomów prokreacyjnych, przywiązuje się szczególną uwagę do roli wsparcia społecznego. Literatura jest w tym zakresie stosunkowo bogata i wskazuje wyraźnie, iż brak wsparcia, a właściwie subiektywne odczucie jego braku lub niedostatecznego zakresu, jest samo w sobie źródłem stresu, zwłaszcza dla osób będących w procesie prokreacji (Armstrong, Pooley, 2005)[15].

[14] Np. wsparcie informacyjne: przekaz wiedzy, rady, wskazówki; emocjonalne: wysłuchanie, pocieszenie, podnoszenie na duchu, budzenie nadziei i wiary w siebie; instrumentalne: wzięcie współodpowiedzialności, pomoc materialna, świadczenie usług, konkretna pomoc.

[15] Ponieważ ocena tego, jakiego zakresu i rodzaju wsparcia dana kobieta i mężczyzna potrzebują na konkretnym etapie procesu prokreacji (innego np. w pierwszym trymestrze ciąży niż pod jej koniec, innego w czasie porodu, a innego w różnym czasie po urodzeniu dziecka), jest bardzo istotna dla powodzenia i zadowolenia z prokreacji, stąd istnieje pilna potrzeba ciągu indywidualnych konsultacji w tym zakresie (kontaktu i opieki typu „one-to-one"), by potrzeby konkretnej pary mogły być w miarę możliwości zaspokojone (Armstrong, Pooley, 2005), zwłaszcza jeśli to dotyczy grup ryzyka, np. nastolatek (Bidzan, Redzimska, 2004).

Jednocześnie potwierdza to potoczne przekonanie o ważności wsparcia dla funkcjonowania w małżeństwie, np. dla satysfakcji z małżeństwa (Simpson, Rholes, 2002), doświadczenia ciąży oraz relacji z dzieckiem (np. częstotliwość i sposób kontaktu z nim, przypisywane mu właściwości, siła przywiązania do niego – Bielawska-Batorowicz, 1995; Bidzan, Redzimska, 2004), jego rozwoju i zdrowia (np. waga urodzeniowa – Feldman i in., 2000), przebiegu porodu (Lima da Motta, Rinne, Naziri, 2006), radzenia sobie z doświadczeniem porodu jako traumy (Reynolds, 1997; Boyce, Condon, 2000; Gottwall, Waldenström, 2002; Bailham, 2003; Waldenström i in., 2004), jak też dla samopoczucia matki po porodzie (np. Collins i in., 1993; Oakley i in., 1996).

Znaczenie wsparcia społecznego jako pomocy w radzeniu sobie z trudnościami w całym cyklu prokreacyjnym jest – jak wspomniano – nie do przecenienia (buforowe znaczenie wsparcia społecznego). Jest ono szczególnie istotne, gdy małżonkowie napotykają trudności z poczęciem, zmierzają się latami ze stresem niepłodności (Diamond, Diamond 2005) lub zapłodnienia pozaustrojowego (Trzeciakowska, 2005; Peterson i in., 2006; Sundby i in., 2007) i wychowaniem dziecka uzyskanego na drodze sztucznej prokreacji (Kornas-Biela, 1999j; Fisher, Hammarberg, Baker, 2008; Hjelmstedt, Collins, 2008; Wagenaar i in., 2008).

Umiejętność szukania wsparcia oraz korzystania z niego jest wyrazem sposobu radzenia sobie ze stresem, a dostarczanie wsparcia jest samo w sobie wsparcionośne (por. Schwarzer, Knoll, 2007). Kobieta w okresie ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem, jak i ojciec dziecka, nie żyją jako monady, nie egzystują w pustce społecznej, przeciwnie – ich otoczenie społeczne ma istotny wpływ na stosunek do siebie samego, do siebie wzajemnie, do dziecka, do procesów, które są ich udziałem, i zależnie od stosunku innych (np. personelu, otoczenia w pracy) zależy m.in. powodzenie prokreacji (Linder, 2006). Dlatego przeżycia rodziców, a zwłaszcza kobiet, w okresie ciąży i porodu są w dużym stopniu wyznaczone uzyskanym wsparciem.

Coraz częściej zwraca się uwagę na rolę i znaczenie wzajemnego wspierania się członków rodziny, wspierania się obu małżonków oraz osób dla nich znaczących, a nie tylko, jak to było tradycyjnie, na konieczność wspierania kobiety w ciąży (Kornas-Biela, 1992d, 1995c, 1993d/2002; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 172-182). Zarówno matka potrzebuje zachęty i podtrzymania, by przeżyć okres ciąży, porodu i połogu w sposób najbardziej dla niej korzystny, jak też ojciec potrzebuje wsparcia, by potrafił sprostać stojącym przed nim zadaniom, czerpać z nich radość oraz wykorzystać doświadczenia rodzicielskie dla osobistego rozwoju (Kornas-Biela, 1992d, 1995c). Uzyskanie wsparcia zależy od więzi między członkami rodziny, ale ono samo spełnia jednocześnie ogromną rolę więziotwórczą, zapewnia poczucie bezpieczeństwa i zaspokojenie wielu ważnych potrzeb społecznych (np. afiliacji, znaczenia) (Cramer, McDonald, 1996).

Poza tym bardzo ważnym czynnikiem wsparcionośnym jest kontakt z innymi rodzicami, będącymi na tym samym etapie procesu prokreacji lub mającymi podobne problemy. Zetknięcie się z doświadczeniami innych, skonfrontowanie się z ich sposobami spostrzegania danej sytuacji i jej oceny, poznanie ich sposobów radzenia

sobie z trudnościami – jest silnym czynnikiem wsparcionośnym (Armstrong, Pooley, 2005, s. 23), stąd tak ważna rola tzw. pilotujących rodziców.

Ze względu na specyfikę okresu ciąży najważniejsze dla kobiety jest wsparcie z dwóch źródeł: rodziny, a zwłaszcza ojca dziecka (lub męża, partnera życiowego) i jej matki oraz ze strony personelu medycznego. Może ono znacznie łagodzić nawet najcięższy stres i minimalizować skutki doświadczenia traumy, co ma istotny wpływ na pomyślny rozwój dziecka i powodzenie prokreacyjne. Najbliższa rodzina liczy się najbardziej, jako źródło wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, natomiast personel medyczny głównie dostarcza wsparcia informacyjnego (por. Sęk, Cieślak, 2005).

W trakcie porodu wsparcie ma znaczenie nie tylko psychiczne, ale jest również niefarmakologicznym sposobem łagodzenia bólu. Stałe wsparcie w postaci informowania o przebiegu porodu, dodawania otuchy, okazywania bliskości i czułości, zapewnienia intymności, odpowiadania na potrzeby rodzącej, pomocy w oddychaniu i rozluźnianiu, zastosowania masażu, towarzyszenia w korzystaniu z wody w I okresie porodu – jest udokumentowaną metodą zmniejszania bolesności skurczów porodowych, a tym samym ograniczenia farmakologii.

Wpływ wsparcia zależy od tego, kto go udziela i jaki ma ono charakter. Zadowolenie ze wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego oraz ich pozytywne efekty zależą od liczby osób, które wsparcia dostarczają, ich dostępności i zróżnicowanych form pomocy możliwej do zaoferowania oraz siły więzi emocjonalnej łączącej ich z osobą, której wsparcie jest udzielane. Im więcej osób, im bardziej dyspozycyjnych do wspierania w różnorodny sposób, i im większa międzyosobowa bliskość i siła uczuć, tym większe jest pozytywne znaczenie wsparcia. Natomiast od personelu medycznego w okresie ciąży oczekuje się głównie wsparcia informacyjnego (jednak podczas porodu wszystkie rodzaje wsparcia są konieczne), które polega na dostarczaniu kompetentnych, jednoznacznych i zrozumiałych informacji oraz wskazówek, jak też wyciszaniu niepokojów dzięki uzyskaniu odpowiedzi na pytania i wątpliwości.

W ocenie znaczenia wsparcia społecznego liczy się nie tyle jego obiektywny zakres (liczba osób, oferowanych rad czy usług), ile subiektywne odczucie jego wielkości i zapotrzebowania na konkretne jego formy oraz odczuwany poziom jego deficytu. Kobiety, które doświadczyły deprywacji potrzeby bezpieczeństwa oraz ważnych potrzeb uczuciowych w dzieciństwie, o lękowym i egocentrycznym nastawieniu do życia, o neurotycznej osobowości, potrzebują większego wsparcia niż kobiety, których dzieciństwo można określić jako szczęśliwe oraz które są osobowościowo dojrzałe. Pozytywne efekty uzyskiwanego wsparcia nie są jednak automatyczne i nie wynikają jedynie z faktu obecności osób bliskich, gdyż ich obecność może być źródłem wielu codziennych stresów i konfliktów, sytuacją sprzyjającą podtrzymaniu złych nawyków żywieniowych lub higienicznych, trwania w nałogach, rezygnacji z opieki medycznej lub karmienia piersią (Casper, Hogan, 1990).

Ze względu na ścisłą wzajemną zależność dziecka i matki w tym okresie, wszystko to, co służy zdrowiu i samopoczuciu matki (np. zdrowa żywność, nieskażone środowisko zewnętrzne, wsparcie otoczenia), ma pozytywny wpływ na dziecko.

Rodzaj uwagi, opieki i troski pre-, peri- i postnatalnej, jaką uzyskuje matka i ojciec ze strony społecznego systemu wsparcia, a zwłaszcza rodziny, osób znaczących oraz zagwarantowanych usług medycznych i uprawnień socjalnych, jest ważnym czynnikiem podnoszącym jakość życia dziecka przed i po urodzeniu. Nowe podejście przyznaje właściwe miejsce opiece ze strony służb medycznych (jednak bez przesadnego zmedykalizowania tego okresu życia człowieka oraz przebiegu ciąży i porodu), co zmniejsza ryzyko zaburzeń rozwojowych i pozwala lepiej wykorzystać potencjalne możliwości rozwoju dziecka po urodzeniu. Dzięki temu najwcześniejszy etap życia daje unikalną możliwość prewencji psychologicznych i fizycznych zaburzeń oraz podniesienia jakości życia po urodzeniu.

11. Ciąża i poród nie są chorobą

Bazując na sprawdzonej przez tysiąclecia kobiecej mądrości i intuicji oraz traktowaniu procesów prokreacyjnych jako naturalnych, propagowany jest powrót do tradycyjnych form komunikacji rodziców z dzieckiem nienarodzonym (Kornas-Biela, 1995a) oraz przygotowania do porodu i odmedykalizowania go (Leboyer, 1986; Fijałkowski, 1981, 1987, 1989, 1996b; Krupa, 1997; Buckley, 2003; Agrawal, 2007). Akcentuje się konieczność przywrócenia możliwości naturalnego rodzenia (Karpińska, 1990; Balaskas, 1997; *Poród...* 1995; Odent, 1997), rodzenia w domu (Chołuj, 1992, 2008; Kitzinger, 1995), z udziałem ojca dziecka (Summersgill, 1995; Fijałkowski, 1996a; Bullinger, 1997; Szczawińska, 2000), w dowolnej pozycji, z wykorzystaniem wody (poród w wodzie, poród do wody – Beech, 1996[16]; Larocca, Foroni, 2001, s. 95-96, 118-127), wprowadzania systemu *rooming in* w szpitalu, świętowania urodzin poprzez tradycyjne „rytuały przejścia", promocję naturalnego karmienia (wyłącznego, na każde życzenie dziecka przez co najmniej pierwsze półrocze po urodzeniu)[17].

Idee: „jesteśmy w ciąży", „poród nie jest chorobą", „tatuś przy porodzie", „szpitala przyjaznego dziecku" oraz promocja karmienia piersią, spowodowały wiele zmian praktycznych, np. reorganizację wielu oddziałów ginekologiczno-położniczych tak, aby przestrzegając zaleceń WHO (kwiecień 1985 – Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 119-121), stworzyć warunki dla porodu, który jest świętem rodzinnym – ważnym i pozytywnym doświadczeniem macierzyńskim oraz ojcowskim, jak też łagodnym przejściem dziecka do nowego środowiska życia, zaś po jego urodzeniu zapewnić warunki dla kształtowania się więzi między dzieckiem a najbliższymi mu osobami.

[16] Zob. materiały z konferencji: np. „Potrzeby kobiet – potrzeby nowoczesnego położnictwa" (Warszawa, 12.05.1997); „Poród w wodzie" (Tychy, 25.02.2000); „Rodzić po ludzku – perspektywy i nadzieje" (Warszawa, 25.09.2000); „Nowe techniki porodowe" (Tychy, 16.11.2002).

[17] Kitzinger, 1988; Sioda, 1989; Mikiel-Kostyra, 1992, 2001; Kowalew, 1993; Renfiew, Fisher, Arms, 1995; Cerańska-Goszczyńska, Maj-Pucek, Oppenheim, 1997; *Sztuka...* 1997; Sears, Sears, 2001; Nehring-Gugulska, 2004; Rybak, 2006; Okrzesik, Okrzesik, 2007; Zdzienicka, 2007.

Zmedykalizowanie okresu ciąży, porodu i połogu tak bardzo zaciążyło na mentalności współczesnego człowieka, iż trudno jest powrócić do traktowania tych procesów jako naturalnej konsekwencji zapłodnienia i poczęcia dziecka. Wprawdzie już zgoła pięćdziesiąt lat temu, gdy prokreacja była zdominowana przez mentalność biologistyczną, w książce pod red. Lesińskiego (1961) zamieszczono stwierdzenie: „Wbrew przekonaniom panującym wśród niektórych kobiet, ciąża nie jest chorobą. Jest ona jednak rzeczywiście «stanem odmiennym», wymagającym większej opieki i troskliwości" (s. 118). Było to jednak wtedy podejście odosobnione.

Podobnie Wiśniewska-Roszkowska w swoich publikacjach podkreślała, że ciąża i poród nie są stanami chorobowymi, lecz przeciwnie, zdolność organizmu do poczęcia i podtrzymywania ciąży świadczy o jego zdrowiu i wydolności. „Ciąża ma swoją patologię, swe choroby, ale sama nie jest chorobą [...] jest szczytowym osiągnięciem natury, poetyzując można by powiedzieć: jej triumfem i radością" (1986, s. 6-7). Autorka ta przytacza stwierdzenie znanego polskiego ginekologa, prof. Czyżewicza: „ciąża i poród to zdrowie, fizjologia. Poronienie samoistne to choroba, nieszczęście, a sztuczne przerwanie ciąży to katastrofa, którą można porównać do rozbicia się rozpędzonego samochodu o drzewo" (1998, s. 167-168). Takie zdania świata medycznego długo jednak nie znajdowały przełożenia w praktyce opieki ginekologiczno-położniczej.

Pomimo zmedykalizowania procesu prokreacji i prenatalnego okresu życia człowieka i zauważanego kryzysu ekologicznego w tej dziedzinie (por. Hrabowska, 1996), narastające nastawienie na profilaktykę i ekologię przenosi się również na teren prokreacji i wśród coraz większej liczby młodych osób wyzwala pragnienie doświadczenia procesów prokreacyjnych w ich naturalnym przebiegu[18], a tym samym ujawnia konieczność dostarczenia im wiedzy i stworzenia warunków do nabycia stosownych

[18] Szczególnie warte odnotowania są zmiany w zakresie postaw wobec ekologicznych metod planowania rodziny. Działania Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Naturalnego Planowania Rodziny, Krajowego Zespołu Promocji Naturalnego Planowania Rodziny, kościelnych poradni rodzinnych oraz konferencje naukowe i liczne publikacje o charakterze poradników naukowych (np. Billings, Westmore, 1986; Wójcik, 1988; Lichtarowicz, 1993; Rötzer, 1994, 2005; Raith, Frank, Freundl, 1997; Szymański, 2004) i ogólnych opracowań (np. Kippley, Kippley, 2002; Fijałkowski, 1997; Pulikowski, 1997; Szczepanowicz, 1992, 1998; Skrzydlewski, 1998; Nagórny, Jeżyna, 1999; *Płodność*, 2001; Troszyński, 2005; Siwiak, 2005; Dudziak, Deluga, 2006; Kornas-Biela, 2006c; Wieczorek i in., 2008), w tym również artykułów drukowanych w dwumiesięczniku *Naturalne Planowanie Rodziny* – doprowadziły do wzrostu poziomu wiedzy społeczeństwa w tym zakresie oraz do szerszej akceptacji ekologicznych rozwiązań problemów związanych z prokreacją, zwłaszcza w grupie ludzi młodych, z wyższym wykształceniem, żyjących w dużych miastach. W 2007 r. został zainicjowany kwartalnik interdyscyplinarny *Życie i Płodność* (Kraków), który ma na celu, m.in. dostarczać wiedzę na tematy szeroko pojętego zdrowia rodziny i pedagogiki w kontekście zdrowia prokreacyjnego szerokiemu gronu profesjonalistów. Wzrasta również docenienie znaczenia psychologicznego i społeczno-kulturowego kontekstu dla praktyki odpowiedzialnego rodzicielstwa (Kornas-Biela, 2006c, 2008a).

umiejętności (np. do niezmedykalizowanego nadmiernie okresu ciąży, radzenia sobie z dyskomfortem w czasie porodu, pomyślnego karmienia piersią).

W Polsce autorami pierwszych publikacji w dziedzinie ekologii prokreacji są W. Fijałkowski (1997, 1999, 2001, 2003) oraz D. Kornas-Biela (1993c, 2000a). Zwróciły one uwagę na fakt niezauważanych dotychczas rodzajów zagrożeń ekologicznych dla sfery prokreacji i konieczność jej ochrony, a zwłaszcza, kontynuując myśl P. Poręby, na to, „czego następstwem jest życie nerwowe, niepewne, pełne niepokoju, mogące ujemnie wpływać na przebieg ciąży i rozwój płodu" (Poręba, 1974).

W sytuacji współczesnego zorganizowania opieki nad matką rodzącą (trudność z odbyciem porodu w domu) popularne stają się, tzw. szpitale przyjazne matce i dziecku. Model oferowanej opieki zakłada, że: rodzice nawiązują kontakt z personelem szpitala już w okresie ciąży; uczęszczają do prowadzonej w nim szkoły rodzenia; w karcie ciąży uwzględnia się również psychospołeczną sytuację rodziny; koncentracja na matce rodzącej nie przysłania faktu, że to dziecko „się rodzi" (tzn. jest ono aktywnym podmiotem tegoż procesu); docenia się, że stan psychiczny matki ma istotny wpływ na przebieg porodu, stąd troska o matkę jest troską o dziecko.

Szpital przyjazny dziecku umożliwia odbycie porodu naturalnego, tzn. o naturalnym czasie (nieindukowanego bez istotnego powodu), w naturalnym środowisku fizycznym (udomowiony), w naturalnym środowisku osobowym (zapewniona możliwość obecności bliskiej osoby lub osób trzecich, np. dzieci), o naturalnym przebiegu (niemedykalizowany nadmiernie, bez lub z ograniczeniem środków znieczulających i przyspieszających oraz interwencji chirurgicznych), w naturalnej pozycji (zgodnie z życzeniem rodzącej). Szpital przyjazny dziecku rozpoznaje potrzeby dziecka (np. dotyku, zapewniając kontakt typu „skóra-skóra", „oko-oko", kangurowanie) poprzez system *rooming in* (nieprzerwany kontakt matki z dzieckiem od urodzenia).

Akcja nadawania szpitalom tytułu „Szpital przyjazny dziecku" oznacza, że spełnia on standardy zapewniające godność kobiecie rodzącej i poprawia jakość opieki okołoporodowej. Idea „Szpitala przyjaznego dziecku" powstała z inicjatywy WHO i UNICEF – w Polsce Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią dokonał pozytywnej oceny i nadał ten tytuł już ponad 60 szpitalom. Zapewniają one nie tylko system *rooming in*, ale też wczesne podjęcie karmienia piersią oraz wspieranie rodziny w kontynuowaniu karmienia naturalnego ze względu na jego wysokie walory zdrowotne (dla zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka oraz więzi rodzinnej).

Szpitale o takiej formie posługi wobec porodu określa się często jako szpitale zorientowane na rodzinę. Obecność męża jest zagwarantowana, przy czym jego rolę może spełnić inna osoba bliska kobiecie (np. matka, siostra, przyjaciółka), a nawet specjalnie przygotowana do tego woluntariuszka, która dla kobiet samotnych staje się przez okres porodu ich towarzyszką (tzw. *doula*). Obecność bliskiej osoby (jako elementu „gniazda" rodzinnego, rodzinnej niszy ekologicznej), przy zachowaniu maksimum intymności, stwarza istotny komfort psychiczny. Rodzinę otacza życzliwa i wspierająca atmosfera oraz pomoc personelu. Matki rodzące w centrum zoriento-

wanym na rodzinę są bardziej aktywne w procesie porodu, wymagają mniej interwencji medycznych, są bardziej zadowolone z jego przebiegu, doświadczają mniej depresji poporodowej i cieszą się dłuższym karmieniem piersią (np.: Waldenström, Nilson, Winbladh, 1998; McDaniel i in., 2005).

II. Cechy nowego podejścia do dziecka prenatalnego

W XX wieku odkrycia nauk biologicznych, a zwłaszcza genetyki, embriologii i fetologii, technik medycznych oraz psychologii prenatalnej pozwoliły na zmianę wizji przedurodzeniowego rozwoju człowieka oraz docenienie znaczenia tegoż okresu dla całości życia. Mówiąc o „nowym" podejściu do dziecka prenatalnego, należy zwrócić uwagę na fakt, iż nie zostało ono nigdzie dotychczas jasno i obszernie scharakteryzowane, stąd ważność obecnego opracowania.

Minęło wiele lat od artykułu D. Chamberlaina (1992), który przedstawiając kompetencje dziecka przed i bezpośrednio po urodzeniu, domagał się odejścia od XIX-wiecznych postaw wobec płodu i zmiany myślenia o jego możliwościach. Opierając się na danych z badań eksperymentalnych, psychoterapii oraz indywidualnych relacjach rodziców, przytoczył dowody uzasadniające tezę, iż dziecko od poczęcia rozwija się jako istota świadoma, czująca, ekspresyjna i ukierunkowana na komunikację z innymi (zob. też Chamberlain, 1986). Konsekwentnie „nowe" podejście w polskiej literaturze jest już od wielu lat prezentowane w publikacjach W. Fijałkowskiego (np. Fijałkowski, 1983/1998, 1989, 2002) oraz D. Kornas-Bieli (np. 1993d/2002, 1998b, c, 2001, 2004, 2006a, f, 2007h, 2009a).

1. Konieczność zmiany w podejściu do ontycznego statusu dziecka przed urodzeniem

Postawa, odmawiająca istocie ludzkiej przed urodzeniem statusu dziecka niesie wiele niebezpieczeństw zarówno dla rodziców jak i samego dziecka. Pozbawia go rodziców, nie sprzyja kształtowaniu więzi i komunikacji z nim, gdyż nie sposób tworzyć więzów z ciążą, która się rozwiąże lub z płodem, który jest w procesie stawania się człowiekiem. Może to stanowić psychogenne podłoże zaburzeń rozwojowych u dziecka oraz niepowodzeń ciążowo-porodowych, które mogą nawet doprowadzić do jego obumarcia (Kornas-Biela, 1997c).

Niedostrzeganie ontycznego statusu dziecka od poczęcia oraz jego wzrastających kompetencji w zakresie ruchów, zmysłów, czucia i reagowania, poznania i emocji, uczenia się i komunikacji, nie sprzyja ochronie jego integralności, zdrowia i życia, ani profilaktyce zaburzeń jego rozwoju, skoro nie ma kogoś, z kim można wejść w relacje

i o kogo należałoby się troszczyć. Naraża go tym samym na skutki negatywnych postaw i niewłaściwych zachowań względem niego (np. różnych form przemocy), gdyż brak pozytywnych oddziaływań lub działanie negatywnych czynników prenatalnych, zwłaszcza o charakterze psychicznym, może mieć znaczące i długofalowe konsekwencje dla niego.

Jeśli płód nic nie czuje, nie reaguje, nie zapamiętuje, to można nie troszczyć się o niego, nie przejmować się jego samopoczuciem, nie starać się „odczytywać" jego ruchów, można też poddawać go różnym procedurom medycznym bez znieczulenia. Taka postawa wpływa również na zachowanie wobec dziecka w trakcie porodu i tuż po nim – dzieci są poddawane działaniu środków farmakologicznych, wywołujących i przyspieszających poród, uśmierzających lub znieczulających bolesność skurczy porodowych, separowane od matki, poddawane nakłuciom, zabiegom medycznym i higienicznym oraz pomiarom, bez uwzględniania ich wrażliwości na bodźce zmysłowe i emocjonalne reakcje.

Współczesne osiągnięcia nauk biologicznych, medycznych i psychologii wyraźnie wskazują, iż okres prenatalnego rozwoju człowieka jest pierwszym i bardzo ważnym etapem na linii życia, a naturalne środowisko śródmaciczne matki jest najważniejsze w perspektywie całego życia (Kaim, Klimek, 1992). Prowadzą więc do zmiany w dotychczasowym ujmowaniu tego, co dzieje się pomiędzy zapłodnieniem i urodzeniem, tzn. takiego podejścia, by oprócz stanu kobiety zwanego ciążą, dostrzec dziecko, aby odejść od myślenia o nim jako o zarodku lub płodzie, czyli istocie biologicznej, a rozpoznać w nim dziecko ludzkie z właściwymi człowiekowi kompetencjami do przyjmowania bodźców środowiska, odbierania ich, uczenia się, zapamiętywania, odczuwania i reagowania oraz z właściwymi człowiekowi potrzebami, zwłaszcza potrzebą bezpieczeństwa i miłości, akceptacji, szacunku i przynależenia (zakorzenienia), z właściwą człowiekowi potrzebą do „bycia w kontakcie", do interakcji z drugim i komunikacji.

2. Konieczność zmiany terminologii

Przemiany w podejściu do istoty rozwijającej się w łonie matki wymagają również zmiany w stosowanym słownictwie (por. Wawrzyniak, 1983). Wyrazem biologistycznej postawy wobec człowieka przed urodzeniem jest używanie terminów biologicznych poza profesjonalnym kontekstem medycznym. Pojęciem ciąży obejmuje się i zmieniony stan kobiety, i „to", co się w niej rozwija. Jako synonim ciąży używa się określenia *zawartość macicy*, *płód*. Dziecko prenatalne w mentalności „starego" podejścia rozpoznawane jest jedynie jako *pozytywny wynik testu ciążowego*, *ciąża udokumentowana*, *produkt zapłodnienia*, *zapłodnione jajo*, *jajo płodowe*, *preembrion*, *embrion*, *zarodek*, *płód* – istota jakościowo różna od dziecka. Stereotypowe myślenie ogranicza się do ciąży jako rzeczywistości opisującej wyczerpująco wszystko to, co dzieje się między *zajściem w ciążę* a *rozwiązaniem ciąży*. Nie rozpoznaje

się, jak wspomniano wyżej, dwóch rzeczywistości: ciąży jako stanu matki i rozwijającego się dzięki niej dziecka.

Niestety, terminologia ciążowo-płodowa nie sugeruje ani tego, że istota ludzka realizuje od momentu poczęcia swoje genetyczne zaprogramowanie jako istota psychofizyczno-społeczna, ani też faktu, że goszcząca ją w swym ciele matka, odczuwa jej obecność nie tylko poprzez doznania cielesne, ale też doświadcza bogactwa związanych z nią myśli, uczuć, marzeń, fantazji, preferencji, decyzji.

Szczególnie rozwinięty zestaw środków semantycznych stosuje się w odniesieniu do zlikwidowania stanu ciąży u kobiety, np.: *antykoncepcja doraźna* (zwana też: *postkoitalną, po stosunku, pigułka dzień po, pigułka następnego dnia, pigułka po poranku*), *przerwanie ciąży, usunięcie ciąży, zakończenie ciąży, aborcja, zabieg, interrupcja, terminacja płodu, ekstradycja płodu, sztuczne poronienie, uywołanie miesiączki, uyczyszczenie macicy, regulacja cyklu, przyspieszony poród, redukcja embrionów, mieć uybór, prawo do własnego brzucha, kontrola własnego ciała, pokoncepcyjne planowanie rodziny, prawo do prywatności, macierzyństwo bez przymusu*. Przykłady te nie wyczerpują wszystkich określeń służących nie tylko ukryciu tego, czym rzeczywiście jest przerwanie ciąży (lub niedoprowadzenie do jej zainicjowania już po poczęciu dziecka przez użycie środków wczesnoporonnych – Kornas-Biela, 2006e), ale również mających służyć wywołaniu zrozumienia i współczucia wobec kobiety oraz wzbudzeniu aprobaty społecznej dla jej działań[19].

Podobnie słownictwo związane z ideologią „jakości życia", posługujące się terminem *aborcji terapeutycznej*, bazuje na biologistycznej koncepcji płodu, który można usunąć, a czego nie wolno robić wobec dziecka. Terminologia ta (odwołująca się do pojęcia terapii) służy usprawiedliwieniu eksterminacji dzieci chorych i niepełnosprawnych przed ich urodzeniem, a nawet traktowaniu tej procedury jako przejawu altruizmu wobec dziecka (wyrazu „ludzkiego współczucia", chęci „niwelowania cierpienia", „działania dla dobra drugiego"). Lekarz i rodzice są w tej sytuacji traktowani jako dobroczyńcy dziecka chorego[20], tymczasem chore dziecko z zasady nie przeżywa tej swoistej „terapii", gdyż jej celem jest „pozbycie się choroby wraz z chorym"[21]. Określenia *aborcja eugeniczna* lub *aborcja selekcyjna* są obecnie rzadko stosowane ze względu na skojarzenia z ideologią poprawiania rasy. Cel jednak,

[19] Terminologia „miękka" pomaga nie tylko kobiecie w unikaniu konfrontacji ze stratą dziecka w wyniku aborcji, ale też personelowi zajmującemu się wspieraniem kobiety, gdyż łatwiej wtedy identyfikować się z jej potrzebami i pomagać jej w wybranym przez nią sposobie rozwiązania trudnej sytuacji życiowej (Kornas-Biela, 2007, s. 21).

[20] Na ten temat zob. np. Z. Szawarski, 1987b, c, s. 202-242.

[21] Zabiegi lingwistyczne są wyrazem mentalności i ją kształtują. Podobnie jak wobec płodu/dziecka prenatalnego wyrażenia decydują o sposobie traktowania go i przynależnych mu prawach, tak i wobec końca życia działania zmierzające do skrócenia poprzez odstawienie aparatury, podanie określonego zastrzyku lub pigułki, nazywa się enigmatycznie – miast eutanazją – *uybraniem odpowiedniej chwili, zapewnieniem godnej śmierci, towarzyszeniem naturze*.

ukrywany pod budzącym akceptację terminem, jest ten sam – eliminacja jednostek uznanych za niepożądane, w tym wypadku ze względów zdrowotnych[22].

Interesujące byłyby badania nad zmianą mentalności społecznej pod wpływem poszerzania się słownictwa dotyczącego sztucznych metod wzbudzania życia ludzkiego. Trudno bowiem zaprzeczyć, że określenia: *rozród wspomagany* (Rucki, 1996), *dawczyni jajeczka* czy *bank spermy* nie suponują, iż dziecko można sobie „załatwić", a komórka jajowa lub sperma jest towarem wymiennym na pieniądze lub inne dobra (np. można z niej „zrobić" różnym rodzicom dzieci)[23].

Podobnie określenie *macierzyństwo zastępcze*, *macierzyństwo surogatowe*, oznaczające współpracę z zespołem lekarskim osób pragnących dziecka, na podstawie finansowej umowy prawnej z pragnącą zarobić na swej zdolności prokreacyjnej kobietą. W związku z różnymi możliwymi konfiguracjami medycznymi zabiegu macierzyństwa surogatowego (zależnie, od kogo pobrano komórkę jajową, czyim nasieniem zapłodniono ją *in vitro* oraz komu embrion ten implantowano) pojawia się wiele problemów prawnych, a tym samym terminologicznych. Prawnicy, wobec pojawiających się ciągle nowych różnych wariantów sztucznego zapłodnienia i macierzyństwa zastępczego, zgłaszają występowanie „głodu terminologicznego", powodującego trudności tworzenia prawa w poszczególnych państwach[24] (Działyńska, 1996, s. 114).

Biologiczne słownictwo nie tylko obrazuje zubożone i niezgodne z faktami rozumienie wczesnego okresu życia człowieka i związanych z nim procesów prokreacyjnych, ale też wpływa na postawy rodziców i społeczeństwa wobec ciąży i dziecka prenatalnego. Wychowawcze znaczenie stosowanego słownictwa, wyrażającego mentalność epoki, jest ogromne, gdyż kształtuje i utrwala niewłaściwe nastawienie do prokreacji i dziecka prenatalnego oraz decyduje o przeżyciach ludzi związanych z tak ważną dziedziną życia. Inaczej bowiem doświadcza kobieta ciążę i poród, jeśli jest to jej prywatna sprawa biologicznych przemian organizmu, a inaczej, jeśli traktuje siebie jako matkę, a okres ten ma kontekst rodzinny i dotyczy najmniejszego dziecka w rodzinie (por. Fijałkowski, 1999, s. 125-152; 2001, s. 85-95).

Przeprowadzane powyżej analizy terminologiczne nie są czczą żonglerką słowną, ale wskazują na konieczność językowej precyzji i zdawanie sobie sprawy z denotacyjnego i konotacyjnego znaczenia używanych słów. Słownictwo biologiczne oraz wska-

[22] W krajach azjatyckich, np. w Indiach, Chinach narastającym problemem jest likwidacja dzieci ze względu na płeć poprzez aborcję lub tzw. przyspieszanie porodów, by doprowadzić do śmierci dziewczynek.

[23] Należy też zwrócić uwagę na stosowanie określenia *leczenie niepłodności*, na metody sztucznej prokreacji (np. Rucki, 1996, s. 49), chociaż nie leczą one niepłodności (rodzice nadal pozostają niepłodni), a tylko zapobiegają bezdzietności. Podobnie określenie *prawo do posiadania dziecka* sugeruje, że może ono mieć pierwszeństwo przed prawem dziecka do bycia traktowanym jako cel sam w sobie (człowiek nie może posiadać drugiego człowieka) i komu należą się naturalne warunki początków życia (Piechowiak, 1996, s. 111).

[24] Np. reguły słowotwórcze języka niemieckiego stwarzają szersze możliwości niż języka polskiego (Działyńska, 1996, s. 114).

zujące na potencjalne rodzicielstwo już po poczęciu dziecka ma dalekie konsekwencje w stosunku rodziców do dziecka, którego w ich odbiorze jeszcze nie ma lub jest dopiero formowane w trakcie procesu ciąży. Usprawiedliwia ono bowiem praktyki skierowane przeciw dziecku oraz ogranicza i zuboża doświadczenia prokreacyjne i rodzicielskie do odbycia ciąży i przeczekania na urodzenie dziecka. Język, podobnie jak istniejące prawo, funkcjonujące instytucje i struktury (np. w celu medycznego wspomagania prokreacji), spełnia funkcję kulturotwórczą i kształtuje świadomość społeczną, budząc lub niszcząc szacunek dla godności i integralności bytu ludzkiego od poczęcia.

3. Odejście od biologizmu w podejściu do prenatalnego rozwoju człowieka

Nowe podejście w odniesieniu do prenatalnego okresu życia charakteryzuje się przyjęciem tezy, iż życie człowieka od poczęcia, przez okres prenatalny, perinatalny i pozostałe etapy do śmierci jest niepodzielną całością. *Nasciturus* – istota mająca się urodzić (Gula, 1991a, b), a obecnie rozwijająca się w łonie kobiety, jest rozpoznawana jako istota ludzka, jako dziecko i jako potencjalny pacjent. Tym samym urodzenie nie jest chwilą przyjścia człowieka na świat, ale przejścia z jednego środowiska życia w drugie (por. Fijałkowski, 2001, s. 90). Ze względu na status istoty ludzkiej przysługują jej prawa ludzkie, np. do godnego rozwoju, do ochrony życia i zdrowia (Gula, 1999; Żelichowski, 2007).

O człowieczeństwie nie decyduje dostatecznie rozwinięty umysł ani nawet anatomiczna lub funkcjonalna dojrzałość struktur mózgowych. Podlegają one przekształceniom całe życie, a niedostateczny, z punktu widzenia podejścia biologistycznego czy medycznego, rozwój mózgu w okresie prenatalnym, nie oznacza braku życia psychicznego. Od poczęcia zaczyna się biologiczno-psychiczno-społeczno-duchowy rozwój człowieka, a wszystkie fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty jego życia są zawsze (od poczęcia) integralnie związane ze sobą. W chwili narodzin, jego „dzieje" mają więc już swoją historię, jego ciało i psychika niesie już doświadczenia wielomiesięcznego okresu wewnątrzmacicznego życia, a to, co wnosi sobą, staje się bardziej zrozumiałe w kontekście tego, co przeżył[25]. Żadne dziecko nie rodzi się jako *tabula rasa* (Chamberlain, 1992).

[25] Trudność uwzględniania prenatalnej perspektywy życia dziecka zauważa się nawet w książkach, które traktują zapłodnienie jako początek jego istnienia i akcentują znaczenie przebiegu okresu ciąży matki dla postnatalnego rozwoju dziecka. Trudność ta wyraża się w określaniu pierwszych lat po urodzeniu dziecka jako „pierwszych lat życia" (np. Kopczyńska-Sikorska, 1983; Ilg, Ames, Baker, 1994), a biologistyczna koncepcja dziecka przed urodzeniem jest charakterystyczna nie tylko dla podręczników z biologii czy literatury medycznej, ale niestety również spotykana powszechnie w czasopismach i poradnikach przeznaczonych dla kobiet lub rodziców (np. deLyser, 1990; Gosden i in., 1995; Murkoff, Eisenberg, Hathaway, 2006).

Nie da się określić „godziny zero" dla początku rozwoju psychicznego, gdyż psychika człowieka wyłania się stopniowo, bez widocznej skokowej zmiany. Procesy psychiczne możemy dostrzec na długo przed urodzeniem (Hepper, Shahidullah, 1994). Dziecko prenatalne (stopniowo) odbiera bodźce ze wszystkich zmysłów (Foster, Verny, 2007), reaguje na nie, selekcjonuje je, zapamiętuje i rozpoznaje, uczy się, nabywa wiedzy i nawyków, przeżywa proste emocje, komunikuje swoje potrzeby, zwłaszcza te związane z dyskomfortem, wchodzi w interakcje społeczne (w języku polskim – np. Flanagan, 1973; Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsén, 1985; Rugh, Shettles, 1988; Fijałkowski, 1983/1998; Kornas-Biela, 1991a, 1993d/2002, 1999e, 2004, 2000b/2004; Maurer, Maurer, 1994; Relier, 1994; Nilsson, Hamberger, 1995; Sikorski, Sikorska, 1997; Vaughan, 1997; Juan, 2006).

Dziecko nie musi uczyć się, jak rozwijać siebie, to dorośli muszą nauczyć się widzieć i interpretować jego wzrastające kompetencje. To dorosły musi nauczyć się rozpoznawać w łonie rozwijające się dziecko (Chamberlain, 1994). Trzeba odwołać się przy tym do intuicji matek wszystkich kultur, które od tysiącleci komunikowały się ze swoimi dziećmi w łonie i miały przekonanie, że dziecko już tam jest nie tylko wzrastającym ciałem, lecz jest też obdarzone umysłem i duszą, jego mózg funkcjonuje i jego przyjście na świat ma jakiś cel. Matki zachodniej cywilizacji w imię źle pojętej naukowości zrezygnowały z intuicji i mądrości w tym zakresie, a jeśli nawet wspominają o zadziwiających umiejętnościach ich dzieci, to są posądzane o imaginację i samookłamywanie się (Chamberlain, 1987, 1998a).

4. Znaczenie prenatalnych doświadczeń

Okres prenatalnego rozwoju to czas tworzenia podwalin pod osobowość dziecka, wtedy bowiem powstają pierwsze skojarzenia, ślady pamięciowe, predyspozycje. Wtedy „złobi się" psychika, bo to, co pierwsze, to najważniejsze i najtrwalsze. Następne doświadczenia nabudowują się na wcześniejsze, modyfikują je, uzupełniają, ale nie mogą całkowicie wymazać ich z historii życia, dlatego znaczenie tego okresu jest ogromne. Trzeba rozpoznać i bardziej docenić rolę wczesnych przedwerbalnych wzorców doświadczeń (Rausch, 1987). Prenatalny okres oferuje unikalną możliwość dla pierwotnej prewencji fizycznych i mentalnych niebezpieczeństw, upośledzeń rozwoju, chorób i deprywacji. Wszystkie te zdarzenia mogą mieć istotny wpływ nie tylko na rozwój prenatalny, ale i na całe życie, gdyż łono matki nie jest „anatomicznym organem do noszenia dziecka" (Fedor-Freybergh, 1992, s. 157).

Ogromna liczba badań, m.in. uwzględnionych w takich klasycznych i obszernych pozycjach, jak książki Krasnegor i in. (1987), Smotherman, Robinson (1988), Nijhus (1992) i Lecanuet i in., (1995), potwierdza fakt, iż doświadczenia pre- i perinatalne są bardzo istotne dla fizycznego i psychicznego zdrowia dziecka oraz jego późniejszych zachowań, kształtowania się wzorców poznawania, przeżywania i reagowania, od których może zależeć jakość relacji z innymi (co nie przeczy znaczeniu postnatalnych czynników rozwojowych). Takim obszarem jest również rozwój moralny. Okres pre-

i perinatalny ma kluczowe znaczenie dla tworzenia podstaw dla rozwoju moralnego – dla uczuć, wyborów i zachowań moralnych w przyszłości, gdyż wczesna więź emocjonalna z rodzicami modeluje późniejszy sposób odbierania rzeczywistości – jak człowiek odczuwa i reaguje na zdarzenia, jak późniejsze doświadczenie jest integrowane z wcześniejszym, w jakim stopniu ma psychiczne zasoby do rozwoju autonomii moralnej (Dosh, 1999).

Szczególnie znaczącą rolę pre- i perinatalnemu okresowi życia przypisuje psychoanaliza oraz psychodynamiczne podejście do rozwoju. Natomiast podejście psychobiologiczne wskazuje na rolę czasu występowania określonych oddziaływań i przyjmuje, iż im wcześniejsze doświadczenia, tym bardziej decydują one o tym, co później występuje w rozwoju. Inaczej mówiąc, chronologia doświadczeń, pojawienie się ich w takim a nie innym momencie życia, brak lub obecność pewnych wydarzeń, wyznacza późniejsze zachowania i cechy jednostki, a więc może tłumaczyć normę lub patologię jej rozwoju, jej mocne i słabe strony. Tym samym istnieje w rozwoju następstwo „wydarzeń", poprzedniki decydują o następnikach, zdarzenia późniejsze w mniejszym lub większym stopniu można wytłumaczyć wcześniejszymi zdarzeniami. Istnieje więc od poczęcia ciągłość rozwoju tej oto jednostki (Gottlieb, 1983).

Ze względu na ważność najwcześniejszych doświadczeń w życiu człowieka konieczne jest (i jest to wręcz odpowiedzialność moralna dorosłych za dziecko – por. Hepper, Shahidullah, 1994) zapewnienie warunków optymalizujących rozwój jego indywidualnych potencjalności (zgodnie z zasadą: lepiej zapobiegać niż leczyć). Jednocześnie zwraca się uwagę na stopniowy rozwój miłości rodziców do dziecka już od poczęcia, znaczenie pozytywnej więzi z nim wyrażanej poprzez różnorodne formy rodzicielskiej troski i komunikacji, wielozmysłowej stymulacji dziecka w okresie pre- i perinatalnym (Kornas-Biela, 1993d/2002, 1997c)[26].

5. Optymistyczna wizja rozwoju przed urodzeniem

Nowe podejście do dziecka przed urodzeniem jest zgodne z programem pozytywnych nauk społecznych zaproponowanych przez M. Seligmana (2000), który

[26] Podobnie po urodzeniu umożliwienie dziecku nieprzerwanego kontaktu z matką i przywierania do jej ciała, wtulania się, pieszczoty, pocałunki, głaskanie, łaskotki, kołysanie na rękach i branie na kolana, baraszkowanie, zabawy paluszkowe – to wszystko stanowi „szkołę miłości" i przyszłych zachowań rodzicielskich. W ten sposób wytwarzają się prawzory jego odniesień uczuciowych i postaw wobec innych. W okresie niemowlęcym poprzez kształtowanie się poczucia własnej odrębności oraz przywiązania do matki tworzą się podwaliny długotrwałego procesu rozwoju własnej tożsamości (Obuchowska, 2004, s. 183) oraz identyfikacji płciowej – poczucia przynależności do własnej płci i jej akceptacja. Ogromne znaczenie ma w tym zakresie akceptacja własnej płci przez oboje rodziców, ich modele zachowań, wzorce kobiecości i męskości, macierzyństwa i ojcostwa, a później zachowania względem dziecka jako dziewczynki i chłopca, interpretacje zachowań i wzmacnianie niektórych z nich, dobór ubioru lub zabawek, kontakty z innymi dziećmi.

postuluje zajmowanie się przez te nauki zamiast patologią i odchyleniami od zdrowia i normy – badaniem czynników, które pomagają człowiekowi rozwijać i utrwalać jego mocne strony, osobiste spełnianie się oraz pielęgnować najwyższe wartości życia osobistego i społecznego. Rozwój tych wartości rozpoczyna się już przed urodzeniem, szczególnie wtedy, gdy towarzyszy dziecku pozytywny klimat przyjęcia go i akceptacji zarówno jego istnienia, jak też tego, co sobą wnosi w życie osób bliskich oraz ich troski o dziecko.

Nowe podejście przyjmuje optymistyczną wizję rozwoju człowieka. Istota ludzka jest ujmowana jako samoaktualizująca się i samosterowna, autonomiczna i niepowtarzalna, jako dynamiczny „system" wykorzystujący od poczęcia swoją energię do jak najlepszego rozwoju swych potencjalności, walczący z dyskomfortem, próbujący radzić sobie z tym, co ogranicza lub zaburza jego rozwój. Biologistyczne ujęcie tego, co dzieje się przed urodzeniem, nadmiernie akcentowało to wszystko, co może zaburzyć organogenezę i normalny rozwój dziecka, a więc wpływ czynników genetycznych i teratogenów. Obecnie odchodzi się od koncentracji na patologii i negatywnych czynnikach zaburzających rozwój.

W podręcznikach akademickich jak i poradnikach dla rodziców normalny rozwój dziecka jest ciągle traktowany zdecydowanie marginesowo w porównaniu z zagadnieniami dotyczącymi anomalii genetycznych i czynników uszkadzających płód, w tym negatywnego „wkładu" czynników pochodzących od matki i ojca, możliwych niebezpieczeństw w czasie ciąży i porodu (Kornas-Biela, 1995b). Wiele z omawianych w książkach zagrożeń stanowi już tylko przykłady z historii medycyny i farmakologii, a nie jest realnymi teratogenami, gdyż wyszły z użycia (np. chinina, diethylstilbestrol, thalidomide, obowiązkowe kiedyś badanie rentgenowskie w okresie ciąży), natomiast nie docenia się wpływu teratogennie działających urządzeń, będących wynikiem rozwoju środków komunikacji (np. telefonii komórkowej[27]), urządzeń kuchennych (np. mikrofal), czy nie do końca poznanych długofalowych efektów stosowania w okresie ciąży różnych form diagnostyki medycznej (urządzeń ultrasonograficznych, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego).

Zgodnie z nowym podejściem przed pedagogiką stoi zadanie wyjaśnienia, od czego zależy dobrostan dziecka i „dobre życie" prenatalne oraz opracowanie sposo-

[27] Spopularyzowana dopiero w połowie lat dziewięćdziesiątych technologia GSM, jest jeszcze za młoda, by jednoznacznie określić jej wpływ na zdrowie, płodność i rozwój człowieka, ale wiele doniesień wskazuje, iż ma ona szkodliwe działanie, m.in. sprzyja nowotworzeniu (np. nowotwory mózgu). Szkodliwe działanie telefonów komórkowych jest większe na wsi niż w mieście, gdyż na terenach wiejskich telefony muszą kompensować większe oddalenie stacji badawczo-odbiorczych, dlatego same wysyłają silniejsze sygnały ("Occupational and Environmental Medicine" – http://www.biomedical.pl/aktualnosci/telefony-komorkowe-bardziej-szkodza-na-wsi-.html12.08.2008). Fale telefonii komórkowej mogą uszkodzić dziecko przed urodzeniem – im dziecko młodsze, tym bardziej wrażliwe na teratogenne działanie tych fal („Epidemiology" – http://www.naukawpolsce.pap.pl/ 12.08.2008).

bów oddziaływania, by dziecko mogło go osiągnąć, przy założeniu, iż w nim samym tkwią siły ku pozytywnemu rozwojowi, dzięki genetycznemu zaprogramowaniu na osiąganie optymalnego pułapu możliwości. Taka optymistyczna wizja rozwoju człowieka w całym ciągu życia jest konieczna w sytuacji, gdy dominuje myślenie w kategoriach determinizmu prenatalnego, przeakcentowujące rolę czynników działających przed urodzeniem. Podkreślanie mocnych stron człowieka i całożyciowych możliwości jego pozytywnego rozwoju jest potrzebne zwłaszcza rodzicom dzieci z trudnościami rozwojowymi, rodzicom adoptującym dzieci po dramatycznym przebiegu okresu prenatalnego oraz samym dorosłym, jeśli za obecne problemy osobowościowe „obwiniają" swoją pre- i perinatalną przeszłość.

6. Prenatalny okres rozwoju nie jest „wybrakowaną normą" okresu postnatalnego

Coraz rzadziej dochodzi do głosu tendencja, by umiejscawiać kryterium oceny rozwoju dziecka prenatalnego w następnym okresie życia, czyli po urodzeniu. Taka postawa prowadziła bowiem do przeakcentowania, czego dziecko jeszcze nie potrafi, jakie jest niedojrzałe, co jest niemożliwe do nabycia w okresie prenatalnym, pod jakim względem nie spełnia ono wymagań następnego etapu życia. Jeśli do różnych jego cech (np. sposobu pobierania tlenu, szybkości habituacji w odpowiedzi na określony dźwięk, poziomu integracji behawioralnej, rodzaju reakcji na określone bodźce) przyłoży się normę okresu noworodkowego, to jawi się ono wtedy jako niedojrzałe. Zauważa się tylko zewnętrzne różnice między zachowaniami i umiejętnościami dziecka przed i po urodzeniu, bez wnikania w ich specyfikę i przyczyny. Inaczej mówiąc, jeśli do opisu jego zachowania lub funkcji przed urodzeniem zastosuje się wyrafinowane definicje procesów lub funkcji psychicznych z psychologii ogólnej (np. definicję świadomości, myślenia, uwagi, uczuć), a więc korzysta się z ich normatywnych modeli, to wyolbrzymia się różnice między tym, co „normalne u człowieka", a poziomem rozwoju na etapie przedurodzeniowym.

Opis funkcji psychicznych dziecka prenatalnego przypomina „opis gruszki przez jabłko" (por. Rogóż, 1981, s. 98) – nie wiemy, jakie jest jego widzenie, słyszenie, odczuwanie bólu, świadomość, emocje, więc z wiedzy o tych funkcjach u noworodka wybieramy charakterystyczne cechy i jeśli nie są one takie same przed urodzeniem, wnioskujemy, że funkcja ta jest wtedy niedojrzała lub jej w ogóle nie ma. Prowadzi to do akcentowania różnic między okresem pre- i postnatalnym oraz utrudnia uchwycenie specyfiki jakościowej procesów i funkcji psychicznych na kolejnych etapach ontogenezy (Kornas-Biela, 1995b).

Opisana tendencja, by prenatalny okres życia traktować jako „wybrakowaną normę" okresu postnatalnego, zanika, a zaczyna dominować poszukiwanie specyfiki każdego okresu życia, gdyż każdy z nich ma pewne cechy wspólne z innymi i cechy odróżniające. Prenatalne dzieciństwo staje się coraz bardziej traktowane jako autonomiczna faza w rozwoju człowieka (por. Śliwerski, 2002, s. 728).

7. Dziecko prenatalne istotą społeczną

Nowe podejście do dziecka akcentuje, że ludzkie istnienie poczyna się i rozwija się w kontekście społecznym. Rodzice i dziecko tworzą trójpodmiotowe środowisko życia, a dialog między rodzicami oraz między nimi a dzieckiem tworzy „pierwotną wspólnotę", wpływającą na rozwój jego psychofizycznych dyspozycji[28]. Rozwój człowieka od poczęcia przebiega w środowisku łonowym, które należy rozumieć całościowo, jako środowisko zawierające tzw. fizyczne, psychiczne i społeczne wpływy, oddziałujące na matkę i dziecko ze świata zewnętrznego i wewnętrznego.

Życie w łonie jest z natury społeczne, gdyż dziecko doświadcza wszystkiego razem z matką (np. snu, pożywienia, dotlenienia, choroby, urazu), dlatego Chamberlain (1993), powołując się na sformułowanie kanadyjskiego pedagoga Mac Freemana, określił prenatalne relacje jako duocentryczne (w przeciwieństwie do egocentrycznych).

Podkreślając znaczenie pierwszych doświadczeń dla całego życia człowieka, nowe podejście do dziecka przyjmuje, że pierwsze związki z matką, jej ciałem, umysłem, emocjami, psychiką i duszą przebiegają na różnych poziomach (np. neurohormonalnym, aż po duchowy) i są zapisywane w indywidualnej „pamięci", jako prawzory, matryce, wdrukowania (jest to m.in. tzw. pamięć komórkowa – Farrant, 1986). Podobnie istnieje pamięć rodzenia się, którego traumy są niedocenianymi czynnikami patologizującymi rozwój jednostki (Chamberlain, 1988, 1990, 1999 a, c, d). W tym sposobie myślenia ujmujemy prenatalne stadium ludzkiego rozwoju jako obejmujące istnienie pierwotnych procesów (początkowych, prymitywnych – *primary*), jako pierwotny dialog pierwotnej wspólnoty, pierwotne uczenie się i pierwotne zdrowie (Fedor-Freybergh, 1992a).

8. Rodzinny kontekst prenatalnego rozwoju

Odebranie dziecku prenatalnemu statusu człowieka przez podejście biologistyczne spowodowało, iż było ono traktowane jako *płód*, *przyszłe dziecko*, *dziecko spodziewane* i *dziecko oczekiwane* przez *przyszłych rodziców*, co zapowiadało ludzki i rodzinny kontekst dopiero po jego urodzeniu (Nees-Delaval, 1994). Kobieta była na razie w specyficznym okresie ciąży, której efektem końcowym miał być poród

[28] Potencjalnie, przedurodzeniowe predylekcje mają zdolność kształtowania przyszłych emocjonalnych i społecznych reakcji, szczególnie w odniesieniu do relacji interpersonalnych. Konsekwencje tych doświadczeń pierwotnej wspólnoty „wahają się od miłości do przemocy" (Fedor-Freybergh, 1992a, s. 157). Trudności w akceptacji dziecka jako autonomicznej istoty już od poczęcia powodują wiele poważnych patologicznych zjawisk po urodzeniu. Niezdolność do akceptacji dziecka wynika często z własnego zaburzonego psychospołecznego rozwoju rodziców.

i dzięki wydaleniu płodu stawała się matką. Taka koncepcja dziecka przed urodzeniem jest, niestety, nadal charakterystyczna nie tylko dla literatury biologicznej czy medycznej, ale również spotykana dość powszechnie w popularnych czasopismach i poradnikach, chociaż tutaj spotykamy się z przełamaniem już zwyczaju stosowania jedynie terminologii ciążowo-płodowej (np. deLyser, 1990; Gosden i in., 1995; Spencer, 1998; Morin, 2005; Murkoff, Eisenberg, Hathaway, 2006).

Dostrzeżenie dziecka przed urodzeniem pozwoliło na docenienie wagi wzajemnych interakcji rodziców z nim. Nie wzrasta ono wtedy w próżni społecznej, rodzice zaś nie marnotrawią możliwości osobistego rozwoju poprzez brak doświadczeń wczesnego rodzicielstwa. Dotychczas trudno było mówić o procesach komunikacji i stymulacji prenatalnej oraz o przywiązaniu, gdyż nie rozpoznawano w płodzie dziecka. Kobieta nie była zachęcana do wczesnych kontaktów z jajem płodowym, nie były brane na serio jej odczucia odbierane ze strony dziecka traktowanego jako płód. Dopiero od urodzenia przypisywano dziecku zdolność wchodzenia w relacje interpersonalne i tym samym uznawano sensowność komunikacji z nim.

Jednak w miarę upowszechniania wiedzy o rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka przed urodzeniem, zaczęła wyłaniać się idea komunikacji osób bliskich z nim i stymulacji jego rozwoju[29]. Wzrosło bowiem przekonanie, iż dziecko jest istotą społeczną od poczęcia i rozwija się poprzez relacje z innymi, dlatego potrzebuje rozpoznania i zaspokojenia jego emocjonalno-społecznych potrzeb (np. miłości, bezpieczeństwa, przynależności, zakorzenienia, szacunku i akceptacji jego unikalności, „bycia w kontakcie" z drugim). Doświadczenie dialogowania jest zależne od stopnia morfologicznego rozwoju dziecka. Trwa ono przez cały okres ciąży i porodu i jest kontynuowany po urodzeniu.

Już w tym prenatalnym dla dziecka okresie kontakt rodziców z nim odbywa się za pomocą komunikatów werbalnych i niewerbalnych, które mają znaczenie dla jego emocjonalnego, społecznego i poznawczo-językowego rozwoju. Poprzez te pseudokonwersacje, zwane też pseudodialogami (Schaffer, 2005), dziecko przyswaja suprasegmentalną substancję przekazu fonicznego (rytm, melodia, akcent, siła i zabarwienie głosu) i uczy się ojczystego języka (Kornas-Biela, 1993a), ale uczy się też rytmu i wymiany ról w komunikacji ludzkiej – bycia nadawcą i odbiorcą, wywierania wpływu na otoczenie. Jest to szczególny układ interakcyjny, w którym matka traktuje dziecko, jakby było na wyższym poziomie rozwoju, co wskazuje na jej zdolność do zachowań antycypujących, które stymulują rozwój dziecka tak przed, jak i po urodzeniu. Zachowania antycypujące matek w okresie prenatalnego rozwoju dziecka pobudzają jego gotowość do zdobywania doświadczeń komunikacyjnych po urodzeniu (por. Durkin, 1988).

[29] Wpływu matki oraz innych osób bliskich na dziecko nie można ograniczać do stymulacji, gdyż jest to wpływ osobotwórczy o wiele szerszym charakterze, niż świadome i celowe działania. Matka wychowuje dziecko w łonie całą sobą, nie tylko poprzez podjęte intencjonalnie formy komunikacji z nim.

Podjęcie różnych form okazywania dziecku uczuć jest rezultatem tworzącego się przywiązania między rodzicami i dzieckiem, ma ogromne znaczenie dla jego prawidłowego rozwoju, pozytywnego przebiegu ciąży, porodu oraz satysfakcji rodziców ze swej roli rodzicielskiej (Fijałkowski, 2003, s. 123). To w prenatalnym okresie rozwoju rozpoczyna się proces kształtowania tzw. prazaufania dziecka do siebie, świata i ludzi (*sense of basic trust*), przedrefleksyjnego „zadomowienia w otoczeniu", symbiozy i radzenia sobie z ewentualnymi zagrożeniami, które nie paraliżują (Witkowski, 2000).

Rodzice, a zwłaszcza matka, jako najbliższa dziecku osoba, jest kluczowym „czynnikiem społecznym" w rozwoju prazaufania dziecka do siebie i innych, jego poczucia bezpieczeństwa oraz zdolności do tworzenia więzi z innymi. Matka, która prowadzi taki tryb życia, iż zaspokaja potrzeby dziecka prenatalnego, reaguje na sygnały z jego strony i komunikuje się oraz rozwija z nim więź emocjonalną, wyposaża dziecko w poczucie zaufania, bezpieczeństwa, własnej wartości („ja i moje potrzeby są ważne") i nadziei, iż świat jest przyjazny, a ono da sobie w nim radę; umiejętność otwarcia na kontakt z innymi i tworzenia więzi; poczucie wpływu na innych i możliwości regulowania własnych stanów oraz przewidywania zdarzeń; ciekawość świata i chęć jego eksploracji (por. Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008, s. 173-175).

9. Ekologia łona jako pierwszego środowiska życia człowieka

Słowo *ekologia* zrobiło zawrotną karierę[30]. Pochodzi ono od greckiego słowa *oikos*, co znaczy *dom*. Tym pierwszym „domem zamieszkania" człowieka jest łono matki. Stanowi ono pierwszy ekosystem, którego dziecko jest istotnym elementem. Prenatalny i perinatalny okres życia może być ujmowany jako pierwsza ekologiczna sytuacja, w jakiej znajduje się człowiek, a łono matki, jako jego pierwsze środowisko życia, w tym również jako środowisko społeczne. W tej pierwszej niszy ekologicznej konstytuuje się potencjalne zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Tam dokonuje się „cud życia" (Kornas-Biela, 2000a). Świadomość ekologiczna dotycząca prenatalnego okresu życia oraz prokreacji ludzkiej niewątpliwie wzrasta i opiera się na podstawach naukowych (np. monumentalne dzieło: Wolański, 2008).

Przebieg rozwoju człowieka w okresie prenatalnym decyduje o „jakości życia" w przyszłości, nie jest więc obojętny rodzaj środowiska, w którym przebywa.

[30] Na świecie aktywizują się różne grupy ekologiczne, które nawołują do „powrotu do natury" i zapobiegania degradacji naturalnego środowiska człowieka. W tym nurcie można odczytać deklarację WHO sprzed ponad 20 lat (kwiecień 1985), by promować edukację w zakresie metod rozpoznawania płodności, odmedykalizowanie okresu ciąży, powrót do naturalnego porodu i karmienia piersią. Jednak co do wprowadzania w życie tych zaleceń, a zwłaszcza dotyczących rozpowszechniania naturalnego planowania rodziny, działania WHO są szczególnie niekonsekwentne.

Istotne jest także to, w jakim stopniu jest ono zdrowe, prawidłowo zbudowane, sprawnie funkcjonujące, a jednocześnie otoczone sprzyjającą rozwojowi jednostki ludzkiej atmosferą. Łono matki bowiem to nie tylko macica jako organ ciała matki, który dziecko fizycznie „zamieszkuje", jej walory lub wady anatomiczne czy funkcjonalne, współpraca z łożyskiem w celu dowozu ważnych życiowo substancji i oczyszczania ze zbędnych produktów przemiany materii. Na łono matki składa się to wszystko, co tworzy z jej strony pierwszą, tzw. uczuciową kołyskę dla dziecka, co kształtuje jego „pierwszą ojczyznę". A tworzą ją nie tylko czynniki natury somatycznej, ale również czynniki natury psychicznej i duchowej[31]. Dlatego, mówiąc o ekologii prokreacji i ekologii łona, należy zwrócić uwagę nie tylko na zabezpieczenie kobiety przed szkodliwymi substancjami środowiska zewnętrznego (Wolański, 2008), ale też przed czynnikami psychogennymi, które mogłyby naruszyć „harmonię łona" (Odent, 2006a, b).

Łono matki jest dla dziecka społecznym środowiskiem rozwoju. W tej niszy ekologicznej indywiduum, jakim jest poczęte dziecko, żyje już w interakcji fizjologicznej i psychiczno-duchowej z innymi członkami rodzinnego ekosystemu społecznego. Przez swoją obecność, jak też przez to, że odbiera i reaguje na wpływy środowiska przyrodniczo-społecznego, dziecko również kreuje środowisko, w którym żyje, oddziałuje na każdego członka rodziny i na ich wzajemne relacje, jak i odwrotnie – na dziecko wpływa zarówno każdy z członków rodziny (zwłaszcza matka), jak i relacje między osobami znaczącymi.

Ze względu na eksplozyjny charakter rozwoju prenatalnego, organizm dziecka jest wtedy najbardziej wrażliwy na szkodliwe substancje (ich stężenie u dziecka może być wielokrotnie wyższe niż u matki) lub niedobory, na nieprawidłowości funkcjonowania układu podtrzymującego jego życie, jak również na niewłaściwą atmosferę emocjonalną (Kornas-Biela, 1997c, 1999i). Dlatego ważne jest zwrócenie uwagi na te czynniki, które zaburzają płciowość i płodność człowieka oraz niszczą jego pierwszą ekologiczną niszę życia, jak też wpływają na niego (por. Kornas-Biela, 2006e, f).

Zadaniem pedagogiki prenatalnej jest zwrócenie uwagi na przedkoncepcyjne zachowania rodziców (np. sposób ich odżywiania, używki), które decydują o możliwości prokreacji i jej wyniku, wpływają na ekologię łona (Odent, 2006b). Dziecko prenatalne żyje już w ścisłym związku z otaczającym go światem, a ze względu na jego całkowitą zależność od matki, związek ten jest jeszcze bardziej silny niż po urodzeniu, dlatego tak ważna jest prenatalna komunikacja z dzieckiem i różne spo-

[31] To, czy łono matki stanowi korzystne środowisko życia dla dziecka, zależy m.in. od takich czynników, jak: jej system wartości i filozofia życia, sens życia i optymizm życiowy, cechy temperamentu i charakteru, dojrzałość psychiczna, zadaniowe podejście do życia, sposoby radzenia sobie z trudnościami, dotychczasowe doświadczenia prokreacyjne, obecne doświadczenia związane z ciążą i macierzyństwem, obraz własnej osoby i poczucie wartości jako matki, akceptacja siebie i dziecka, jej stosunek do jego ojca, jej samopoczucie i nastroje.

soby kształtowania więzi z nim oraz troska o pierwszą niszę ekologiczną człowieka, jaką jest łono jego matki[32].

Profilaktyka komplikacji ciążowych, porodów przedwczesnych i martwych, śmierci niemowląt i zaniedbań w opiece i wychowaniu dzieci, jak też chorób cywilizacyjnych, zagrożeń życia i ładu społecznego, może być zapewniona między innymi przez większe wyczulenie na fizyczne i psychiczne potrzeby dziecka w okresie prenatalnym i zhumanizowanie praktyk perinatalnych. Dziecko poczęte musi być rozpoznane jako partner dialogu z rodzicami, a zwłaszcza z matką.

Akcentowana coraz bardziej tzw. jakość życia, jeśli jest właściwie rozumiana, odnosi się również do okresu prenatalnego. Zadaniem każdej pary rodzicielskiej staje się optymalizacja jakości życia ich dziecka od momentu poczęcia, a nawet przygotowanie się do niego tak, aby łono matki mogło być dla niego w najpełniejszym znaczeniu tego słowa – domem[33]. Kryterium „jakości życia" powinno służyć więc do optymalizowania warunków rozwoju dziecka prenatalnego, a nie do jego unicestwienia, z powodu uznania go przez dorosłych jako niespełniającego kryterium dostatecznej lub dobrej jakości[34] (Kornas-Biela, 2006a).

Obserwowany również w sferze prokreacji kryzys ekologiczny pokazuje, jak człowiek nie tylko fałszywie pojmuje jej istotę, ale również jak bardzo nie rozumie

[32] Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się zwiększenie zainteresowania rodziną jako swoistą „niszą ekologiczną" (np. Karwowska-Struczyk, 2000; Wyrostkiewicz, 2007, s. 151), ekologicznym podejściem do sfery planowania rodziny oraz do kolejnych przełomów prokreacyjnych. Odzwierciedleniem dynamicznego wpływu podejścia ekologicznego na naukę i praktykę społeczną jest m.in. powstanie psychologii ekologicznej (Eliasz, 2000), ekologicznej interpretacji rozwoju psychicznego na terenie psychologii rozwojowej (Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2005) oraz pedagogiki ekologicznej, której przedmiotem jest obszar teoretycznego myślenia i praktycznego działania w zakresie rozwiązywania problemów związanych z funkcjonowaniem człowieka w środowisku naturalnym oraz jednoczesnego wychowania w duchu wartości proekologicznych (por. Okoń, 2001, s. 287).

[33] Po urodzeniu dziecka ekosystemem społecznym będzie dla niego nadal rodzina. To wszystko, co będzie się dokonywało między innymi członkami rodziny oraz pomiędzy nimi i dzieckiem, będzie miało wpływ na jego rozwój i samopoczucie. Rozwód, alkoholizm czy ciąża nieletnich traktowane są jako objawy zaburzeń w ekosystemie rodzinnym. Ekologia rodziny zajmuje się badaniem relacji sprzyjających i zakłócających dobre funkcjonowanie rodziny jako ekosystemu oraz zdrowiem i dobrym funkcjonowaniem członków rodziny jako elementów tego systemu (por. Grzywacz, 1999). Ekologia społecznych interakcji w rodzinie rozpatruje ją jako dynamiczny układ w perspektywie całego życia każdego z jej członków (por. Elder, Rockwell, 1979; Moen, Forest, 1995). Jako czynniki wspomagające ekosystem rodzinny wymieniane są np. systemy wsparcia sąsiedzkiego, relacje przyjacielskie, wypracowanie w rodzinie drzewa genealogicznego lub opowiadanie w ramach spotkań klasowych przez rodziców uczniów swojej historii życia.

[34] Kryterium niedostatecznej jakości przypisywane jest nie tylko dziecku zdiagnozowanemu jako obciążonemu wadą rozwojową, ale również dziecku, którego poczęcie zostało uznane za nieplanowane, a ono samo za niechciane. Sugeruje się, iż będzie ono z tego powodu nieszczęśliwe, a nieszczęśliwe życie nie warto przeżywać, stąd usprawiedliwienie dla aborcji takiego dziecka.

siebie, kim jest jako człowiek (Kornas-Biela, 1993c). Eksploatowanie ekosystemu początków życia człowieka niezgodnie z jego przeznaczeniem prowadzi do zniszczenia samego człowieka na poziomie indywidualnym i gatunkowym. Aby ocalić siebie i swoją przyszłość jako gatunek ludzki, człowiek stoi wobec konieczności okazania troski o „dom swojego bytowania", o fizyczne i psychiczne zasoby tego domu w pierwszej fazie życia, ale też profilaktyczne zabezpieczanie jego zdrowotnej kondycji. Nie będzie to jednak możliwe bez zmiany filozofii życia i przywrócenia zasad etycznych, którym podporządkowane zostaną zachowania związane ze sferą seksualną i prokreacyjną człowieka.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż argumenty ekologiczne nie są wystarczające do moralnej oceny różnych działań człowieka w sferze prokreacji, gdyż fakt, iż coś nie szkodzi zdrowiu, nie oznacza, że jest moralnie godziwe (np. zapewnienie ochrony nadliczbowym embrionom, by nie uległy zniszczeniu, nie zmienia oceny moralnej zapłodnienia *in vitro* – Derdziuk, 2001; por. Nagórny, Gocko, 2001). Warto w tym miejscu przytoczyć wypowiedź polskiego profesora medycyny i filozofa, Juliana Aleksandrowicza, który zauważył, że: „Współczesny kryzys ekologiczny jest kryzysem etycznym" (jak i kryzys demograficzny – np. *Etyczny*, 1994).

Podobnie W. Fijałkowski postulował zainicjowanie świadomości ekologicznej oraz afirmację myślenia ekologicznego w odniesieniu do prokreacji (1991, s. 94-105) i wypowiedział się o perspektywach i programie prokreacji ekologicznej u progu XXI wieku, podkreślając znaczenie wychowania do integracji seksualnej, przygotowania do rodzicielstwa i zharmonizowanego dwurodzicielstwa od poczęcia dziecka (2001a).

Musimy pamiętać, że „nie odziedziczyliśmy Ziemi od naszych przodków, ale pożyczyliśmy ją od naszych dzieci" (Lester Brown). Skoro dzieci są naszą przyszłością, skoro są przyszłością świata, to jego przyszłość zależy w dużym stopniu od jakości zdrowia prokreacyjnego kobiet, w tym również od jakości pierwszego domu zamieszkania człowieka – od łona matki. Tytuł międzynarodowego kongresu[35], jaki odbył się w 1993 roku w Waszyngtonie, „Ekologia łona – ekologią świata", jest wciąż aktualny (Verny, 1996).

III. Psychologia prenatalna inspiracją dla pedagogiki prenatalnej

Wizja przedurodzeniowego życia człowieka została zmieniona m.in. dzięki wyłonieniu się na terenie psychologii w latach siedemdziesiątych XX wieku nowej,

[35] Był to: 6th International Congress The Pre- and Perinatal Psychology Association of North America.

prężnie rozwijającej się dziedziny zwanej psychologią prenatalną (w polskiej literaturze: Kornas-Biela, 1984, 1991b, 1992b, 2003a, b, 2007d, f, 2009a, b), której przedmiot jest różnie rozumiany, stąd przyjmuje pokrewne określenia, np. *psychologia płodowa* (Kay, 1984; Hepper, 1992), *psychomedycyna prenatalna* (Klimek, 1992; Fedor-Freybergh, 1992a, b), *psychologia perinatalna* (Sikorski, Sikorska, 1997).

Dynamiczny rozwój psychologii prenatalnej motywuje do zajęcia się najwcześniejszym okresem rozwoju również na terenie pedagogiki. Szczególnie publikacje psychologów prenatalnych, np. D. Chamberlaina (1992) i T. Verny'ego, J. Kelly (1981), mogą uzasadniać zainteresowanie dzieckiem prenatalnym ze strony pedagogiki, gdyż już wiele lat temu wskazywano w nich na konieczność nowego paradygmatu w spojrzeniu na dziecko przed urodzeniem jako na podmiot czujący, reagujący, ekspresyjny i aktywny w interakcji ze środowiskiem wewnątrzmacicznym oraz społecznym i dokumentowano to stanowisko osiągnięciami badań psychofizjologicznych (np. Ancona i in., 1993).

1. Biologistyczne podejście do embrionu i płodu

Fakt, iż od końca XIX wieku rozległy nurt badań nad prenatalnym rozwojem człowieka prowadzony był przez biologów (anatomów, fizjologów) i lekarzy, zaciążył na rozpatrywaniu tej fazy jedynie w terminach biologicznych i medycznych oraz na uznawaniu, że zgodnie z programem odziedziczonym od rodziców, dzięki dostarczanym przez matkę składnikom pokarmowym i tlenowi, następuje proces biologicznego rozwoju płodu, który jest podstawą pod jego przyszły rozwój psychiczny, gdy uczłowieczy się i „przyjdzie na świat". Badano więc zawartość macicy jako masę wzrastających, różnicujących się i specjalizujących komórek, tkanek i układów, ich cech, jak np. słyszalne tony serca, uchwytne ruchy, dobrostan płodu, biofizyczny profil płodu.

Biologicznie ukierunkowane badania rozwoju płodu prowadziły do przekonania, że charakteryzuje go mały i niesprawny mózg, niezdolny do sprawowania kontroli nad systemem ruchów i zachowaniami, rejestrowania bodźców, zapamiętywania i uczenia się na podstawie doświadczeń, nieczynne zmysły i niewrażliwość na ból, przejawiane przez płód reakcje, np. na ból, interpretowano jako odruchy, zmiany w mimice i ruchach traktowano jako artefakty, aktywności ruchowej przypisywano słabą koordynację. Działania lekarzy wobec płodu traktowano jako odnoszące się do ciała, a nie do psychiki, której istnienia nie przyjmowano.

W ocenie kompetencji płodu koncentrowano się na takich wymiarach, jak waga mózgu, skomplikowanie połączeń nerwowych, powstawanie struktur organizmu, które miały wyprzedzać ich funkcjonowanie, oraz na umiejętnościach dziecka po urodzeniu, co prowadziło do wyolbrzymienia niedojrzałości istoty w fazie płodowej. Płód był nic nieczującym, niereagującym, nieświadomym, nieaktywnym poznawczo i emocjonalnie organizmem, rodzonym jako „wiązka odruchów" w stanie

„normalnego autyzmu"[36], indywiduum, które „egzystuje jako istota wodna, jako pasożyt w ciele matki" (Morgan, 1961, s. 53-54).

Dziecko przed i w trakcie rodzenia się było upatrywane jako głuche, ślepe, bez czucia, odbioru zmysłowego i emocji, pozbawione życia psychicznego[37]. Zakładano, że rozwój przebiega od tego, co proste, do tego, co skomplikowane; od tego, co pojedyncze, do tego, co złożone; od tego, co izolowane, do tego, co zintegrowane, stąd prenatalny mózg był zbyt prymitywny a kora mózgowa nieustrukturyzowana na tyle, by być podstawą czucia, reakcji, pamięci, uczenia się. Niedojrzała struktura tkanki nerwowej nie mogła być traktowana jako podstawa funkcji mózgowych.

Wszystko to, co dzieje się przed urodzeniem, traktowano jako biologiczną bazę dla rozwoju postnatalnego, a nie jako pierwszy okres rozwoju psychicznego. Okres prenatalny nie miał statusu odrębnego okresu rozwojowego psychiki człowieka[38], przeciwnie – podkreślano różnicę między rozwojem płodu ludzkiego i psychicznym rozwojem człowieka. Znajduje tu wyraz wspomniane wyżej przeświadczenie, że w okresie przed urodzeniem występuje jedynie wzrost, różnicowanie i specjalizacja organizmu pod względem anatomiczno-fizjologicznym, natomiast nabywanie „psychiczności" następowałoby po urodzeniu. Narodziny psychiczne miałyby miejsce po opuszczeniu ciała matki, narodziny społeczne zaś – w pierwszych latach po urodzeniu.

Prezentowanie przejawów prenatalnego rozwoju człowieka dokonywano w kontekście „formowania się podstawowych organów" przy użyciu takich kategorii pojęciowych, jak „dojrzewanie organizmu", „gotowość do", „zachowania specyficzne dla gatunku". Wiele miejsca zajmują w takim rozumieniu zagadnienia dziedziczności, genetyki (w tym behawioralnej, bez prezentacji prenatalnego rozwoju behawioru) i organogenezy (Kornas-Biela, 1995b, s. 340-343).

W takim ujęciu dostrzega się jedynie odruchy wrodzone i niedojrzałość organizmu zamiast podmiotowość istnienia, mózg zamiast umysł, reakcje warunkowania zamiast świadomość (Chamberlain, 1992, s. 1). Ujęcie rozwoju prenatalnego człowieka jedynie z perspektywy biologicznych zmian nie pozwala na dostrzeżenie w nim

[36] Krytykę tego poglądu przedstawia np. Chamberlain, 1992.

[37] Nawet w niektórych nowych podręcznikach z psychologii można znaleźć stwierdzenia, iż: „W momencie urodzenia dziecko zdaje się być kłębkiem bezcelowej 'energii nerwowej'. Wyposażone jest w odruchy, ale wykonuje też wiele bezcelowych ruchów" (Rathus, 2006, s. 164).

[38] Dla zilustrowania tego stwierdzenia można by przytoczyć prawie wszystkie podręczniki rozwoju małego dziecka, zwłaszcza przeznaczone dla rodziców, np. „Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy" pt. *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat* (Ilg, Ames, Baker, 1994) już przez sam swój tytuł sugeruje, że urodzenie jest punktem zerowym w rozwoju psychiki człowieka (autorzy nawet omawiając noworodka, nie wzmiankują o jego „psychiczności") i biologiczne nastawienie autorów w wyjaśnianiu przyczyn „niepożądanych, dokuczliwych lub wręcz patologicznych zachowań", nie prowadzi ich do uznania okresu przed urodzeniem jako możliwego źródła zaburzeń. Podobnie książka B. Tierno *Najważniejsze pięć lat życia dziecka* (2003) poświęcona trosce o rozwój dziecka po urodzeniu, przez swój tytuł niesie przesłanie, iż to, co dzieje się przed urodzeniem, nie jest znaczące w życiu człowieka.

dziecka – czującego, wrażliwego, reagującego i zapamiętującego doświadczenia, o określonym temperamencie i tworzącej się osobowości. Płód głuchy, ślepy, bez czucia i poznania, niedojrzały organizm, zaopatrzony w zestaw bezwarunkowych odruchów, jawi się rodzicom jako cielesny twór, a nie jako osoba oczekująca i zdolna do komunikacji oraz jako ich dziecko, dla którego w perspektywie całego życia ma znaczenie, jak rodzice odnoszą się do niego przez 9. miesięcy dynamicznego rozwoju, czy jest dla nich „czymś" czy „kimś".

Płód nie jest rozpoznawany jako podmiot rozwoju społecznego, jako członek grupy (np. rodzinnej, sąsiedzkiej, wyznaniowej, narodowej) ani jako podmiot interakcji z innymi. Początek kształtowania się społecznej świadomości dziecka i jego wejścia w pierwszy „system społeczny" upatruje się w chwili przecięcia pępowiny, ale rozwój w tym zakresie zaczynałby się później (Strojnowska, 1992; Kornas-Biela, 1995b, s. 344). Biologiczna wizja rozwoju płodu utwierdza w przekonaniu, że przed urodzeniem nic się właściwie ciekawego nie dzieje, co mogłoby zainteresować profesjonalistów innych dziedzin niż genetyka, embriologia, fetologia i położnictwo, a tym bardziej rodziców.

Do połowy lat sześćdziesiątych XX wieku nawet noworodek był traktowany jako „istota czysto fizjologiczna", a uwaga naukowców i praktyków skupiała się głównie na badaniu jego dojrzałości biologicznej do przeżycia poza łonem matki i zapewnieniu mu bezpieczeństwa. Wprowadzenie skali Oceny Zachowania Noworodka Brazeltona do badania „interakcyjnego zachowania noworodka" oraz innych metod psychoruchowego badania małego dziecka zmieniło naukowe spojrzenie na jego możliwości i przyczyniło się do uznania „kompetentnego noworodka" (Chamberlain, 1986).

Podobne przemiany obserwujemy obecnie wobec dziecka prenatalnego. Dominujące w XX wieku skoncentrowanie na anatomii i fizjologii płodu powoli zmienia się w kierunku rozpoznawania go jako istoty ludzkiej i podmiotu życia psychicznego (Kornas-Biela, 1995b, s. 350).

2. Wkład technik medycznych w rozwój psychologii prenatalnej

Szczególnie doniosły dla wyodrębnienia się psychologii prenatalnej jako dziedziny nauki, był wkład psychoanalizy i poszukiwań w trakcie indywidualnej terapii pacjentów pierwszych przejawów życia psychicznego oraz doznanych we wczesnym dzieciństwie traum. Już w 1924 r. Gustav Hans Graber (podobnie jak Rank, 1924) zwracał uwagę na konieczność uwzględniania prenatalnego okresu życia jako ważnego w całej biografii człowieka, ale na zaakceptowanie tych tez poza psychoanalizą było jeszcze za wcześnie (za: Schindler, 1998, s. 418).

Dopiero w latach sześćdziesiątych XX wieku H.G. Graber na podstawie analizy zebranych przez Friedricha Krusego opisów snów pacjentów opublikował książkę o początkach życia psychicznego (1969). Jej kolejne, poprawiane wydania pod

zmienionym tytułem, cieszyły się uznaniem z gronie specjalistów (Graber, Kruse, 1973; Graber, 1974). Wzbudziła ona również zainteresowanie wśród psychoanalityków, którzy nawiązali kontakt z jej autorem w trakcie Światowego Kongresu Psychoanalitycznego w Wiedniu (26.07.1971). Spotkanie to było inspiracją dla powstania pierwszego towarzystwa skupiającego profesjonalistów zajmujących się zagadnieniami psychologii prenatalnej: Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie.

To wiedeńskie spotkanie psychiatrów i psychoterapeutów z kręgu języka niemieckiego, wykorzystujących w swej praktyce wiedzę z dziedziny psychoanalizy i embriologii[39], stało się *de facto* inspiracją do wyodrębnienia się psychologii prenatalnej, jako odrębnej dziedziny psychologii, a pierwszy przewodniczący utworzonej organizacji – H.G. Graber, za swój pionierski wkład na tym polu został nazwany „ojcem" psychologii prenatalnej (np. Graber, 1974).

Niewątpliwie największym stymulatorem wyodrębnienia się psychologii prenatalnej były osiągnięcia w dziedzinie technik medycznych, umożliwiające wgląd w środowisko wewnątrzmaciczne. Doskonaląca się ciągle aparatura medyczna pozwalała coraz bardziej wnikliwie śledzić i dostrzegać skomplikowanie i celowość rozwoju człowieka od samego zapłodnienia. Badania nad morfologią embrionu ludzkiego i jego biochemią wskazują na fakt, iż już na tym początkowym etapie zarodek ludzki rozwijając się z ogromną szybkością, w perfekcyjnie uporządkowany i z góry ustalony sposób, jest morfologiczną i funkcjonalną całością, pełnowartościowym, wielokomórkowym organizmem (Colombo, 2002, s. 50-51), a nie „mikroskopijną koloidalną drobiną", „zbiorem niezróżnicowanych komórek", „bezkształtną galaretką", „zapłodnionym jajem", rodzajem ameby lub jamochłona, istotą przechodzącą w swoim początkowym rozwoju ontogenetycznym kolejne etapy filogenezy, by dojść do stadium uczłowieczenia (odrzucona w nauce teza E. Haeckla).

D. Chamberlain (1992) podaje przykłady dokumentujące, iż funkcje nie pojawiają się po uzyskaniu przez strukturę dojrzałości, ale to struktura dojrzewa w miarę funkcjonowania i dzięki niemu. Każdy z organów zaczyna funkcjonować od początku jego tworzenia się i ono go zmienia. Pojawiające się zmysły współdziałają ze sobą (intermodalność) i są czynne przed urodzeniem. Wszystko, co działa na rozwijające się dziecko w łonie matki, dotyczy zarówno jego ciała, jak i psychiki. Dziecko już bardzo wcześnie jest podmiotem czucia, świadomości, poznania, komunikacji, emocji (Chamberlain, 1986, 1992, 1999a; Chamberlain, Bradford, 1998).

Rodzące się dziecko nie jest „wiązką odruchów" ani nie rodzi się w stanie „normalnego autyzmu", lecz jest rozpoznawane jako kompetentne, społecznie wrażliwe i w swych zdolnościach – zdumiewające, dlatego wymaga humanitarnego traktowania i unikania zadawania mu bólu przed urodzeniem oraz w trakcie rodzenia się (Chamberlain, 1988, 1990, 1999a, c, d).

[39] Szczególną inspiracją były publikacje dyrektora Instytutu Anatomii Uniwersytetu w Göttingen, prof. Ericha Blechschmidta, który jest autorem około 200 prac z zakresu embriologii człowieka.

Aparatura medyczna coraz precyzyjniej rejestruje współpracę układu sercowo-naczyniowego, nerwowego, hormonalnego, metabolizm dziecka, jego ruchy, stan zdrowia oraz tzw. stan behawioralny, samopoczucie i emocje. Badania prowadzone za pomocą coraz bardziej skomplikowanych technik ukazują dziecko przed urodzeniem jako podmiot aktywności, czyli reagowania, orientacji, ekspresji (Juan, 2006), jako kompetentne w stosunku do wymagań i możliwości środowiska łonowego i wyposażone przy urodzeniu w umiejętności bogatsze, niż tylko zestaw bezwarunkowych odruchów, a tym samym staje się ono wdzięcznym obiektem badań ze strony psychologii.

3. Główne obszary zainteresowań psychologii prenatalnej

Psychologia prenatalna zajmuje się charakterystyką rozwoju człowieka przed urodzeniem oraz w okresie okołourodzeniowym, gdy organizm dziecka jest jeszcze nastawiony przez biochemiczne właściwości organizmu matki, co przedłużane jest dzięki karmieniu piersią. Wiele uwagi poświęca ona badaniu pamięci pre- i perinatalnej oraz znaczenia doświadczeń prenatalnych w życiu człowieka (Schindler, 1998; 1987).

Dziecko przed urodzeniem nabywa stopniowo zdolności do uczenia się i zapamiętywania, tj. przechowywania informacji. Jego mózg strukturalizuje się poprzez wiązania synaptyczne między komórkami nerwowymi (Mancia, 1981). W zależności od rodzaju bodźców tworzy się taka a nie inna sieć znaczących połączeń, a część komórek – wskutek braku współpracy z innymi – zamiera. Każde doświadczenie zaznacza się więc wyborem życia dla jednych komórek, a obumieraniem innych[40]. Uczenie się, jako organizacja doświadczeń w okresie prenatalnym, zachodzi w zakresie wszystkich modalności zmysłowych: rytmu naprzemiennej aktywności, zmysłu równowagi, dotyku, słuchu, wzroku, smaku, węchu, temperatury, bólu (np. Kornas-Biela, 1992a, 1993a, 1993d/2002, 2000b/2004, 2004; Foster, Verny, 2007).

Zauważa się już wtedy pierwsze oznaki samoregulacji i ekspresji siebie. W związku z tym w literaturze używa się częściej zamiast *płód* określeń: *baby*, *prenate*, *dziecko*, *dziecko przed urodzeniem* (Chamberlain, 1988, s. 54-55). Dziecko prenatalne przejawia zachowanie, które można nazwać prenatalną inteligencją (Chamberlain, 1993, 1998b). Wyraża się ona w trzech następujących obszarach. Po pierwsze – w różnicowaniu dopływających do niego bodźców, w postawie preferencyjnej wobec nich oraz w zachowaniach ochronnych, zapobiegających zagrożeniom. Po drugie – inteligencja prenatalna przejawia się również w zachowaniach społecznych i afektywnych dziecka. Po trzecie – prenatalna inteligencja wyraża się

[40] Wzrost mózgu polega na rozrastaniu się połączeń, np. w maleńkiej próbce 70 tysięcy komórek mózgowych w chwili urodzenia istnieje około 240 milionów połączeń, tzn. dwukrotnie więcej niż 3 miesiące wcześniej, ale dwukrotnie mniej niż 8 miesięcy później (Vaughan,1997, s. 242).

w procesach poznawczych, uczeniu się i pamięci. Chamberlain powołując się na koncepcję inteligencji Sternberga, która zakłada, że inteligencja jest samoorganizacją umysłową, dokumentuje wynikami szczegółowych badań, iż dziecko przed urodzeniem spełnia swoim zachowaniem kryteria zachowania inteligentnego, gdyż ma umiejętność adaptacji do zmieniających się warunków w łonie, wyboru jednego z nich oraz celowego kształtowania nowych, korzystnych dla siebie warunków (Chamberlain, 1999b).

Doświadczenia prenatalne są objęte procesem uczenia się (Blum, 1993). To uczenie się jest koniecznym, wstępnym warunkiem przetrwania, ponieważ wyzwala mechanizmy adaptacyjne organizmu. Bez adaptacji organizm by nie przeżył, a nie ma adaptacji bez prób i doświadczeń wymagających przystosowania się i procesu pamięci (wdrukowanej nieświadomie). Proces informacyjny, który przebiega u dziecka od samego początku jego rozwoju, dokonuje się na różnych biochemicznych ścieżkach, jest przetwarzany i zapamiętany jako ślady pamięciowe. Również embrion ludzki odpowiada na bodźce (wpływy), co jako sensoryczne doświadczenie wdrukowuje się w języku biochemicznym i stanowi potencjalne źródło uczenia się. Ta pamięć przedurodzeniowa stanowi źródło procesów informacyjnych w późniejszym życiu (o charakterze pozytywnym, negatywnym lub ambiwalentnym).

Okres intensywnego rozwoju prenatalnego stanowi więc integralną część naszego życia i ślady pamięci tego okresu dotyczą wrażeń zmysłowych, pozycji ciała i ruchów, biorytmu, dominującego samopoczucia (Verny, Kelly, 1981; Nijhuis, 1992; Emerson, 1998b; Lecanuet i in., 1995; Bradford, 1998; Sikorski, Sikorska, 1997; Chamberlain, 1998a; Larocca, Foroni, 2001; Vedova, Tomasoni, Imbasciati, 2006; Foster, Verny, 2007). Mózg człowieka przez całe życie pozostaje w rozwoju, lecz bazuje w ciągłych przekształceniach swej struktury i funkcji na doświadczeniach okresu prenatalnego. To, czego doświadczył wcześniej, znajduje się w pokładach nieświadomości[41] (Winnicott, 1993, s. 21-22). Im wcześniej w rozwoju, tym nieświadoma pamięć doświadczeń gra większą rolę, ale i później, chociaż brak nam konkretnych wspomnień z tego okresu, pamięć istnieje w tym, jak spostrzegamy świat, jak myślimy, uczymy się, reagujemy emocjonalnie, śnimy.

Psychologia prenatalna wespół z psychologią rozwoju oraz za pomocą technik medycznych i komputerowych zwróciła uwagę na to, że dziecko nie tylko rodzi się z wrodzoną (uniwersalną kulturowo) zdolnością do sygnalizowania swoich stanów emocjonalnych, ale już przed urodzeniem można niektóre z nich dostrzec na ekranie monitora USG. Na podstawie nabywanej przed urodzeniem zdolności w zakresie emocjonalnego reagowania tworzą się pierwsze wzorce emocji pod wpływem bodźców pochodzących z organizmu matki oraz z otoczenia. Dziecko w ostatnim trymes-

[41] Matka uczy się dziecka, doświadcza jego niepowtarzalnej indywidualności, m.in. na podstawie obserwacji jego ruchów, domyśla się jego temperamentu i płci, ale dziecko, rozwijając się pod wpływem trybu życia, zachowania i emocji matki, „zna" ją niejako lepiej niż ona jego (Winnicott, 1993, s. 21-22).

trze przed urodzeniem dojrzewa do reagowania na bodźce i sytuacje w otoczeniu dziewięcioma sygnałami (zainteresowanie, radość, zaskoczenie, niezadowolenie, złość, strach, wstyd, wstręt, obrzydzenie) i od urodzenia stosuje je, by porozumieć się z tymże otoczeniem. Składają się one na „embriologię życia emocjonalnego" (Holinger, 2006, s. 18), stanowią nieuświadamiany fundament dla tworzenia się życia emocjonalnego po urodzeniu (por. np. Piontelli, 1992; Blum, 1993).

Zapisywanie doświadczeń prenatalnych dotyczy stanów neurohormonalnych, którym odpowiadają emocje matki, np. strachu lub radości, gniewu lub uspokojenia. Kształtują one określoną „orientację emocjonalną" dziecka, gdyż jego mózg przyzwyczaja się do wytwarzania odpowiadającego im układu hormonów, stanowiących biologiczne podłoże przeżywanego samopoczucia. W ten sposób „pamiętane" przez organizm emocje mają cechę względnej trwałości i mogą decydować o wrodzonej predyspozycji do lękowego, agresywnego lub radosnego wkroczenia w świat poza łonem matki. W zależności od indywidualnego stylu modulowania tymi sygnałami emocjonalnymi, uzależnionego od temperamentu dziecka (poziomu jego aktywności, reaktywności i ekspresji) oraz reakcji jego opiekunów na ten przedwerbalny język dziecięcych pragnień i potrzeb, tworzy się osobowość emocjonalna dziecka.

4. Płciowe zróżnicowanie rozwoju prenatalnego

Jednym z aspektów zainteresowań psychologii prenatalnej jest płciowe zróżnicowanie rozwoju człowieka. Dymorfizm płciowy, a więc dwupostaciowość organizmów odmiennych pod względem morfologicznym, fizjologicznym i psychicznym – jest szczególnie widoczna w zakresie układu rozrodczego, ale dotyczy również mózgu. Pod wpływem czynników genetycznych i hormonów z organizmu matki, łożyska oraz tych, które organizm dziecka produkuje, następuje maskulinizacja i feminizacja mózgu, a tym samym kształtują się potencjalne, płciowo zróżnicowane odmienności w rozwoju fizycznym i psychicznym[42]. Chemiczne neurotransmitery oraz hormony wpływają na aktywność elektryczną mózgu i jego strukturę, stąd funkcjonowanie umysłu, uczenie się, pamięć muszą być rozpatrywane z punktu widzenia fizyczno-chemicznych procesów, które leżą u ich podłoża, a one m.in. zależą od płci (Nyborg, 1994).

Płeć jest jednym z czynników różnicujących rozwój. W pewnych aspektach dziewczynki przed urodzeniem rozwijają się szybciej niż chłopcy (np. w zakresie rozwoju kostnego, zdolności słuchowych), u chłopców zaś szybciej przebiega proces wzrostu, dlatego przy urodzeniu są o 2-3% więksi i o 4% cięższi oraz mają większy

[42] Np. w zakresie wrodzonych wzorców spostrzegania, reagowania i zachowania; zadatków określonego typu temperamentu seksualnego i wydatkowania energii; pojawiającej się wiele lat później predyspozycji do zachowań seksualnych, rodzicielskich, opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

obwód głowy i klatki piersiowej. Chłopcy też są o wiele bardziej podatni na działanie czynników szkodliwych, znacznie częściej w ich przypadku dochodzi do samoistnych poronień, śmierci wewnątrzmacicznej, uszkodzeń okołoporodowych, chorób i wad wrodzonych oraz zachorowalności po urodzeniu. Badania ujawniają różnice międzypłciowe w biochemicznych procesach mózgowych już przed urodzeniem. Od urodzenia sposób traktowania dziecka przez najbliższych zależy od jego płci, stąd bardzo szybko różnice uwarunkowane biologicznie modelowane są przez czynniki społeczne.

Płciowe zróżnicowanie prenatalnego rozwoju jest zależne od różnych czynników, które mogą ten proces zaburzyć. Pojawienie się większej ilości testosteronu (np. z powodu schorzenia matki lub branych przez nią leków) może spowodować zaburzenia w rozwoju żeńskiego układu rozrodczego, maskulinizację mózgu i predyspozycję do rozwoju cech męskich u dziewczynki po urodzeniu (nawet bez zewnętrznych cech obojnactwa). Natomiast niedostateczna stymulacja androgenowa w różnych stadiach różnicowania struktur nerwowych przed urodzeniem może tworzyć sprzyjające warunki dla feminizacji mózgu genetycznie zdeterminowanego jako męski i spowodować pojawienie się żeńskich cech psychicznych i zaburzeń psychoseksualnych (np. Wolański, 1981, s. 217-218; Moir, Jessel, 1989; Vaughan, 1997).

5. Indywidualne zróżnicowanie w rozwoju prenatalnym człowieka

Każde dziecko prenatalne przejawia indywidualne cechy zachowania w odpowiedzi na docierające do niego bodźce zmysłowe i emocjonalne. Jego reakcje nie są tylko odruchowe i mechaniczne, ale zawierają cechy osobiste, np. temperamentalne.

Podłożem indywidualnego zróżnicowania w rozwoju są cechy układu nerwowego. W trzecim trymestrze zauważalne są już indywidualne różnice, uwidaczniające się w cechach temperamentu (w sile i szybkości reagowania na bodźce, trwałości, stałości i rytmiczności reakcji, impulsywności i ogólnej energii, żywotności, potrzebie ruchu), w spontanicznej aktywności, w elementarnych funkcjach popędowo-emocjonalnych, wzorcach ruchów, przejawach potrzeb, preferencjach, szybkości i trwałości uczenia się. Już wtedy takie dziedziczne cechy układu nerwowego, jak labilność i zrównoważenie, ekstrawersja i introwersja, mogą być uchwytne. Wszystko to stanowi elementy kształtowania się osobowego „ja" i ma znaczenie dla prognozy rozwoju dziecka po urodzeniu.

Starając się zrozumieć różnice między zachowaniami dzieci już w okresie prenatalnego rozwoju, należy odwołać się do dorobku psychologii różnic indywidualnych (Strelau, Zawadzki, 2008). Na przykład dzieci potrzebują różnej liczby powtórzeń bodźca dźwiękowego, aby nastąpiło zjawisko habituacji. Te, które wymagają mniejszej liczby prób w okresie prenatalnym, szybciej rozwijają się po urodzeniu (uzyskują lepsze wyniki w Skali Brazeltona i Bayleya – zob. Kornas-Biela, 1993a). Z obserwacji i badań empirycznych prowadzonych w pierwszych godzinach po urodzeniu wyni-

ka, że noworodki różnią się poziomem energetycznym (reaktywnością i aktywnością) oraz charakterystyką czasową reagowania (por. Strelau, 1978, s. 65-81), co wskazuje na biologiczne uwarunkowania temperamentu i jego wcześniejsze ukształtowanie, zgodnie z dziedzicznym wyposażeniem i zdarzeniami okresu prenatalnego (Lindgren, Byrne, 1971, s. 51).

Dzieci, które były ruchowo aktywne w łonie, okazywały się również lepiej rozwinięte psychoruchowo w wieku 3 lat, zaś te, które wykazywały małą spontaniczną aktywność w ostatnich 2 miesiącach przed urodzeniem, cechowały się wolniejszym rozwojem w zakresie psychomotoryki i mowy. Natomiast dzieci stale ruszające się w łonie, już od urodzenia częściej wykazują nadruchliwość, drażliwość, trudności w osiąganiu odprężenia, szybko reagują niepokojem, płaczem. Ta ponadprzeciętna aktywność dziecka może mieć podłoże zarówno dziedziczne, jak też hormonalne i może być wynikiem reakcji na ciągłe niedotlenienie (np. jeśli matka pali papierosy) lub stres przeżywany przez matkę.

Obserwowane różnice indywidualne w zachowaniach dzieci przed urodzeniem dotyczą nie tylko częstotliwości ruchów, ale również ich rodzaju. Każde dziecko wykonuje różne typy ruchów z inną częstotliwością. Intensywność i rodzaj aktywności w okresie prenatalnym pozwala na przewidywanie (z pewną dozą prawdopodobieństwa) ruchliwości dziecka po urodzeniu, jego wrażliwości lub odporności na bodźce oraz szybkości uczenia się. U każdego dziecka już przed urodzeniem uwidacznia się więc osobniczo zróżnicowana zdolność do uczenia się (Kornas-Biela, 2000b/2004).

Podobnie indywidualną charakterystyką dziecka są jego rytmy serca oraz ich stałość lub zmienność. Z badań longitudinalnych prowadzonych w USA wobec dzieci zdiagnozowanych prenatalnie (w 8 miesiącu), jako „kardiologicznie stałe" oraz „kardiologicznie labilne", okazało się, że te ostatnie również w wieku 20 lat określić można było jako „o niestałym rytmie serca", wrażliwym na docierające bodźce. Pewien styl, tworzącej się osobowości dziecka, uwidacznia się w reakcji na silny dźwięk, mierzonej wzrostem szybkości uderzeń serca. Sposób reagowania na stres dźwiękowy w okresie prenatalnym ma znaczenie w przewidywaniu sposobu reagowania w życiu na bodźce poznawcze lub uczuciowe.

Dzieci, które w okresie płodowym reagowały wolno i słabo na nagły, silny dźwięk, a szybkość uderzeń ich serca była stała i trudno je było wytrącić z rytmu (w starszym wieku) były stabilne emocjonalnie, nie wpadały w panikę w sytuacji nieoczekiwanego bodźca, kontrolowały swoje emocje i zachowanie, w myśleniu były konkretne, bez wybujałej fantazji. Natomiast dzieci, które w okresie prenatalnym reagowały żywo i szybko na każdy dźwięk, przez co częstotliwość i siła uderzeń ich serca była zmienna, oceniane były po urodzeniu jako nadpobudliwe, nadwrażliwe, mające żywą reakcję uczuciową i poznawczą na bodźce otoczenia, a w późniejszym życiu wykazywały większe przejawy twórczości, bujnej wyobraźni, żywą uczuciowość, uwzględnianie uczuć i opinii innych ludzi (Kornas-Biela, 1993a; 2000b/2004).

Indywidualność jako cecha rozwoju uwidacznia się szczególnie wyraźnie w wypadku bliźniąt, tym bardziej jednojajowych. Środowisko wewnątrzmaciczne jest dla każdego z nich inne i wpływa na kształtowanie się różnych doświadczeń. Tak zwany czysty przypadek, lepiej lub gorzej ukrwione miejsce wszczepienia w macicy, odmienne możliwości korzystania ze wspólnego łożyska, położenie przed porodem i wiele innych czynników decydują o tym, jakie geny zostaną uaktywnione oraz jakie stworzą warunki środowiskowe sprzyjające ujawnieniu się innych genetycznych predyspozycji, co powoduje, że jednojajowe bliźniaki już w chwili urodzenia nie są takie same (np. różnią się wagą, doświadczeniem w odbiorze bodźców słuchowych lub w pobudzeniach przedsionka[43]).

Od wczesnego okresu życia prenatalnego bliźniaki rozwijają swój własny typ temperamentu i wzorzec komunikacji dotykowej między sobą i z innymi, gdy jest ich więcej niż dwoje (por. Field, 1995). Te same zachowania, cechy oraz międzybliźniacze interakcje zaobserwowane przed urodzeniem można też dostrzec po urodzeniu (Piontelli, 1992). Prenatalne wzorce komunikacji między nimi są po urodzeniu kontynuowane i pomagają noworodkom w adaptacji do świata poza łonem matki, natomiast reakcja na śmierć bliźniaka czy przed, czy po urodzeniu, zależy od prenatalnych więzów między nimi (La Goy, 1993).

Podsumowując, można powiedzieć, że człowiek jest genetycznie zaprogramowany tak, że od poczęcia rozwija się jako istota psychofizyczno-społeczno-duchowa i już przed urodzeniem podlega różnorodnym wpływom, w tym o charakterze psychicznym, wychowawczym i społecznym. Jakość dokonującego się wtedy intensywnego rozwoju biologicznego ma wpływ na rozwój psychiczny i odwrotnie, funkcjonowanie pojawiających się pierwszych przejawów psychiki wpływa na ogólny rozwój dziecka. Istnieje bowiem zawsze sprzężenie zwrotne między wpływem somatopsychicznym a psychosomatycznym w rozwoju i konsekwencje tego wpływu są względnie trwałe. Kształtowanie się w tym okresie życia funkcji i umiejętności psychofizycznych oraz bazy dla osobowości jest zależne od oddziaływania ze strony dorosłych, od sprzężenia zwrotnego między dzieckiem i jego rodzicami, zwłaszcza matką. Dziecko jest podmiotem ich przeżyć, a rodzaj jego doświadczeń w interakcji z rodzicami od początku istnienia wpływa na jego rozwój (Ancona i in., 1993; Larocca, Foroni, 2001).

Okres prenatalny jest pierwszym, a więc wtedy tworzą się fundamenty pod całe zdrowie fizyczne i psychiczne. Proces rozwoju osobniczego jest bowiem ciągłością i każdy kolejny etap bazuje na poprzednim i wpływa na następne, a pośrednio również na jakość rozwoju dalszych generacji. Dlatego istnieją przesłanki przynaglające do podjęcia problemu metodologicznej refleksji nad możliwością zaproponowania pedagogiki prenatalnej.

[43] Różnice między bliźniakami już po urodzeniu wyjaśnia się odmiennymi warunkami rozwoju prenatalnego np. związanymi z dotlenieniem i odżywianiem w łonie, rywalizacją o przestrzeń, jak też zmianami, jakim genom ludzki podlega przez całe życie.

IV. Struktury naukotwórcze pedagogiki prenatalnej

Pedagogika prenatalna, pojawiając się na terenie nauk o wychowaniu jako dziedzina penetrująca poznawczo nowy teren rzeczywistości, ma już własne formy organizacyjne jej uprawiania. Różne przejawy organizacyjnego statusu wyłaniającej się pedagogiki prenatalnej funkcjonują już w ramach np. edukacji prenatalnej, psychologii prenatalnej, edukacji zdrowotnej, andragogiki życia rodzinnego, pedagogiki rodziny, zawierając treści edukacyjne i wychowawcze odnoszące się do prenatalnego okresu życia człowieka i prokreacji.

Jednym z ważnych zewnętrznych kryteriów świadczących o możliwości wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej wśród innych nauk o wychowaniu, jest funkcjonowanie różnych struktur naukotwórczych, jakimi są organizacje i czasopisma poświęcone psychopedagogicznym aspektom prokreacji i prenatalnego okresu życia człowieka, ośrodki badań naukowych oraz szkoleniowe, zajmujące się aplikacją dorobku teoretycznego w tym zakresie, organizowane konferencje i sympozja naukowe, jak też uprawomocnienie jej poprzez wyodrębnienie specjalnego przedmiotu studiów uniwersyteckich[44]. Edukacja prenatalna poza granicami naszego kraju jest nauką, która ma bogatą literaturę przedmiotu oraz wiele form jej upowszechniania.

Na świecie istnieje kilka znanych organizacji, które zajmują się zarówno edukacją prenatalną, jak i pewnymi aspektami wychowania prenatalnego oraz profilaktyką i terapią zaburzeń mających związek z prokreacją i prenatalnym okresem życia (Kornas-Biela, 2002a). Mają one najczęściej w swojej nazwie afiliację psychologiczną, ale analiza ich celów i konkretnych przedsięwzięć wyraźnie wskazuje, że duży zakres aktywności poświęcają na edukację prenatalną oraz wypracowanie form komunikacji prenatalnej i stymulacji rozwoju dziecka przed urodzeniem.

Poza tym stowarzyszenia te współpracują między sobą, organizując, np. wspólne konferencje lub szkolenia, czego przykładem może być Kongres „The Prenatal Experience. Within Neurosciences, Medicine, Psychology and Education", który odbył się na Uniwersytecie w Parmie, 24-25.05.2008 roku, a zorganizowany został przez tenże Uniwersytet we współpracy z trzema poniżej omówionymi organizacjami (ISPPPM, ANEP, OMAEP) oraz Specjalnym Komitetem ds. Edukacji w Pre- i Perinatalnej Psychologii i Medycynie. Kongres ten miał na celu podkreślenie, iż życie emocjonalne i społeczne zaczyna się przed urodzeniem, a nasze podstawowe poczucia bezpieczeństwa oraz prazaufania do świata i ludzi mają swoje źródło w przeżyciach okresu prenatalnego, dlatego wspieranie ludzkiego rozwoju musi

[44] Pomimo braku w polskiej literaturze konkretnych opracowań dotyczących pedagogiki prenatalnej, funkcjonuje ona jako przedmiot studiów uniwersyteckich np. w KUL. Osoby podejmujące zagadnienia z tej dziedziny w ramach zajęć dydaktycznych napotykają trudności z dotarciem do literatury przedmiotu. Tym więc większa jest potrzeba rozwinięcia problematyki od strony naukowej, gdyż okazuje się, że praktyka życia wyprzedziła refleksję teoretyczną.

zacząć się od poczęcia, a wiedza o tym powinna być przekazywana w procesie edukacji dzieci i młodzieży.

1. Międzynarodowe Towarzystwo Prenatalnej i Perinatalnej Psychologii i Medycyny

Wyrazem wzrastającej wiedzy dotyczącej prenatalnego okresu życia człowieka oraz potrzeby skupienia osób zajmujących się w różnych aspektach problematyką rozwoju przed urodzeniem było utworzenie pierwszej organizacji – Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie, przekształconej w The International Study Group for Prenatal Psychology (ISPP). Organizacja ta została założona 26 lipca 1971 w czasie trwania Światowego Kongresu Psychoanalitycznego w Wiedniu, z inspiracji szwajcarskiego doktora medycyny, psychoanalityka, zajmującego się już od lat dwudziestych XX wieku badaniem psychiki w najwcześniejszych stadiach rozwoju człowieka – Gustawa Hansa Grabera.

Następcą G.H. Grabera, pełniącego funkcję prezydenta ISPP, był psycholog rozwojowy, również psychoanalityk – Sepp Schindler (1976-1983, Salzburg, Austria). Od 1983 do 1992 r. prezydentem ISPPPM był ginekolog, położnik Peter G. Fedor-Freybergh (Sztokholm), a następnie w latach 1992-1995 również profesor medycyny, ginekolog i położnik – Rudolf Klimek (Kraków); w latach 1995-2005 – dr medycyny, znów praktykujący psychoanalityk – Ludwig Janus (Heidelberg, Niemcy), a od 2005 r. – dr Rupert Linder, ginekolog, położnik i psychoterapeuta (Birkenfeld, Niemcy). Wiceprzewodniczącym jest obecnie psycholog Jenö Raffai (Węgry). W latach 1974-1986 prestiżowe stanowisko członka zarządu tej międzynarodowej organizacji zajmował Włodzimierz Fijałkowski z Polski.

Fakt, iż Towarzystwo to zostało założone i rozwijane przez profesjonalistów nurtu psychoanalitycznego, zaważyło na problematyce podejmowanej w ramach różnych organizowanych przez nich przedsięwzięć. Jednak ich biologiczne i medyczne zorientowanie dość szybko owocowało wykorzystywaniem wiedzy empirycznej i potrzebą jej praktycznego zastosowania w psychoprofilaktyce. Tendencje te zaznaczają się już w treściach pierwszych organizowanych kongresów: 1972, Fryburg: „Fundamentalne podstawy psychologii prenatalnej"; 1973, Paryż: „Badania percepcji i odczuwania w okresie prenatalnym"; 1975, Monachium: „Teoretyczne i praktyczne aspekty pre- i perinatalnej psychologii i psychoterapii"; 1976, Berno: „Interpretacja pre- i perinatalnych traumatycznych doświadczeń w psychoterapii"; 1978, Salzburg: „Noworodek – wejście w nowy świat" (Fijałkowski 1978; Schindler, 1982); 1979, Basel: „Doświadczenie i zachowanie człowieka w prenatalnym okresie życia"; 1983, Düsseldorf: „Wrażliwość na dziecko – dialog z dzieckiem".

Fakt, że osobami przewodniczącymi Towarzystwu byli również profesorowie medycyny, specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa, zadecydowało o większej otwartości ISPPPM na zagadnienia związane z prenatalnym okresem rozwoju

człowieka, rozpatrywane z punktu widzenia innych niż psychoanalityczny paradygmat i różnych dziedzin wiedzy zajmujących się tym okresem życia człowieka. Tematyka publikowanych w tym czasie artykułów w oficjalnym piśmie Towarzystwa oraz organizowanych międzynarodowych kongresów ilustruje dalszy rozwój zainteresowań nie tylko psychologią prenatalną, ale też, np. edukacją i stymulacją prenatalną i wzrastającą interdyscyplinarnością.

Z psychoanalitycznego modelu psychologii prenatalnej (Graber, Caruso, Kruse), wzbogaconej o teoretyczne i metodologiczne pojęcia psychologii rozwoju (Schindler) i embriologii (Blechschmidt) rozwinęły się zainteresowania Towarzystwa w kierunku psychoneuroendokrynologii ciąży i porodu (Fedor-Freybergh), co przyciągnęło lekarzy (ginekologów, położników, neonatologów, pediatrów, endokrynologów) i psychologów oraz przedstawicieli innych profesji. Związana z nią idea wczesnej i podstawowej profilaktyki (*primary prevention*) stała się inspiracją dla aktywności w Towarzystwie „nauczycieli porodu" i przedstawicieli służb społecznych, w tym pedagogów.

Tematyka następnego jubileuszowego kongresu, zorganizowanego w 15-lecie Towarzystwa w 1986 roku w Badgastein, była bardzo zróżnicowana. Już sam tytuł kongresu odzwierciedlał interdyscyplinarne ujęcie problemów prenatalnych – „Wkład psychologii prenatalnej do profilaktycznie zorientowanej medycyny, psychologii i nauk społecznych" („The Contribution of Prenatal Psychology to Preventive Medicine, Preventive Psychology and Preventive Aspects of the Socially-Oriented Professions"). Zagadnienia poruszane w ramach tego kongresu, w którym uczestniczyli przedstawiciele 22 krajów, zostały omówione w artykule Kornas-Bieli (1992b, f) oraz opublikowane w kilkusetstronicowych książkach, dostępnych w języku niemieckim i angielskim (Fedor-Freybergh, 1987; Fedor-Freybergh, Vogel, 1988). W czasie tego jubileuszowego kongresu przemieniono nazwę organizacji na Międzynarodowe Towarzystwo Pre- i Perinatalnej Psychologii i Medycyny (The International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine – ISPPPM).

Kongres w Badgestein (1986) był bardzo ważny, gdyż zostały przełamane bariery pomiędzy profesjonalistami – naukowcami i praktykami. Podkreślono znaczenie sprawdzania wiedzy prenatalnej poprzez praktyczne wdrażanie jej osiągnięć, dlatego wypromowano nastawienie na prewencję i prenatalne usługi zdrowotne. Towarzystwo przyjęło charakter międzynarodowego forum wymiany informacji i doświadczeń naukowych oraz praktycznych. Członkami Towarzystwa są osoby z kilkudziesięciu krajów (już w 1988 roku reprezentowane były 32 kraje).

Poza tym, od czasu kongresu w Badgestein, ważną charakterystyką Towarzystwa jest jego interdyscyplinarny charakter. Zrzesza ono osoby o bardzo zróżnicowanych zawodach, jak: położnicy, ginekolodzy, pediatrzy, endokrynolodzy, embriolodzy, genetycy, psychiatrzy, psycholodzy, pracownicy socjalni, socjolodzy, pedagodzy, położne, pielęgniarki, antropolodzy, etolodzy, etnografowie i etnolodzy, historycy kultury, etycy, filozofowie, prawnicy, lingwiści, ekonomiści. Okazuje się bowiem, że problemy związane z prokreacją i wczesnym rozwojem człowieka, są tak złożone

i wieloaspektowe, że istnieje konieczność współpracy specjalistów z różnych dziedzin. W przeciwnym wypadku nie jest możliwe rozumienie tych problemów.

Następny kongres odbył się w Jerozolimie (1989) na temat „Spotkanie z nienarodzonym" („Encounter with the Unborn"). W czasie jego trwania podejmowano problemy AIDS, szkodliwych czynników ekologicznych (np. promieniowania, które okazało się być realnym zagrożeniem po katastrofie w Czarnobylu), użycia technologii w zastosowaniu do środowiska płodowego, psychoneuroendokrynologii i psychoneuroimmunologii płodowej oraz kulturowych uwarunkowań opieki prenatalnej i doświadczeń związanych z porodem. Kongres w Krakowie (1992) – „Nienarodzone dziecko w rodzinie" („The Unborn Child within the Family") zgromadził setki uczestników, a część wygłoszonych wtedy referatów została opublikowana w książce *Pre-Peri-Natal Psycho-Medicine* (Klimek 1992).

Materiały z następnego kongresu, który odbył się w Heilderbergu w maju 1995 roku, ukazały się drukiem pod tym samym tytułem, pod którym zorganizowano Kongres: „A time to be born" (Klimek i in., 1996). Temat Kongresu podkreślał progres, jaki osiągnięto w zakresie położnictwa, neonatologii i psychologii prenatalnej, polegający na zaakceptowaniu ciąży i porodu jako naturalnych procesów i uświadomieniu sobie ich znaczenia jako ważnej części ludzkiego życia (zarówno dla dziecka, matki, jak i ojca). W czasie obrad Kongresu znalazło wyraz przeświadczenie o prawie dziecka do urodzenia się o własnych siłach i we „własnym czasie" oraz o ważności porodu dla tworzenia się indywidualnej tożsamości oraz sposobu doświadczania świata w przyszłości.

Problematyka kolejnych kongresów ilustruje coraz większą świadomość, iż ludzkie prenatalne doświadczenia mają wpływ na wzorce zachowań po urodzeniu, a tym samym na życie społeczne. To znaczenie prenatalnego okresu potwierdzają osiągnięcia neurobiologii prenatalnej, psychobiologii, psychotraumatologii i badań nad stresem oraz dane z sesji psychoterapeutycznych obejmujących prelingwalny etap życia (analizy przypadków).

Oto tematy podejmowane w trakcie kolejnych kongresów: 1998, Londyn – „Świadomość narodzin. Doświadczenie życia" („Conscious Birth. The Experience of a Lifetime"); 2000, Cagliari – „Psychologia prenatalna – metodologia badań" („Prenatal Psychology: Methodology in Research"); 2001, Sydney – „Pokonać przepaść: prenatalne i postnatalne życie" („Bringing the Gap: Prenatal and Postnatal Life"); 2002, Budapeszt – „Znaczenie życia prenatalnego dla indywiduum i społeczeństwa. Perspektywa integracji medycznych, psychologicznych i psychoanalitycznych aspektów prenatalnego rozwoju" („The Importance of Prenatal Psychic Space for the Individual and Society. Towards an Integration of Medical, Psychological and Psychoanalytical Aspects of Prenatal Development"); 2005, Heidelberg – „Antropologia i psychologia ciąży i porodu" („The Anthropology and Psychology of Pregnancy and Birth"); 2007, Moskwa – „Nienarodzony i społeczeństwo" („The Unborn Child and Society"); 2008, Heidelberg – „Prewencja – wczesny dialog" („Prevention – Early Dialogue"). Kolejny kongres odbędzie się w Belgii.

Obecnie ISPPPM jest organizacją zrzeszającą przedstawicieli różnych krajów i zawodów, zainteresowanych prenatalnym i perinatalnym okresem życia i akceptujących integralne, humanistyczne oraz ekologiczne podejście do niego. Zgodnie z tym ujęciem, życie ludzkie jest traktowane od poczęcia, przez okres prenatalny, perinatalny i pozostałe etapy postnatalnego życia człowieka jako niepodzielna całość i kontynuacja wszystkich fizycznych i psychicznych funkcji, bez separacji tego, co „cielesne" i „umysłowe". W istocie ludzkiej wszystkie fizyczne, psychiczne i społeczne aspekty jej życia są zawsze (od poczęcia) integralnie związane ze sobą. Prenatalny i perinatalny okres życia jest ujmowany jako istotny w „ekologii człowieka", a łono matki, jako jego pierwsze środowisko życia (por. Kornas-Biela, 2000a). Przyjmuje się, że przedurodzeniowy etap życia daje unikalną możliwość zapobieżenia psychicznym i fizycznym zaburzeniom oraz zwiększenia jakości życia po urodzeniu (por. Kornas-Biela, 1999i). Właściwa opieka prenatalna ze strony rodziców i służb medycznych zmniejsza ryzyko zaburzeń rozwojowych i pozwala lepiej wykorzystać potencjalne możliwości rozwoju dziecka po urodzeniu.

ISPPPM inspiruje i zachęca do prowadzenia badań, nauczania oraz terapii dotyczącej pre- i perinatalnego okresu życia oraz do promowania wśród specjalistów z różnych dziedzin i popularyzowania wiedzy o rozwoju prenatalnym, o czynnikach, które go warunkują i ich odległych konsekwencjach w postnatalnym życiu. Jedną z form jej aktywności jest wydawanie czasopisma „International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine", którego celem jest informowanie, promowanie i stymulowanie badań oraz praktyki w zakresie opieki pre- i perinatalnej z biologicznego, psychopedagogicznego i socjologicznego punktu widzenia, a także akcentowanie ważności profilaktyki w tym okresie.

Poza tym organizowane są nie tylko co trzy lata międzynarodowe kongresy, ale również coroczne regionalne spotkania naukowe. Między kongresami organizowane są sympozja i konferencje lokalne, np. w Kolonii (Kölner Arbeitstagung) i w Heidelbergu (Heidelbeger Arbeitstagung i Wochenendseminar), głównie przez oddziały krajowe Towarzystwa, jak to jest, np. w Szwajcarii (ISPPPM Schweiz), w Niemczech, Włoszech, Anglii, Holandii, Izraelu, Rosji, np. w Rosji odbyło się już kilka kongresów (Moskwa, 23-25.11. 2003; 29.05-2.06.2005) pod wspólnym tematem „Przez integrację nauk do ochrony zdrowia reprodukcyjnego" („Through the integration of sciences – to the preservation of family reproductive health"). Przykładem wkładu pedagogów w te inicjatywy jest udział w sesji plenarnej Kongresu rosyjskiej gałęzi ISPPPM nt. „Zdrowie reprodukcyjne społeczeństwa" (26-30.05.2006, St. Petersbug) rosyjskich profesorów pedagogiki: N.A. Chicherina, L.A. Michailova i B.A. Titova.

Towarzystwo to ściśle współpracuje z innymi organizacjami, szczególnie z The Association for Pre- and Perinatal Psychology and Health (APPPAH), Italian Society for Prenatal Education (ANEP – Italia), Italian Prenatal Psychology Society (ANPEPP), Coalition for Improving Maternity Services (CIMS).

Towarzystwo przyznaje w trakcie kongresów dwie nagrody: *Gustav Hans Graber Award* za najlepsze naukowe osiągnięcia w szeroko rozumianej psychologii

prenatalnej oraz *Mrs. Elda Scarzella – Mazzocchi Award* za „osiągnięcia o charakterze humanitarnym", praktycznym.

2. Towarzystwo Pre- i Perinatalnej Psychologii i Zdrowia

Wśród organizacji o zasięgu światowym odnotować można działającą głównie na kontynencie amerykańskim (USA i Kanada) – The Association for Pre- and Perinatal Psychology and Health (APPPAH). Została ona założona w 1983 r. przez dr. Thomasa R. Verny'ego i Davida Chamberleina jako The Pre- and Perinatal Psychology Association of North America (PPPANA) i pod tą nazwą funkcjonowała do końca 1993 roku.

Inspiracji dla idei utworzenia Towarzystwa należy szukać we wstępie do książki T. Verny'ego i J. Kelly *The Secret Life of the Unborn Child* (1981, s. 11)[45], w którym autor wspomina o swoim spotkaniu z kobietą. Obserwacja jej zachowań w czasie ciąży oraz zachowań jej dziecka po urodzeniu przekonała go o wpływie prenatalnych doświadczeń na postnatalne zachowanie. To zachęciło go do kilkuletnich poszukiwań i badań dotyczących psychologicznych aspektów pre- i perinatalnego rozwoju. Po opublikowaniu książki, będącej pokłosiem studiów w tej dziedzinie oraz doświadczeń z prowadzonej terapii, doszło do spotkania T. Verny'ego z D. Chamberleinem, który bezskutecznie próbował upowszechnić wyniki prowadzonej przez siebie terapii hipnotycznej, w której pacjenci docierali do pamięci z okresu porodu. Oboje byli przekonani, że nadszedł czas dla szerszej edukacji i rozpowszechniania wiedzy z zakresu psychologicznych aspektów rozwoju prenatalnego, ciąży, porodu i pierwszych kontaktów rodziców z dzieckiem. Utworzenie Towarzystwa stało się „koniecznością".

Najpierw PPPANA swoim zasięgiem obejmowała Kanadę, a następnie rozszerzyła działania jako organizacja o charakterze edukacyjnym również na terenie USA. Przez wiele lat prezydentem tej organizacji był David Chamberlain, następnie psycholog Barbara Findeisen, a wiceprezydentem – Michael D. Trout (dyrektor The Infant Parent Institute), obecnie (2009) funkcje co-prezydentów pełnią dwie osoby: Wendy McCord (Gilbert, AZ) i William Emerson (Petaluma, CA), a wiceprezydentem jest Barbara Findeisen (Tumacacori, AZ).

APPPAH stanowi forum skupiające profesjonalistów różnych dziedzin, np. medycyny (w tym lekarze, położne, pielęgniarki), psychologii, pedagogiki, socjologii, zajmujących się problemami prenatalnego i perinatalnego okresu życia (np. osoby prowadzące szkoły rodzenia, rehabilitanci, psychoterapeuci, muzykoterapeuci, pracownicy socjalni). Jednakże członkami Towarzystwa mogą być również wszyscy zainteresowani psychologicznymi aspektami pre- i perinatalnych doświadczeń człowieka oraz edukacją prenatalną.

[45] Książka ta została przetłumaczona na 25 języków, tylko w Japonii sprzedano ćwierć miliona egzemplarzy. Zainspirowała rozwój wiedzy w tej dziedzinie i wiele praktycznych innowacji.

Misją APPPAH jest przede wszystkim edukacja. Chodzi tu o edukację profesjonalistów oraz różnych grup społecznych w zakresie problematyki związanej z ochroną zdrowia człowieka od jego poczęcia po pierwsze dni po urodzeniu. Cele edukacyjne widoczne są bardzo wyraźnie w statucie APPPAH oraz w treści wydawanego przez tę organizację czasopisma „Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health". Są nimi:

– sprzyjanie rozwojowi wiedzy dotyczącej psychologicznych czynników wpływających na poczęcie, rozwój prenatalny i ciążę, narodziny i poród oraz okres noworodkowy i połóg;

– badanie mechanizmów wzajemnej interakcji między matką i ojcem oraz ich dzieckiem przed i po urodzeniu;

– wyjaśnianie psychicznych konsekwencji stosowania w czasie ciąży i porodu technologii i interwencji medycznych;

– poddawanie analizie wpływu środowiska fizycznego i społecznego na kobietę w czasie ciąży, porodu i bezpośrednio po porodzie oraz na dziecko w tym okresie, bowiem ze względu na ścisłą wzajemną zależność dziecka i matki wszystko, co służy zdrowiu i samopoczuciu matki (np. zdrowa żywność, nieskażone środowisko zewnętrzne, wsparcie otoczenia), ma pozytywny wpływ na dziecko;

– wypracowanie zaleceń profilaktycznych w stosunku do okresu pre- i perinatalnego oraz metod terapii osób w różnym wieku, które doświadczają skutków urazów doznanych w okresie prenatalnym, traumy porodowej oraz zranień z wczesnego okresu po urodzeniu;

– wprowadzanie standardów, które podniosą bezpieczeństwo i stopień zadowolenia z przebiegu ciąży, porodu i połogu dla wszystkich zaangażowanych osób – matki, ojca, dziecka i osób pomagających, np. służb medycznych;

– naświetlanie moralnych, etycznych i prawnych dylematów, przed jakimi staje społeczność korzystając z aborcji, różnych technik diagnostyki prenatalnej i sztucznego zapłodnienia, adopcji po urodzeniu;

– gromadzenie i rozpowszechnianie wiedzy obejmującej wszystkie aspekty pre- i perinatalnej psychologii oraz medycyny zdrowia poprzez różne formy przekazu i edukacji.

Aby zrealizować powyższe cele, APPPAH organizuje konferencje i warsztaty szkoleniowe, publikuje czasopismo i okólnik z nowościami, prowadzi stronę internetową, promuje badania, bierze udział w lokalnych działaniach na rzecz promocji zdrowia dziecka przed urodzeniem i warunków jego rodzenia się, współpracuje z akcjami, np. na rzecz profilaktyki pre- i perinatalnej traumy. Jedną z form aktywności APPPAH jest organizowanie międzynarodowych kongresów, które odbywają się co dwa lata: 1983 – Toronto; 1985, 2005 – San Diego; 1987, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 – San Francisco; 1989 – Amherst; 1991- Atlanta; 1993 – Waszyngton; 2007 – Los Angeles; 2009 – Pacific Grove, CA.

Obecnie, po 25 latach działalności APPPAH z jeszcze większą intensywnością działa w zakresie:

– uświadamiania opinii publicznej, iż człowiek przed urodzeniem jest istotą świadomą, ekspresyjną, zdolną do komunikacji i wrażliwą na bodźce oraz różne czynniki rozwoju;

– pobudzania świadomości społecznej, dotyczącej długofalowych konsekwencji warunków poczęcia, przebiegu prenatalnego rozwoju i rodzenia się na życie indywiduum, rodziny i społeczeństwa, czyli co do rozwojowego znaczenia doświadczeń pre- i perinatalnych;

– wykrywania związku między warunkami poczęcia, ciąży i porodu a dobrostanem rodzącego się dziecka, jego zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz zdrowiem społeczeństwa, by przedsięwziąć działania sprzyjające profilaktyce zaburzeń rozwoju; propagowanie zmian w zakresie opieki przed i okołoporodowej;

– redefiniowania rodzicielstwa jako roli rozpoczynającej się nie po urodzeniu dziecka, ale przed jego poczęciem.

Edukacyjna i popularyzatorska działalność Towarzystwa skierowana jest zarówno do środowisk zaangażowanych profesjonalnie, jak i do samych rodziców, a nawet do ludzi młodych, niebędących rodzicami. Podkreśla się bowiem wyraźnie, że rodzicielstwo nie zaczyna się od urodzenia dziecka, a tym bardziej nie, jak to sugeruje mentalność kultury zachodniej przełomu wieków XX i XXI, od decyzji rodziców, że czują się rodzicami. Niestety, bowiem coraz częściej staje się popularny pogląd, że rodzicielstwo jest konsekwencją świadomej decyzji o podjęciu się tej roli, nie jest zaś wyznaczone faktem poczęcia dziecka a nawet jego urodzenia.

APPPAH propaguje ideę tzw. wczesnego rodzicielstwa, tzn. aktywnego zaangażowania na rzecz dziecka od rozpoznania jego poczęcia, a nawet poprzez przygotowanie się do tego. Postawa ta wynika ze świadomości, że możliwość poczęcia i jakość zdrowia dziecka zależą w dużym stopniu od czynników prekoncepcyjnych, związanych z stanem zdrowia rodziców, rodzajem ich pracy zawodowej, stylem życia, odżywianiem, nawykami, nałogami, skażeniami środowiska naturalnego, stresem, atmosferą uczuciową w domu oraz wsparciem ze strony otoczenia. Stąd małżonkowie, zanim zaproszą dziecko na świat, mogą już z rodzicielską troską podjąć starania, by stworzyć jak najlepsze warunki dla jego poczęcia i rozwoju. Mogą więc już czuć się rodzicami dziecka, które zamierzają począć.

Troskę o ekologię łona i narodzin traktuje się jako wyraz troski o ekologię naszej planety. Dzieci są przyszłością świata i zgodnie ze swym doświadczeniem, będą decydować o przyszłych układach rodzinnych, społecznych, politycznych. Jedno z przesłań APPPAH, sformułowane z okazji kongresu w 1999 roku nt. „Narodziny i świadomość w nowym milenium", wyraża tę myśl: „Jesteśmy odpowiedzialni, by prenatalne dzieci i noworodki traktować jako świadome i inteligentne istoty ludzkie. Wiedzę o świecie, jaką im wtedy przekażemy, one przekażą dalej światu". Im większy spokój, zaufanie, akceptacja, harmonia panuje w psychice matki brzemiennej, tym bardziej przyjazne jest dziecku jego środowisko życia, tym bardziej ludzki będzie świat w przyszłości.

Jedną z inicjatyw APPPAH było powołanie The Santa Barbara Graduate Institute, który oferuje program studiów w dziedzinie pre- i perinatalnej psychologii oraz

edukacji prenatalnej na poziomie magisterskim i doktorskim. Oprócz współpracy z ISPPPM organizacja APPPAH przynależy, podobnie jak ISPPPM, do Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). APPPAH współpracuje również z Organisation Mondiale des Associations pour l'Education Prenatale (Światowa Organizacja Stowarzyszeń Edukacji Prenatalnej) oraz z Archives for Psychology of Pre- and Perinatal Life, przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu w Salzburgu. Każda z tych organizacji oraz wydawane przez nią czasopismo ma nieco inne zorientowanie teoretyczne. W ISPPPM dominują prace realizowane w nurcie psychoanalitycznym, natomiast w APPPAH przeważa paradygmat humanistyczny, integralny i ekologiczny[46].

3. Światowa Organizacja Stowarzyszeń Edukacji Prenatalnej

Pierwsze Towarzystwo Edukacji Prenatalnej powstało we Francji w 1982 r. z inicjatywy lekarzy, położnych, psychologów, pedagogów i rodziców. W miarę powstawania podobnych organizacji w innych krajach (np. 1986 rok – Hiszpania, Grecja, 1990 – Portugalia, Norwegia, 1991 – Belgia, 1993 – Włochy, Rosja), pojawiła się potrzeba koordynacji, wymiany i współpracy między nimi, stąd w 1991 roku utworzono Światową Organizację Stowarzyszeń Edukacji Prenatalnej (Organisation Mondiale des Associations pour l'Education Prenatale, OMAEP) z siedzibą w Francji. Jej przewodniczącą jest Marie-Andrée Bertin.

OMAEP obejmuje 15 organizacji krajowych: 12 w Europie (Francja, Niemcy, Szwajcaria, Belgia, Norwegia, Włochy, Hiszpania, Portugalia, Grecja, Łotwa, Bułgaria, Rumunia), 3 w Ameryce Płd. (Boliwia, Wenezuela i Kolumbia), jedną w Ameryce Płn. (Kanada) i jedną w Afryce (Kongo). W trakcie tworzenia się są oddziały na Haiti i w Gabonie. W czerwcu 1994 podjęto starania o utworzenie Polskiego Stowarzyszenia Edukacji Prenatalnej, ale zakończyły się one niepowodzeniem. Wszystkie stowarzyszenia narodowe mają swój indywidualny charakter i prowadzą działalność wynikającą z potrzeb i uwarunkowań lokalnych, ale ich nadrzędnym i jednoczącym celem jest edukacja prenatalna skierowana na zapobieganie niepowodzeniom ciążowym, zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży, porodu i połogu oraz profilaktykę i wspieranie rozwoju człowieka w okresie pre- i perinatalnym.

Zgodnie ze statutem OMAEP jej celem jest promocja edukacji prenatalnej w świecie poprzez zrzeszenie niedochodowych stowarzyszeń i związków zajmujących się kształceniem przedporodowym lub działalnością mogącą wpłynąć na rozwój edukacji prenatalnej. Edukacja prenatalna obejmuje poznanie, gromadzenie i roz-

[46] Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż również w Polsce w Instytucie Matki i Dziecka powstała idea a nawet program, którego celem było wdrożenie opieki prekoncepcyjnej na poziomie całego kraju (Chazan, 1997, 1999). Na skutek zmian politycznych nie został on skutecznie wdrożony, ale świadomość korzyści płynących z fizycznego, psychicznego i duchowego przygotowania do poczęcia dziecka jednak pozostała.

powszechnianie wiedzy (informacji naukowej), głównie medycznej i psychologicznej, dotyczącej dziecka przed urodzeniem oraz warunków i czynników zagrażających rozwojowi, jak też wspierających i optymalizujących harmonijny rozwój fizyczny i psychiczny w pre- i perinatalnym okresie życia.

Prowadzona przez OMAEP edukacja prenatalna skierowana jest do starszej młodzieży, młodych małżeństw, przyszłych rodziców, a zwłaszcza do obojga rodziców począwszy od prenatalnej fazy ich rodzicielstwa. Popularyzacja wiedzy następuje bardzo zróżnicowanymi środkami, poprzez publikację książek, czasopism, broszur, materiałów dydaktycznych dla placówek służby zdrowia, organizowanie szkoleń dla młodzieży i dorosłych oraz dla profesjonalistów, różnego typu wystaw i konferencji lokalnych (np. stowarzyszenie francuskie zorganizowało ich ponad 1000) i międzynarodowych. Jedną z form aktywności OMAEP są kongresy i spotkania[47], audycje radiowe i telewizyjne, rozpowszechnianie materiałów audiowizualnych. OMAEP nie prowadzi badań naukowych, ale współpracuje z naukowcami, wykorzystując ich wiedzę w praktyce, m.in. w przygotowaniu programów edukacyjnych i ich realizacji w ramach różnych propagowanych przez nią form kształcenia, np. przedporodowego, jakim są szkoły rodzenia.

Szczególnie aktywną sekcją krajową OMAEP jest Associazione Nazionale per l'Educazione Prenatale (ANEP – Italia), powstała w 1993 roku. Ma ona 11 lokalnych oddziałów w całych Włoszech. Organizuje spotkania formacyjne, konferencje, kongresy[48]. Prowadzi różne kursy, np. muzykoterapii prenatalnej, masażu noworodka. Wydaje swoje oficjalne pismo, kwartalnik „Educazione Prenatale" oraz prowadzi kształcenie profesjonalistów w ramach Scuola Internazionale di Aggiornamento Professionale.

4. Towarzystwo Psychologii i Edukacji Prenatalnej

Oprócz wspomnianych organizacji istnieją również w wielu państwach różne stowarzyszenia, które bezpośrednio lub pośrednio zajmują się na swoim terenie edukacją prenatalną, wspomaganiem rodziców w związku z ciążą, porodem lub niepowodzeniami prokreacyjnymi, popularyzowaniem wiedzy dotyczącej najwcześniejszego etapu życia człowieka[49]. Przykładem takiej organizacji jest działająca na

[47] Pierwszy Światowy Kongres Edukacji Prenatalnej odbył się w Grenadzie w 1993 r. („The Mother, Her Child, Our Future"), następne, np. w 1994 r. w Atenach był poświęcony m.in. roli ojca w edukacji prenatalnej oraz jej znaczenia dla planowania rodziny; w 2001 r. w Porto La Cruz omawiano temat profilaktyki przemocy („Towards a Violence – Free World").

[48] Np. Międzynarodowy Kongres pt. „Biological and Physiological Fundaments in Prenatal Education" (18-21.03.1998); sympozjum w Biarritz nt. „Edukacja prenatalna dla kultury pokoju" (25-26.05.2002); kongres w Mediolanie: 9-10.06.2001; sympozjum w Montrealu: 29-30.09.2001.

[49] Przykładem organizacji o mniejszym zasięgu zajmującą się problematyką prenatalną jest, np. psychoanalitycznie zorientowane stowarzyszenie Brazilian Association for the Study of Pre-

terenie Włoch Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale (ANPEP). Przewodniczącą Towarzystwa jest Gino Soldera, psycholog i psychoterapeuta. Towarzystwo to ma swoje oddziały w 15 miastach Włoch, prowadzi rocznie wiele kursów i warsztatów z zakresu edukacji prenatalnej, organizuje konferencje, od 1999 roku wydaje newsletter (ANPEP News) oraz specjalistyczne czasopismo „Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale".

W swoich zamierzeniach ANPEP zajmuje się:

– dokumentowaniem oraz prowadzeniem badań naukowych zarówno eksperymentalnych, jak i aplikacyjnych;

– promocją wiedzy psychologicznej i pedagogicznej dotyczącej prenatalnego okresu życia człowieka przez różne formy edukacyjne (np. organizowanie konferencji, publikacje) celem wszechstronnego rozwoju potencjalności człowieka oraz prewencji zaburzeń;

– formacją z zakresu „edukacji prenatalnej" w trakcie specjalnych kursów, które służą nie tylko przekazaniu systematycznej wiedzy, ale też pracy nad sobą i samorealizacji uczestników;

– budzeniem świadomości opinii publicznej przez wykorzystanie mediów, co do znaczenia prenatalnego okresu rozwoju człowieka dla całości jego życia oraz dla rodziny i społeczeństwa.

W ramach swojej działalności Towarzystwo powołało do życia instytut zwany: Scuola di Vita Prenatale im. Adriano Milani Comparetti, który w zależności od programu można ukończyć, otrzymując tytuł eksperta psychopedagogiki prenatalnej („Esperto in psicopedagogista prenatale") albo też otrzymać dyplom ukończenia kursu „Educare prima" lub „Respiro movimento integrato".

5. Międzynarodowe Stowarzyszenie Edukacji Porodowej

Przykładem organizacji, która zajmuje się bardziej wąską dziedziną wiedzy i praktyki dotyczącej prokreacji i prenatalnego okresu życia człowieka, jest International Childbirth Education Association (ICEA), której centrum znajduje się w Raleigh (North Carolina, USA), a prezydentem jest Jeanette Schwartz. Należy do niej ponad cztery tysiące osób z USA i 42 innych krajów świata. Prowadzi ona szkolenia, treningi, warsztaty dla swoich członków oraz dla rodziców oczekujących urodzenia dziecka lub wychowujących małe dziecko. Oferuje np. szkolenia zakończone uzyskaniem specjalnego certyfikatu, umożliwiającego pracę jako instruktor porodu (childbirth educator) lub osoba wspomagająca w porodzie i połogu (*doula*), jak też specjalne szkolenia dla instruktorów porodu, którzy mogą kształcić innych na takich instruk-

and Perinatal Psychism, powstałe z inicjatywy Joanny Wilhelm w 1991 r., z siedzibą w São Paulo (Wilhelm, 1992, s. 183).

torów. ICEA wydaje kwartalnik *International Journal of Childbirth Education* oraz organizuje coroczne konwencje[50].

Idea ICEA jest skupiona wokół promocji ekologicznego podejścia do prokreacji (odmedykalizowania, szukania alternatywnych sposobów pomocy kobiecie rodzącej); wspomagania rodziców w okresie ciąży (kształtowanie więzi z dzieckiem, promowanie ciąży i porodu jako pozytywnych stymulatorów osobistego rozwoju) i przygotowania ich do porodu oraz opieki nad noworodkiem; promocji karmienia piersią; informowania rodziców co do ich praw w zakresie usług medycznych. Podobnych pod względem merytorycznym organizacji o różnym zasięgu terytorialnym jest na świecie wiele i liczba ich ciągle wzrasta.

6. Czasopisma z zakresu literatury przedmiotu

Potrzeba dzielenia się doświadczeniami między osobami zajmującymi się psychopedagogicznymi aspektami prenatalnego okresu życia człowieka oraz prokreacji znajduje wyraz nie tylko w zrzeszaniu się w towarzystwa oraz organizowaniu konferencji i szkoleń, ale też w publikowaniu wyników badań i przemyśleń, m.in. w specjalistycznych czasopismach. Czasopism poświęconych zagadnieniom prenatalnego rozwoju człowieka oraz jego wychowania, jak też edukacji zdrowotnej w tym zakresie nie jest stosunkowo wiele.

Największa organizacja europejska ISPPPM wydaje swoje oficjalne czasopismo jako kwartalnik, który wychodzi od 1989 r. i ma interdyscyplinarny charakter. Zostało ono założone przez P.G. Fedor-Freybergha w marcu 1989 r. jako *The International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, a w 1993 roku jego nazwę zmieniono na *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* (IJPPPM). Publikowany jest w Niemczech, przy czym część artykułów w każdym numerze ukazuje się w języku angielskim a część w języku niemieckim (rocznie ponad 500 stron).

Treść czasopisma IJPPPM obejmuje zagadnienia prezentujące badania i kliniczne doświadczenia dotyczące prenatalnego i perinatalnego okresu rozwoju człowieka, prowadzone w ramach medycyny, psychologii, antropologii i innych dziedzin nauki. Zadaniem czasopisma jest informowanie, promowanie i stymulowanie badań oraz praktyki w zakresie opieki pre- i perinatalnej z biologicznego, psychologicznego i socjologicznego punktu widzenia, akcentowanie ważności profilaktyki zastosowanej w okresie prenatalnym w celu zapobieżenia fizycznym i psychicznych zaburzeniom w rozwoju. Z założenia jest on adresowany do przedstawicieli świata nauki, prakty-

[50] Np. problematyka konwencji w Buffalo 23-25.10.2008 obejmowała zagadnienia dotyczące fizycznych i psychicznych czynników, które decydują o pomyślnym przebiegu ciąży i porodu, nowych trendów w podejściu do tego okresu oraz stosowanych metod rozwiązywania różnych sytuacji prokreacyjnych, jak też nauczania i prowadzenia ćwiczeń z rodzicami, identyfikacji i zaspokajania ich potrzeb w tym okresie.

ków i nieprofesjonalistów, jednak podobnie jak w programach konferencji i kongresów organizowanych przez ISPPPM – dominuje problematyka psychoanalityczna. Rodzaj poruszanych problemów, stosowana terminologia, sposób analizy i interpretacji wyników badań ujawnia zainteresowanie autorów na rzecz psychoanalitycznego paradygmatu w podejściu do pre- i perinatalnego okresu życia człowieka.

Czasopismem wydawanym kwartalnie przez APPPAH od 1986 roku jest *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health* (JPPPH). Od numeru pierwszego do jedenastego, tzn. do 1996 ukazywał się pod tytułem *Pre- & Perinatal Psychology Journal*. Pierwszym redaktorem czasopisma był jego założyciel – T.R. Verny, następnie D. Laughlin, Ruth Johnson Carter, zaś aktualnym redaktorem jest Bobbi Jo Lyman. APPPAH wydaje również kwartalnie pismo *The APPPAH Newsletter*, redagowane przez Terry Larimore'a, które jest rozsyłane automatycznie do wszystkich członków tej organizacji.

Czasopismo JPPPH jest poświęcone psychologicznym aspektom bardzo wczesnego rodzicielstwa, ciąży, prenatalnej więzi i komunikacji, rodzenia się i porodu, komplikacji porodowych, strat związanych z ciążą i porodem, adopcji, pierwotnym źródłom zdrowia i choroby, przemocy prenatalnej, leczenia pre- i perinatalnych urazów, psychospołecznym aspektom ciąży i porodu w różnych kulturach. Artykuły publikowane w czasopiśmie JPPPH można podzielić na pięć głównych bloków tematycznych: (1) prenatalny rozwój dziecka (jego świadomości, inteligencji, funkcjonowania zmysłów, umiejętności, np. komunikowania, uczenia się) i prenatalne akcenty w kulturze, np. w sztuce, muzyce, literaturze, (2) profilaktyka zaburzeń rozwojowych, długofalowe konsekwencje pre- i perinatalnych urazów oraz ich leczenie, (3) psychologia ciąży, porodu i połogu, (4) psychologiczne aspekty (głównie – konsekwencje) aborcji i niepowodzeń prokreacyjnych (5) psychospołeczne aspekty polityki zdrowotnej i usług związanych z macierzyństwem.

Czasopismo JPPPH już od początku swego istnienia przyjęło bardzo szerokie spektrum poruszanych zagadnień, jak też prezentowanych stanowisk. Niektóre publikowane prace mają charakter ściśle naukowy, przedstawiają wyniki eksperymentów lub badań empirycznych wraz z zastosowanymi narzędziami i statystycznym instrumentarium. Są wśród nich prace przeprowadzone metodami psychologicznymi, ale są również prace statystyczne, analizy zmian kulturowych lub biochemicznych, pomiary i analizy zachowania zwierząt. Inne prace stanowią kliniczną analizę przypadków, refleksję nad indywidualnymi historiami życia, interpretacje symboliki. Jeszcze inne to opracowania posługujące się metodą fenomenologiczną (np. Highsmith, 2006; Barrack, 2007), metodami zaczerpniętymi z różnych nauk, np. antropologii, etnologii (np. Marc, Marc, 2007). Jest w nim również miejsce na podsumowujące przeglądy literatury, oryginalne prace prezentujące teoretyczne spekulacje jakiegoś autora lub eseje ilustrujące jednostkowe poglądy dotyczące pre- i perinatalnego okresu życia człowieka.

Associazione Nazionale di Psicologia e di Educazione Prenatale wydaje czasopismo „Il Giornale Italiano di Psicologia e oli Educazione Prenatale", którego pierwszy

numer był poświęcony w całości przeżyciom i roli ojca w prenatalnym okresie rozwoju. Czasopismo to, podejmując problematykę ciągłości między pre- i postnatalnym życiem człowieka oraz traktując narodzenie nie jako początek, ale jedno ze stadiów w rozwoju, odgrywa szczególnie ważną rolę w rozpowszechnianiu informacji o prawidłowościach i warunkach rozwoju dziecka przed urodzeniem.

Jakie zagadnienia wchodzą w zakres zainteresowań ANPEP, najlepiej ilustruje zawartość tego czasopisma: „Ojciec a życie prenatalne" (2001, nr 0); „Psychologia i edukacja prenatalna" (2001, nr 1); „Pierwsza ciąża" (2002, nr 2); „Neuropsychologia prenatalna" (2003, nr 3); „Dziecko: rzeczywistość pre- i postnatalna" (2003, nr 4); „Prokreacja medycznie wspomagana" (2003, nr 5); „Stres prenatalny" (2004, nr 6); „Zastosowanie edukacji prenatalnej" (2004, nr 7); „Psychologia okresu okołoporodowego" (2005, nr 8); „Zagrożenia prenatalnego okresu" (2005, nr 9); „Psychologia perinatalna" (2006, nr 10); „I legami nella vita nascente" (2006, nr 11); „Medycyna i psychologia prenatalna i perinatalna" (2007, nr 12); „Muzykoterapia prenatalna" (2008, nr 13); „Psychoterapia prenatalna" (2008, nr 14).

Problematyka pedagogicznych aspektów związanych z prokreacją i rozwojem dziecka przed urodzeniem poruszana jest również w wielu czasopismach psychologicznych, zwłaszcza z zakresu rozwoju człowieka[51]. Bardzo wiele artykułów, które można zaliczyć do literatury przedmiotu z zakresu pedagogiki prenatalnej, zamieszczanych jest również w czasopismach z zakresu medycyny, np. neurologii, psychosomatyki, ginekologii, położnictwa, diagnostyki prenatalnej, neonatologii i perinatologii[52].

7. Ośrodki edukacyjne

Ośrodków edukacyjnych proponujących różne formy dokształcenia profesjonalistów w dziedzinie prenatalnej nie ma wiele ani w Europie, ani w Ameryce Północnej. Zasadniczo brak jest jakiegoś większego ośrodka o charakterze naukowym, który byłby całkowicie zorientowany na interdyscyplinarne, w tym psychologiczne, badania prenatalnego okresu życia oraz podejmował się kształcenia w tym zakresie. Kilka instytucji znanych jest ze swej działalności edukacyjnej.

[51] Np. *Child Development, Early Human Development, Developmental Psychology* oraz reprezentujących kierunek psychoanalityczny, np. *American Journal of Psychoanalysis, International Journal of Psychoanalysis, Journal of Analytical Psychology.*

[52] Np. *American Journal of Perinatology, Perinatology and Neonatology, Seminars in Perinatology, Journal of Perinatology, Journal of Perinatal Medicine.* Szczególne miejsce zajmują takie czasopisma, jak: *Developmental Psychobiology, Early Development and Parenting, Advances in Child Development and Behavior, Birth: Issues in Perinatal Care, Birth and the Family Journal, Infant Behaviour and Development, Infant Mental Health Journal, Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Social Science and Medicine.*

Przykładem takiego ośrodka może być w Europie utworzona przez włoską gałąź ANEP w 1999 roku Italian School of Prenatal Education, a na wiosnę 2000 roku – Scuola Internazionale di Aggiornamento Professionale (International School for Prenatal and Perinatal Education – ISPPE). Działa ona w Mediolanie. Autorami programu tej instytucji są Gabriella Ferrari i Isabella Barajon przy współpracy L. Janusa, jako oficjalnego reprezentanta ISPPPM. Szkoła oferuje trzy stopnie kształcenia: 60-godzinny kurs, po którym uzyskuje się tytuł doradcy prenatalnego (*Consulente Prenatale, Prenatal Counsellor*), następnie 135-godzinny kurs kończący się uzyskaniem dyplomu wychowawcy prenatalnego (*Tutore Prenatale, Prenatal Tutor*), oraz kurs fakultatywny, pozwalający na szczegółową specjalizację w wybranej dziedzinie, np. muzykoterapia prenatalna, poród w wodzie, masaż noworodka.

Na terenie Niemiec działa Institut für Pränatale Psychologie, który został założony w styczniu 2000 roku przez Terence Dowling i Ludviga Janusa w Heidelbergu[53]. Stanowi on organizacyjną bazę dla weekendowych seminariów poświęconych pracy nad sobą (m.in. dla położnych) oraz dla różnych szkoleń z dziedziny psychologii prenatalnej zorientowanej psychoanalitycznie. W ramach Instytutu oferowane są regularne spotkania grupowe, koncentrujące się na „pracy z ciałem" i wykorzystujące w terapii osiągnięcia psychologii prenatalnej nurtu psychoanalitycznego. Prowadzone są też szkolenia dla terapeutów i superwizje.

Na terenie Stanów Zjednoczonych bardzo aktywny jest Santa Barbara Graduate Institute w Santa Barbara (Kalifornia), którego prezydentem jest Marti Glenn. Wśród kilku programów prowadzonych w tym Instytucie, dr. B.J. Lyman jest odpowiedzialna za program badań oraz studiów na poziomie magisterskim i doktorskim w zakresie psychologii pre- i perinatalnej. Program obejmuje problematykę rozwoju człowieka przed urodzeniem, czynników wpływających na rozwój i kształtowanie się osobowości, wpływu tego okresu na różne aspekty życia postnatalnego, tworzenia się więzi rodziców z dzieckiem i formowania tożsamości rodzicielskiej przed, w czasie i po urodzeniu dziecka, sposobów optymalizacji wczesnego rozwoju. Program edukacji ma charakter interdyscyplinarny (np. embriologia, neurologia, psychopatologia, różne podejścia teorii stresu, teorii przywiązania, teorii traumy) i ujmuje człowieka integralnie, podejmując wszystkie dziedziny jego rozwoju (od biologicznej po duchową). Program przygotowuje studentów do pracy terapeutycznej i edukacyjnej oraz socjalnej, aby mogli w zróżnicowany sposób pomóc indywiduum, jak i rodzinie w różnych sytuacjach i problemach związanych z prokreacją oraz wspomagać rozwój dziecka prenatalnego. Studenci przechodzą również terapię, w czasie której przepracowują trudności, mające swe źródło w ich prenatalnym okresie rozwoju. Formuje ich na liderów promocji zdrowia od okresu przygotowania rodziców do poczęcia dziecka. Poza tym Instytut organizuje również studia systemem *e-learning*, wiele

[53] Wcześniejszą, bardzo dynamiczną formą działalności edukacyjnej była *Working Group for Prenatal and Perinatal Psychology*, która powstała w Heidelbergu w 1987 r. z inspiracji dr. Ludviga Janusa. Jej działalność polega na organizacji seminariów, treningów, warsztatów i wykładów.

warsztatów i różnego typu szkoleń dla profesjonalistów, rodziców oraz ludzi młodych w szeroko rozumianej psychopedagogice prenatalnej.

Oprócz instytucji zajmujących się edukacją w zakresie szerokiego spektrum zagadnień dotyczących prokreacji i prenatalnego okresu życia człowieka istnieją również takie, które są ukierunkowane na szkolenie profesjonalistów w wąskim zakresie wybranej dziedziny lub umiejętności. Przykładem takiej instytucji może być Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie[54], które działa na terenie Francji, ale ma też swoich przedstawicieli wchodzących do jego Rady Naukowej w innych krajach (Hiszpania, Niemcy, Holandia). Prezydentem tego Centrum jest twórca haptonomii Frans Veldman (np. 1992, 1994, 2001, 2004), zaś wiceprezydentem – Me Hervé Germa. Instytut wydaje czasopismo *Présence Haptonomique* i prowadzi półtoraroczne kursy kończące się uzyskaniem dyplomu w zakresie haptonomii. Uczestnicy uzyskują wiedzę i praktyczne umiejętności zastosowania dotyku jako metody profilaktyki i terapii zaburzeń oraz jako metody stymulującej rozwój dziecka przed urodzeniem oraz w okresie noworodkowym i niemowlęcym, a także zastosowania dotyku w położnictwie (por. Field, 1995).

Na świecie istnieje ogromna różnorodność ośrodków zajmujących się również konkretną pomocą rodzicom w ciąży, osobom z destrukcyjnymi przeżyciami prenatalnymi, np. Center for Pre- and Perinatal Therapy prowadzony w Mainz przez Terrence Dowling. Podobnie Rene van de Carr, położnik, od 1979 roku prowadzi edukację prenatalną w Prenatal University (Van de Carr, Lehrem, 1998; Larocca, Foroni, 2001, s. 88-89). W zajęciach skierowanych do rodziców i dziecka w łonie uczestniczyło już ponad 1000 rodzin oczekujących jego urodzenia. Wykorzystywano w nich szczególnie komunikację poprzez różne formy dotyku w połączeniu z dźwiękiem. Chociaż odległe konsekwencje prenatalnej stymulacji i specjalnie prowadzonych zajęć z dziećmi prenatalnymi są intrygująco pozytywne, to jednak metodologicznie nie są jednoznaczne (np. nie randomizowane).

W wielu ośrodkach używa się gotowych programów, zawierających różne elementy stymulacji zmysłowej dziecka, zamieszczonych w publikacjach, np. Ludington-Hoe i Golant – *How to have a Smarter Baby* (1987). Istnieją również ośrodki skierowane bardziej na stymulowanie rozwoju dziecka i więzi rodziców z nim[55]. Wśród nich są także takie, które zajmują się tzw. wczesną edukacją muzyczną. Przykładem może być stymulacja prenatalna oferowana przez Prenatal and Infant Education Institute w Snohomish, którego szefem jest Brent Logan, prowadzący badania nad percepcją i warunkowaniem pod wpływem bodźców zmysłowych (1990), lub w The Voice Center w Minneapolis, którego dyrektorem jest Leon Thurman. Oba te

[54] Instytut funkcjonuje oficjalnie pod kilkoma nazwami: International Centre for Research and Development of Haptonomy, Centro Internacional de Investigacion y Desarollo de la Haptonomia, Internationales Zentrum zur Forschung und Entwicklung der Haptonomie, Internationaal Centrum Voor Onderzoek En Ontwikkeling Der Haptonomie.

[55] Np. Verny, 1988; Verny, Weintraub, 1991, 2000; Panthuraamphorn, 1998a, b; Wirth, 2001.

ośrodki znane są z propagowania muzykoterapii prenatalnej, rozumianej nie jako terapia, ale wspomaganie rozwoju dziecka i więzi rodziców z nim (por. Fridman, 2000). Podobnie Center for Prenatal and Perinatal Music prowadzony w Austin (Teksas, USA) przez Giselle E. Whitwell, pomaga nie tylko rodzicom, by okres ciąży i porodu był przez nich doświadczany jako kreatywny okres ich własnego rozwoju ale też i dziecku prenatalnemu, by poprzez oddziaływania muzyki, a w jej rytmie również ruchu matki, zaspokajać jego psychiczne potrzeby i stymulować rozwój oraz sprzyjać kształtowaniu głębokiej więzi rodziców z nim (por. np. Aivanhov, 1982; Larocca, Foroni, 2001, s. 60-77).

W zajęciach, skierowanych do rodziców i dziecka w łonie, uczestniczyło już tysiące rodzin oczekujących jego urodzenia. Wiele szpitali i klinik na świecie prowadzi badania naukowe i oferuje usługi związane z opieką prenatalną, np. warsztaty dla rodziców przygotowujących się do poczęcia dziecka lub jego urodzenia. Jedną z bardzo rozpowszechnionych form edukacji prenatalnej są właśnie szkoły rodzenia, które mają różną filozofię, różne formy i cele, ale niewątpliwie skoncentrowane są na edukacji w tym szczególnym okresie oczekiwania na urodzenie dziecka, w którym zapotrzebowanie na oświatę i otwartość na zmianę przekonań oraz nabycie nowych umiejętności są największe. Szczególnie wiele interwencyjnych programów prenatalnej edukacji kierowanych jest do grup ryzyka, np. nastoletnich rodziców, żyjących w skrajnych warunkach socjoekonomicznych, emigrantów, kobiet chorych przewlekle, niepełnosprawnych fizycznie, psychicznie lub umysłowo, uzależnionych od używek (alkoholu, nikotyny, narkotyków, leków), narażonych na przemoc.

8. Upowszechnienie w Polsce wiedzy z zakresu psychopedagogicznych aspektów prokreacji i prenatalnego okresu życia

Niezmiernie ważnym aspektem rozwoju pedagogiki prenatalnej, oprócz naukowych badań i refleksji, jest również upowszechnianie zagadnień wchodzących w jej obszar w świadomości społecznej. Większość publikacji z tego zakresu, jakie ukazały się w Polsce, miała charakter psychopedagogiczny – poradników, albumów, popularnonaukowych opracowań, z założenia służących do przekazania wiedzy, ale też kształtowania postaw i pomocy w dokonywaniu wyborów. Należy przy tym wspomnieć, iż na przestrzeni kilkudziesięciu lat wiele zagadnień z zakresu, który obecnie można włączyć w obszar pedagogiki prenatalnej, podejmowały różne organizacje i instytucje zajmujące się szeroko rozumianą obroną życia poczętego oraz upowszechnianiem wiedzy o naturalnym planowaniu rodziny. W ramach swojej działalności popularyzowały informacje dotyczące prenatalnego okresu życia człowieka oraz starały się kształtować pozytywne odniesienia do prokreacji. Przykładem może być zaangażowanie takich osób jak, np. Walentego Majdańskiego, lek. med. Jolanty Massalskiej, lek. med. Emilii Paderewskiej-Chrościckiej, Doroty Kwapisz, Teresy Strzembosz, dr med. Wandy Półtawskiej, dr med. Heleny Gulanowskiej, lek. med. O. Karola Meissnera, O. Leona Mońko, ks. Kazimierza Kurka, ks. Ryszarda Halwę, Kazimierza Trojana,

działalność nieformalnych stowarzyszeń, jak np. działające w Lublinie „Troska o Życie" oraz instytucji, jak np. Ośrodka Dokumentacji i Studiów Społecznych (ODiSS). Dla osób zaangażowanych w kształtowanie postaw szacunku wobec poczętego życia znaczące było świadectwo troski o nienarodzone dzieci dwóch położnych z obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu: Ireny Koniecznej i Stanisławy Leszczyńskiej.

Pierwsze publikacje zawierające informacje na temat rozwoju dziecka przed urodzeniem ukazały się w latach siedemdziesiątych (Flanagan, 1973; Rugh, Shettles, 1979, 1988), a następne w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia (Blaim, 1980; Fijałkowski, 1980a; 1983/1998, 1986; Lew-Starowicz, 1981; Smith, 1983, s. 133-152; 1989, s. 44-66; Wolański, 1981, 1983, s. 93-106, s. 335-340[56]; Kornas-Biela, 1984, 1987a, b; Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsén, 1985; Leboyer, 1986; Chamberlain, 1986; Nitecka, Staszewska, Pietkiewicz-Rok, 1987; Smykowski, 1989) oraz w latach dziewięćdziesiątych (np. Schier, 1992; Bielańska-Osuchowska, 1994; Bradford, 1998).

Szczególny walor popularyzacyjny miała książeczka W. Breinholsta (1981), która w zabawny sposób, słowami dziecka prezentowała jego doświadczenia z okresu życia w łonie matki. W podobnym stylu, chociaż zawierające więcej informacji naukowych i wskazań praktycznych, utrzymane są dwie kolejne książki W. Fijałkowskiego (2001 – współautorem: Jędrzejewska-Wróbel, 2002). Do wzrostu wiedzy prenatalnej w społeczeństwie przyczyniły się również albumy ilustrujące rozwój dziecka przed urodzeniem i zawierające naukowe informacje, głównie z dziedziny biologii i medycyny okresu prenatalnego (Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsén, 1985; Bryan, 1994; Nilsson, Hamberger, 1995; Reiner, 2001). Te fascynujące albumy zawierające unikalne zdjęcia zrobione dzięki najnowszym osiągnięciom techniki medycznej i uzupełnione o komentarze informacyjne, mają ogromny walor edukacyjny. Podobną rolę kształcącą społeczeństwo w dziedzinie prenatalnego rozwoju człowieka oraz psychologicznych aspektów związanych z prokreacją, spełniają czasopisma *Twoje Dziecko, Dziecko* oraz wydawane przez nich specjalne dodatki (np. numer specjalny pt. *Ciąża bez lęku* wraz z płytą CD – Dziecko, 2/2003).

Ważną rolę w upowszechnianiu problematyki psychologii i edukacji prenatalnej miała również dystrybucja filmów edukacyjnych. Wśród nich szczególną rolę odegrały trzy filmy. *Dziewięć miesięcy razem* to film przygotowany przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie i wydany w serii „W rodzinie" przez SAND-ARIESFILM. Zawiera on wypowiedzi psychologa i pedagoga dotyczące rozwoju dziecka oraz różnych form prenatalnej komunikacji rodziców z nim. Był on wykorzystywany zwłaszcza w szkołach rodzenia. Drugi szeroko dostępny film pt. *Widziane z ukrycia* jest ultrasonograficznym zapisem rozwoju dziecka przed urodzeniem (dystrybutor polskiej wersji: TOR oraz HLI-Europa). Jego walorem jest nie tylko naukowa doku-

[56] Autor zaznacza: „Życie człowieka nie rozpoczyna się z chwilą urodzenia – przed porodem człowiek przebywa proces rozwoju o szczególnym znaczeniu", a ze względu na tempo rozwoju jest to okres o wyjątkowym znaczeniu, gdyż wiadomo, iż „fazy intensywnego rozwoju są równocześnie okresami szczególnego zagrożenia" (1983, s. 335).

mentacja unaoczniająca podawane informacje o prenatalnym rozwoju człowieka, ale też sposób przekazu: żywy, z humorem, i przemawiający do każdego. Trzeci film – *Człowiek od poczęcia*, wchodzi w serię *Człowiek – Miłość – Rodzina*, będącą pakietem edukacyjnym 10 filmów przygotowanych dla szkół przez Zakład *Wychowawca* Fundacji Źródło (1999). Został bardzo dobrze przyjęty w szkołach.

Ważne znaczenie miała dystrybucja do 4000 szkół przez MEN przy współpracy z HLI-Europa pakietu modeli przedstawiających rozwój dziecka przed urodzeniem, do którego zostało dołączone merytoryczne opracowanie (48 stron), służące nauczycielom do prowadzenia lekcji na podstawie prezentacji modeli (Kornas-Biela, 1998b). Podobną rolę edukacyjną miały kolejne edycje czasopisma *Służba Życiu*, zwłaszcza numer 2-3 z 1999 r. pt. *Od poczęcia człowiek* oraz z tego roku nr 6 pt. *Rozwój człowieka od poczęcia do narodzin*, bezpośrednio poświęcone problematyce prenatalnej.

Na przestrzeni trzydziestu lat upowszechnieniem wiedzy z zakresu psychologii i pedagogiki prenatalnej zajmowali się głównie W. Fijałkowski i D. Kornas-Biela. Profesor Fijałkowski, twórca polskiej szkoły psychoprofilaktyki porodowej i modelu szkół rodzenia, promotor naturalnego planowania rodziny, już w latach sześćdziesiątych swoją książką *Szkoła rodzenia* (1967, następne wydania: 1974, 1977) zwrócił uwagę na psychologiczne aspekty okresu ciąży i porodu oraz znaczenie przeżyć i zachowań rodziców dla przebiegu tych, jak zdawało się dotychczas, jedynie biologicznych procesów. Swoimi publikacjami w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego stulecia zainicjował szersze zainteresowanie dzieckiem prenatalnym i jego rodzicami: *Rodzi się człowiek* (1973, 1974, 1978, 1982, 1987, 2006), *Spotkania w szkole rodzenia* (1980b, 1987), *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia* (1981, 1986, 1989), *Dar rodzenia* (1983, 1985, 1988, 1995, 1998), *Przygotowanie do naturalnego porodu* (1987), *Ku afirmacji życia* (1989b, 1993, 2003). Profesor był członkiem ISPP (obecnie ISPPPM).

Dzięki swojej czynnej obecności na wielu kongresach, W. Fijałkowski wpisał na forum międzynarodowym obecność polskiego „wariantu" uprawiania psychologii prenatalnej, ukierunkowanej na psychoprofilaktykę porodową oraz kształtowanie więzi rodziców z dzieckiem przed urodzeniem, a więc mającej walor edukacyjny, o wiele bardziej praktyczny niż popularny na Zachodzie „wariant" psychoanalityczny. Jednocześnie udział W. Fijałkowskiego w kongresach owocował licznymi publikacjami udostępniającymi polskiemu czytelnikowi najnowsze osiągnięcia tej dziedziny wiedzy w czasie, gdy była ona jeszcze trudno dostępna. Psychopedagogiczna problematyka prenatalna oraz na temat psychoprofilaktyki porodowej docierała szeroko do świadomości społecznej dzięki jego licznym artykułom ukazującym się w czasopiśmie *Twoje Dziecko* (np. w latach 1989-1990).

Ostatnie pozycje W. Fijałkowskiego podejmowały bardziej problematykę prokreacji niż ściśle prenatalną (1996a, b, 1999, 2001), promowały ekologiczne spojrzenie na sferę płciowości i płodności, twórcze przeżywanie płci i zrównoważone dwurodzicielstwo. Autor w swoich publikacjach umieścił „słowniczek", którego celem jest rozszyfrowanie właściwego znaczenia pojęć i uchronienie nazewnictwa dotyczącego

prokreacji przed skażeniem spowodowanym infiltracją do naszego języka wyrazów i zwrotów niezgodnych z mentalnością ekologiczną (1997, 1999, 2001). Słowniczek ten ma wyraźnie cele edukacyjne, chodzi bowiem o ukształtowanie ekologicznej mentalności społeczeństwa dotyczącej spraw płci i prokreacji.

Już ćwierć wieku temu dużą popularność zdobył artykuł D. Kornas-Bieli (1984) zawierający naukowe informacje na temat prenatalnego rozwoju i funkcjonowania układu nerwowego i zmysłów oraz wpływu czynników o charakterze psychogennym na rozwój przed urodzeniem. O zapotrzebowaniu społecznym na tę problematykę świadczy fakt, że zarówno ten artykuł, jak i jego zmodyfikowana i poszerzona wersja, która ukazała się *Nowinach Psychologicznych* (1986), był przedrukowywany w różnych nakładach w kilku miastach w Polsce w postaci broszurki zatytułowanej *Rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem* (np. Lublin, Rybnik, Katowice, Opole). Poszerzone i różne wersje tekstu o prenatalnym rozwoju dziecka ukazały się następnie zarówno w pozycjach książkowych (np. Kornas-Biela 1991b, 1993d/2002), jak i w czasopismach popularnonaukowych (np. 1987a, b, 1991a) oraz w ramach wielu popularnych pism (np. *Powiernik Rodzin*, *Twoje Dziecko*, *Dziecko*, *Głos dla Życia*, *Gość Niedzielny*).

Szczególnie ważną pozycją, która przez prawie następnych 10 lat okazała się poszukiwanym kompedium wiedzy o rozwoju dziecka przed urodzeniem oraz o psychologicznych aspektach ciąży i porodu, była książka *Wokół początku życia ludzkiego* (Kornas-Biela, 1993d/2002). W polskiej literaturze psychologicznej do niedawna brak było podręczników z zakresu psychologii ogólnej lub rozwojowej oraz pedagogiki dziecka, rodziny lub zdrowia, które podejmowałyby problematykę prenatalnego rozwoju człowieka i roli rodziców z tym okresem związanej. Ta sytuacja przyczyniała się do niskiego poziomu „kultury prenatalnej" psychologów i pedagogów. Na ogołoconych z prenatalnej wiedzy podręcznikach kształciły się pokolenia pracowników psychologiczno-pedagogicznych placówek. Wydane w ostatnich latach w Polsce tłumaczenia podręczników z psychologii rozwojowej nie poprawiły znacząco sytuacji w tym zakresie, gdyż albo brakuje w nich tych zagadnień (por. Birch, Malim, 1998) albo są one przedstawione bardzo pobieżnie (Kohnstamm, 1989; Bryant, Colman, 1997, s. 18-21; Turner, Helms, 1999, s. 124-128).

Pierwszym zwiastunem zmiany tej sytuacji było ukazanie się osobnego rozdziału (autorstwa Kornas-Bieli, 2000b/2004), poświęconego prenatalnemu okresowi życia w polskim podręczniku z psychologii rozwojowej, co zwiększa dostępność tego zakresu wiedzy dla psychologów. Pozwala jednocześnie na kształtowanie świadomości i wiedzy na temat najwcześniejszego etapu rozwoju i jego znaczenia w perspektywie całego życia człowieka. Podobną rolę pełni fragment poświęcony tej problematyce w opracowaniu M. Kielar-Turskiej (2000) oraz H. Bee, D. Boyd (2009).

9. Organizacyjny aspekt edukacji prenatalnej w Polsce

Nie ma jak dotychczas specjalistycznej organizacji w Polsce, która zajęłaby się obszarem oświaty dotyczącej tylko prenatalnego okresu życia i prokreacji człowieka.

Wprawdzie w czerwcu 1994 podjęto starania o utworzenie Polskiego Stowarzyszenia Edukacji Prenatalnej, jako gałęzi OMAEP (z inicjatywy Kliniki Położniczej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie), ale zakończyły się one niepowodzeniem, pomimo akceptacji przez Zgromadzenie Generalne Światowej Organizacji Stowarzyszeń Edukacji Prenatalnej wniosku o przyjęcie powstającej w Polsce jej gałęzi. Projektowanymi celami Polskiego Stowarzyszenia Edukacji Prenatalnej były (Fijałkowski, 2001, s. 45-47):

– Oddziaływanie na zachowanie dobrej kondycji zdrowotnej matek ciężarnych i dzieci oraz zdrowia rodziny poprzez szeroką promocję kształcenia przedporodowego w społeczeństwie oraz wdrożenie go jako stałego elementu opieki zdrowotnej.

– Utworzenie ogólnokrajowej sieci szkół rodzenia jako szkół dla rodziców oraz opracowanie programów kształcenia kadry stosownych profesjonalistów, zasad weryfikacji i standardów nadawania uprawnień, powołanie komisji wydającej licencje.

– Wspieranie i koordynowanie działań edukacyjnych dotyczących okresu ciąży, porodu i połogu oraz opieki nad dzieckiem poprzez opracowywanie programów edukacyjnych i materiałów dydaktycznych z zakresu przygotowania rodziców do porodu i rodzicielstwa oraz promocji zdrowia rodziny, jak też organizacja szkoleń personelu.

– Działalność popularyzatorsko-naukowa i wymiana doświadczeń.

– Inicjowanie i prowadzenie badań naukowych.

Organizacją, która odegrała ogromną rolę w edukacji prenatalnej profesjonalistów oraz ogółu społeczeństwa, była Sekcja Psychologii Prenatalnej, działająca od 1984 roku przy ogólnokrajowym, zawodowym Polskim Towarzystwie Psychologicznym. Gdy powstała w 1984 roku, była pierwszą w świecie sekcją działającą w ramach profesjonalnego stowarzyszenia psychologów, zajmującą się psychologicznymi aspektami prenatalnego rozwoju człowieka oraz prokreacji, w tym również od strony edukacyjnej. Sekcja za swe zadanie przyjęła pracę naukowo-badawczą, a zwłaszcza oświatowo-popularyzacyjną z zakresu szeroko rozumianej psychologii pre- i perinatalnej.

Zadanie to realizowano m.in. przez organizowanie sesji naukowych. Problematykę poruszaną w referatach oraz będącą przedmiotem dyskusji w czasie odbytych sesji naukowych można ułożyć w kilka grup tematycznych:

– problemy ogólne – np. aktualne zagadnienia psychologii prenatalnej, ocena stanu badań w tej dyscyplinie wiedzy, rodzina a psychologia prenatalna, znaczenie dziecka dla małżeństwa;

– rozwój dziecka – np. narodziny komórkowe a narodziny psychiczne, kompetencje dziecka w prenatalnym okresie życia, formy stymulacji przedurodzeniowej i jej znaczenie dla dziecka i rodziców, rola ojca w wewnątrzłonowym rozwoju dziecka, czynniki sprzyjające i utrudniające najwcześniejszy rozwój człowieka;

– ekologiczne aspekty prokreacji – np. zagrożenia ekologii rodziny, ekologia ciąży, porodu i połogu (np. żywienie kobiet oczekujących urodzenia dziecka oraz karmiących);

– psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu – szkoły rodzenia, edukacja prenatalna;

– psychologiczne, pedagogiczne oraz społeczne aspekty planowania rodziny, np. postawy społeczne wobec metod regulacji płodności, motywy stosowania różnych metod, trudności związane z akceptacją (rozpoczęciem i kontynuowaniem) naturalnego planowania rodziny, konsekwencje tego stylu życia dla rozwoju osobowości małżonków, dla ich życia seksualnego, dla więzi małżeńskiej, dla życia rodzinnego, w tym dla dzieci wychowywanych w tej rodzinie;

– psychologiczne aspekty naturalnego porodu, np. porodu domowego, porodu rodzinnego, porodu w wodzie; omawiano przy tym zalecenia WHO oraz zalety dla rodziców i dziecka systemu *rooming in* (matka z dzieckiem), podkreślając jego ważność;

– psychospołeczne aspekty karmienia piersią, np. postawy wobec karmienia, czynniki decydujące o powodzeniu, motywy karmienia piersią i jego zalety dla dziecka i rodziców;

– psychospołeczne aspekty diagnostyki prenatalnej – np. postawy różnych grup społecznych (studentów, rodziców, personelu medycznego) wobec metod oceny stanu zdrowia dziecka przed urodzeniem, przeżycia rodziców związane z badaniem prenatalnym, psychologiczne konsekwencje rozwoju usług prenatalnych (korzyści i zagrożenia badań);

– problemy tzw. ciąży kryzysowej – np. związane z adaptacją do sytuacji poczęcia dziecka, poradnictwo preabortywne i rola personelu medycznego i psychopedagogicznego, psychospołeczne problemy tzw. rozwiązań alternatywnych;

– psychospołeczna problematyka aborcji – np. motywy i uwarunkowania decyzji o aborcji, doświadczenie aborcji, konsekwencje osobiste i społeczne, terapia psychicznych zaburzeń po aborcji;

– psychospołeczne aspekty niepowodzeń prokreacyjnych – np. psychologiczne problemy dotyczące: niepłodności, sztucznego zapłodnienia, adopcji z powodu bezdzietności, poronień, nieprawidłowości w przebiegu ciąży i porodu, urodzenia dziecka chorego lub z wadą;

– psychologiczne i pedagogiczne aspekty prawnej ochrony dziecka poczętego, macierzyństwa i ojcostwa;

– psychopedagogiczne zagadnienia związane z pornografią – np. psychospołeczne konsekwencje pornografii (w tym dla życia małżeńskiego i rodzinnego, działania społeczne przeciw upowszechnianiu pornografii, edukacja społeczeństwa).

Organizowane przez Sekcję Psychologii Prenatalnej spotkania naukowe[57] cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, nie tylko licznym uczestnictwem psychologów, personelu medycznego, ale też pedagogów, wychowawców, pracowników poradni rodzinnych. Stanowiły one forum skupiające osoby zainteresowane życiem przed urodzeniem oraz aplikacją wiedzy celem zmiany systemu opieki nad „kobietą

[57] Tylko do 1990 r. Sekcja zorganizowała około 30 sesji naukowych oraz kilka konferencji i trzy sympozja w trakcie Zjazdów PTP. Oprócz wykładów i dyskusji prezentowano filmy oraz prowadzono sprzedaż materiałów dydaktyczno-formacyjnych oraz książek.

w ciąży" na opiekę nad rodziną, zmiany postaw społecznych wobec macierzyństwa i ojcostwa oraz zmiany w placówkach zdrowia, zwłaszcza na oddziałach położniczych, by okres ciąży i porodu mógł być doświadczany w poczuciu bezpieczeństwa, szacunku i radości, a dziecko było traktowane w sposób godny człowieka.

Do początku lat dziewięćdziesiątych sesje naukowe organizowane przez Sekcję PP były jedynymi spotkaniami profesjonalistów z różnych dziedzin, na których omawiano problematykę prenatalną i perinatalną, jak też formułowano różne zalecenia zmierzające do odmedykalizowania okresu ciąży i porodu oraz promocji naturalnego karmienia[58]. Obecnie wielu stałych uczestników spotkań jest aktywnych w powstałych z ich inicjatywy nowych organizacjach i ruchach, np. w Fundacji Rodzić po Ludzku[59], w Stowarzyszeniu na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia[60], w Human Life International-Europa, w Polskim Stowarzyszeniu Obrońców Życia Człowieka, w MaterCare Polska[61].

Sekcja PP zorganizowała również konferencje pt. „Rodzina i rodzicielstwo w świetle ustaleń psychologii prenatalnej" (1986) oraz „Wychowanie prorodzinne w szkole" (1994, wraz z Polską Federacją Ruchów Obrony Życia). Poza tym Sekcja zaznaczyła swój udział w imprezach organizowanych przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, przedstawiając serię referatów w ramach sympozjów naukowych, które stanowiły część programową I Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTP Oddziału w Lublinie (1986), w ramach XXVI Zjazdu PTP (1987) i XXVII Zjazdu PTP (1990).

Jednym ze znaczących przedsięwzięć Sekcji było publikowanie materiałów naukowych i popularnonaukowych. Materiały z sesji i sympozjów wydrukowano jako artykuły w licznych czasopismach oraz w trzech pozycjach książkowych (Kornas-Biela, 1992f; Bielawska-Batorowicz, Kornas-Biela, 1992; *Pornografia*, 1993).

Ważnym zadaniem Sekcji było kształtowanie opinii publicznej. Opublikowano kilka tzw. Stanowisk Sekcji (przesyłając je do odpowiednich władz) w następujących

[58] Sekcja PP PTP opublikowała kilka oficjalnych Stanowisk, które zostały przekazane stosownym władzom (np. Sejmowi i Senatowi) oraz wykorzystywane jako materiał w licznych prelekcjach członków Sekcji. Chodziło bowiem o zmianę mentalności społecznej dotyczącej praktyk związanych z prokreacją i stosunkiem do dziecka poczętego.

[59] Fundacja Rodzić po Ludzku wydaje serię książek dotyczących porodu i „narodzin bez przemocy", organizuje konferencje oraz akcję, w wyniku której publikuje *Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce*.

[60] Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia realizuje swoje cele poprzez organizowanie różnego typu spotkań informacyjnych i szkoleniowych, konferencji, szkół rodzenia, publikowanie materiałów, poradnictwo osobiste i telefoniczne. Szczególnie cenne w upowszechnieniu wiedzy są licznie uczęszczane konferencje oraz publikowane z nich materiały: *Najlepszy start dla twojego dziecka*, Warszawa 1995; *Poród u ydarzeniem rodzinnym*, Warszawa 1995; *Rodzicielstwo bez porażek*, Warszawa 1998.

[61] Dzięki działalności szkoleniowej i konferencyjnej oraz wydawaniu książek i różnego typu materiałów (np. filmy, modele), pełni bardzo ważną rolę w edukacji prenatalnej społeczeństwa.

sprawach: „Zabezpieczenia więzi matki i dziecka przy porodzie" (1986; por. Neugebauer, 1989); „Karmienia naturalnego" (1988); „Sztucznych poronień" (1989; por. Kornas-Biela, 1990); „Z okazji przekazania Senatowi RP Projektu Rozszerzenia Prawnej Ochrony Macierzyństwa i Dziecka Poczętego" (1990); „Roli psychologa w opiece nad dzieckiem przed urodzeniem i matką w ciąży" (1990) oraz „Pornografii" (1992).

Poza tym członkowie Sekcji prowadzili rozległą aktywność szkoleniową dla różnych grup społecznych, zwłaszcza dla młodzieży, w szkołach rodzenia, dla doradców rodzinnych. Edukacyjnego oraz inspirującego zmiany (w praktycznym podejściu do ciąży, porodu i opieki nad noworodkiem) znaczenia Sekcji PP – nie da się przecenić.

10. Edukacja prenatalna w Polsce

Edukacja prenatalna jest w Polsce traktowana najczęściej jako element pedagogiki zdrowia, niektóre jej elementy uwzględnia pedagogika rodziny, andragogika zdrowia i andragogika życia rodzinnego. Edukacja prenatalna w szczególnym stopniu skoncentrowana jest na rodzinie w procesie prokreacji, a zwłaszcza na oddziaływaniu na matki, gdyż to one są „pierwszymi pracownikami" ochrony zdrowia rodziny. Od strony naukowej edukacja prenatalna, rozumiana jako przygotowanie profesjonalistów (głównie położnych, pielęgniarek), realizowana jest w programie studiów oraz podejmowana w podręcznikach i czasopismach z zakresu edukacji zdrowotnej, przede wszystkim przeznaczonej dla pielęgniarek i położnych, np. *Pielęgniarstwo 2000*, *Problemy Pielęgniarstwa*, *Pielęgniarka i Położna*, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, *Biuletyn Informacyjny Położnych*, ale też w czasopismach takich, jak *Ginekologia Polska*, *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, *Medycyna Praktyczna*.

Problematyka edukacji prenatalnej przetarła już szlaki nie tylko na poziomie uniwersyteckim[62], ale również na poziomie szkolnictwa ponadpodstawowego. Takie zagadnienia, jak rozwój dziecka przed urodzeniem, psychologiczne, zdrowotne i higieniczne aspekty ciąży, porodu i połogu wchodzą w ramy przedmiotu szkolnego „wychowanie do życia w rodzinie" (np. Ostrowska, Ryś, 1999; Król, Maśnik, Węglarczyk, 1996; Król, Ryś, 2002). Problematyka ta znalazła również miejsce w specjalnych opracowaniach służących tak uczniom, jak i nauczycielom w postaci podręczników (np. Grabowscy, Niemyscy, Wołochowicz, 1993, s. 228-236; Węglarczyk, 1996; Ryś, 1998, s. 216-239; Kornas-Biela, 1997a, 1999f, s. 223-241, 2002b, s. 143-147), scenariu-

[62] Np. edukacja prenatalna podejmowana jest od 1990 roku w ramach wykładów „Psychologia prenatalna" (30 godzin), „Psychologia prokreacji" (60 godzin), „Psychopedagogika prokreacji" (60 godz.), proseminarium i seminarium z tego zakresu dla studentów psychologii i pedagogiki oraz Instytutu Nauk o Rodzinie na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim Jana Pawła II oraz w Międzywydziałowym Podyplomowym Studium Rodziny w KUL.

szy (np. Fornalik, 2001, s. 93-96) lub programów (np. Król, Maśnik, Węglarczyk, 1996; Zajdel, Siciński, 1999; Nowak, 2000; Ozimek, 2000; Muzioł, Sucharska, 2001). O rozwoju prenatalnym dziecka i związanych z okresem ciąży zaleceniach dla rodziców piszą również podręczniki z zakresu biologii już od klasy czwartej szkoły podstawowej.

Podobne znaczenie miała działalność Instytutu Matki i Dziecka, zwłaszcza w zakresie edukacji i promocji dotyczącej naturalnego planowania rodziny, poradnictwa genetycznego, szkół rodzenia, porodów rodzinnych, karmienia piersią i poradnictwa laktacyjnego, grup wsparcia dla osób w trudnych sytuacjach, np. po urodzeniu dziecka niepełnosprawnego. W wielu miastach rozwijają się różne formy edukacji prenatalnej, np. Akademia Rodzicielstwa w Rzeszowie, Szkoła Babci w Warszawie. Ważną rolę w upowszechnianiu edukacji prenatalnej miała również wspomniana produkcja i dystrybucja filmów dotyczących problematyki prokreacyjnej[63].

Pewnym obszarem praktycznego zastosowania wiedzy z tego zakresu zajmują się różne ośrodki zdrowia (organizując np. szkoły rodzenia, spotkania dla babć, poradnictwo przy szpitalach i klinikach oraz w ramach duszpasterstwa rodzin) oraz szkoły, prowadząc lekcje i zajęcia z przygotowania dzieci i młodzieży do życia w rodzinie (czasem w ramach tzw. wychowania seksualnego). Popularyzację wiedzy prenatalnej prowadzą również pisma dla rodziców (np. od kilkudziesięciu już lat – *Tu cje Dziecko* oraz nowsze pisma, jak *Dziecko* oraz *Mama, Tata i Ja*, *Mam dziecko*, *Rodzice małego dziecka*). Nieco inną rolę popularyzatorską spełniają organizacje oraz publikowane przez nie materiały, np. Stowarzyszenie na Rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia, Polska Federacja Ruchów Obrony Życia (pismo: *Głos dla Życia*), Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka (pismo: *Służba Życiu*), Human Life International – Europa (pisma: *Newsletter*; *Fakty Życia*), Diakonia Życia Ruchu Światło–Życie, Towarzystwo Odpowiedzialnego Rodzicielstwa, Fundacja Rodzić po Ludzku (np. *Przewodnik po szpitalach położniczych w Polsce*). Rys historyczny edukacji prenatalnej w Polsce oraz jej obecność jako przedmiotu nauczania i konkretne przykłady wdrożeń wymagają przedstawienia w osobnym studium.

[63] Filmy takie były rozprowadzane m.in. przez Instytut Matki i Dziecka, HLI-Europa, TOR, Rubikon, Zakład „Wychowawca" Fundacji Źródło.

Rozdział czwarty

Pedagogika prenatalna jako odpowiedź na nowe wyzwania w naukach o wychowaniu

Przeszłość – jest to dziś, tylko cokolwiek dalej
Cyprian Kamil Norwid

Skupienie się na wczesnym etapie psychicznego rozwoju dziecka jest nowym zjawiskiem kulturowo-społecznym. Przez wieki bowiem dzieciństwo nie było ujmowane jako odrębny i ważny etap w rozwoju człowieka (Ariès, 1995). Dziecko było traktowane jako miniatura człowieka dorosłego i bardzo wcześnie musiało podejmować obowiązki należne dorosłemu. Od okresu racjonalizmu (XVI) i oświecenia (XVIII), kiedy to wyodrębniono dzieci jako grupę społeczną, upatrywano dzieciństwo jako czas, w którym dziecko staje się w pełni człowiekiem, na razie jeszcze nie wie i nie umie tego, co potrafią dorośli. Tę specyficzną grupę społeczną stanowili ci, „którzy jeszcze nie", a którzy tym samym stają się podmiotami wychowywania (por. Śliwerski, 2002, s. 718). W związku z przedłużoną obowiązkową edukacją w wieku XX granice wiekowe dla grupy, która „jeszcze nie", zostały znacznie przesunięte (Verhellen, 1999, s. 14-15), a upowszechnienie się instytucjonalnego wychowania w przedszkolach i żłobkach obniżyło wiek interesujący dla wychowawczego oddziaływania wobec „człowieka w stawaniu się".

Obecnie na terenie samej pedagogiki coraz częściej można spotkać stwierdzenia, iż proces „uczłowieczania" tego, który staje się człowiekiem (nie w sensie ontycznym, ale funkcjonalnym), dokonuje się już przed urodzeniem. Uzasadnieniem dla wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej są więc również zmiany w ramach samej pedagogiki, związane z jej rozwojem jako nauki, oraz wymagania, jakie stawiają wobec pedagogów współczesne warunki życia, zagrożenia rozwoju człowieka i wzrost oczekiwań rodziców. Coraz większą uwagę przywiązuje ona do jak najwcześniejszego objęcia opieką i wychowaniem podmiotu swego zainteresowania.

1. Inspiracyjne walory traktatu Jędrzeja Śniadeckiego „O fizycznym wychowaniu dzieci"

Do polskich prekursorów pedagogiki zdrowia należy niewątpliwie Jędrzej Śniadecki, który w swoim dziele *Teoria jestestw organicznych* (1804), omawiając „różnice

ludzi zależące od wieku" (rozdz. XXXIX), wyodrębnił okres od poczęcia do narodzin jako życie płodu (za: Bobrowska-Nowak, 1973, s. 36-43). Jednak jednym z dzieł, które niezależnie od odległości czasowej można uznać za inspirujące dla wyodrębnienia się pedagogiki prenatalnej, jest jego traktat *O fizycznym uychowaniu dzieci* (1997). Opublikowany po raz pierwszy w 1803 roku, miał wiele wznowień, ma też bogatą literaturę komentatorską. W dziele tym zawarte są wskazania dotyczące kojarzenia małżeństw, zachowania kobiet w czasie ciąży i porodu oraz opieki nad noworodkiem i niemowlęciem.

Oczywiście w okresie, gdy Śniadecki wydał swoje dzieło, jak i później, ukazywały się publikacje z zakresu pedagogiki, pediatrii i higieny, które podejmowały podobne problemy, ale sposób podejścia tego autora był oryginalny i – jak się okazało – prekursorski wobec dziedziny, którą obecnie określa się jako wychowanie zdrowotne. Śniadecki w zagajeniu do swej książki (1997) zaznacza, że ma ona cel praktyczny – zajmuje się sztuką wychowania dzieci i to dzieci zdrowych[1], przy czym sztuka ta odnosiła się w dużym stopniu do procedur higieniczno-opiekuńczych (s. XV-XVI).

Analizując szczegółowo fragment rozprawy J. Śniadeckiego, która stanowi swoistą protopedagogikę lekarską, dotyczący warunków właściwego doboru małżeńskiego, zaleceń dla kobiet w okresie ciąży oraz sposobu traktowania noworodka, można wyciągnąć wniosek, iż przedstawione w nim tezy korespondują z tzw. nowym podejściem do prokreacji. Z analizy myśli pedagogicznej Śniadeckiego wynika, że założenia i twierdzenia tego autora są zgodne z tym, co obecnie można sformułować na terenie pedagogiki prenatalnej jako nowej dyscypliny w naukach o wychowaniu.

1. Wychowanie dziecka przed urodzeniem

Wprawdzie J. Śniadecki twierdził, iż „nowo narodzony nie ma jeszcze żadnej władzy umysłowej", jednak przyznawał, iż „ma ich zarody", „ma ruch i czucie, używa zmysłów i odbiera wrażenia zewnętrzne..." (s. 8-9). Jest to pogląd, jak na owe czasy bardzo postępowy, gdyż jeszcze długo uważano, iż noworodek jest pozbawiony zdolności percepcji, czucia i ekspresji. Skoro, jak przyznawał Śniadecki, noworodek jest zdolny do tych prostych procesów psychicznych, to oczywiste jest, iż zdolność tę nabył przed urodzeniem. Tym samym przypisywał on noworodkowi kompetencje, których uznania zaczęli domagać się psychologowie dopiero w drugiej połowie XX wieku (por. Kornas-Biela, 1984; Chamberlain, 1986).

Do troski dorosłych o prawidłowy przebieg prenatalnego okresu życia dziecka można odnieść słowa omawianego autora: „Chcąc, aby człowiek był doskonałym, potrzeba, ażeby był tym wszystkim, czym tylko być może sobie i drugim na pożytek, zatem trzeba umieć wydobyć, rozwinąć i na dobre wydoskonalić wszystkie te władze, które weń wlała natura" (s. 5). Już w okresie przed urodzeniem, zadaniem

[1] „Ja o ukształceniu tylko zdrowego człowieka mówić zamyślam" (s. 4).

dorosłych jest stworzyć dziecku takie warunki rozwoju, by mogły być wydobyte jego zadatki rozwojowe, by wydoskonaliły się na maksymalnie najwyższym poziomie genetycznie zaprogramowane władze i umiejętności tak, iż noworodek będzie zdolny radzić sobie z wymaganiami postnatalnego życia.

Według J. Śniadeckiego, wychowanie jest procesem integralnym, tzn. każde wychowanie powinno być zarówno fizyczne, jak i moralne[2], czyli powinno zmierzać do tego, by u człowieka „wszystkie jego części ciała były foremne i mocne, wszystkie zmysły doskonałe, wszystkie władze cielesne zupełne", ale też ukształtowane były „jego umysł i serce" (s. 7). Dotyczy to też okresu prenatalnego, gdyż troska o prawidłowy rozwój dziecka oraz zaspokojenie jego ludzkich potrzeb (w tym emocjonalno-społecznych) w okresie przed urodzeniem, stwarza fundament dla dobrego rozwoju umysłowego, uczuciowego i duchowego po urodzeniu.

Wychowanie rozumie on jako „wszelkie starania w tym zamiarze około dziecięcia podjęte, aby je na doskonałego wykształcić człowieka" (s. 6). Takie rozumienie wychowania można odnieść również do wychowania prenatalnego, gdyż podjęte wtedy zabiegi mają pomóc człowiekowi osiągnąć w trakcie życia doskonałość w tej mierze, w jakiej dla niego jest to indywidualnie możliwe. Autor ma świadomość, że „doskonałość nie jest rzeczą ludzką. Jest to meta, do której wszyscy dążymy, ale do której nikt nie dochodzi" (s. 6). Przyznaje, że nie tylko człowiekowi trudno osiągnąć doskonałość, ale też sama sztuka wychowania daleka jest od doskonałości i podstaw prawdziwej nauki formułującej proste i jasne zasady (s. 5). Trzeba jednak podejmować starania, by się do tej doskonałości pomimo trudności przybliżać[3].

J. Śniadecki przyznaje wychowaniu najwyższą rangę, twierdząc, iż dobrym rodzicom przypominać nie trzeba, że „dobre wychowanie jest najpierwszym i najdroższym dziedzictwem, jakim dzieci swoje obdarzyć mogą [...] dobre wychowanie jest majątkiem, który chyba z życiem utracić można". To, co po dwustu latach wiemy już na temat prenatalnego okresu życia człowieka, pozwala odnieść myśl autora o znaczeniu wychowania również do tej fazy rozwoju (por. s. 16).

Od dorosłego, który ma spełniać rolę wychowawcy, Śniadecki domagał się, by poznał on wrodzone zadatki dziecka, to, co wnosi ono sobą od urodzenia, a nie urabiał dziecko według swoich zapatrywań. Dziecko bowiem w łonie matki „nie tworzy się podług ułożonego wprzód planu, podług owego umysłowego doskonałości wzoru, ale się rodzi". Dlatego wychowawca musi „naprzód poznać ten surowy materiał, tę pierwszą osnowę człowieka, z której ma powstać dzieło jego sztuki, tak jak rolnik powinien znać ziemię, którą ma uprawiać, tak jak snycerz – martwy głaz, który ma obrobić" (s. 8)[4]. Jest to niewątpliwie bardzo aktualna uwaga, gdyż poznanie

[2] „Każde wychowanie powinno być jednym i drugim razem" (s. 7); „Człowiek kształcąc się i rosnąc pomiędzy ludźmi kształci się nieuchronnie fizycznie i moralnie razem" (s. 9).

[3] „Dążyć wprawdzie do niej potrzeba, ale jej doścignąć trudno" (s. 8).

[4] „[...] każdy człowiek ma swoją własną twarz i swój właściwy skład ciała, tak ma swoją konstytucję, swoją moc, swoje zdolności i skłonności. Takowe zadatki, różnie wynikające z budowy

i uwzględnianie w wychowaniu wrodzonych cech i predyspozycji dziecka, warunkuje efektywność wszelkich oddziaływań otoczenia.

Na szczególną uwagę zasługuje rozdział VII, w którym Śniadecki omówił „wychowanie dzieci z urodzenia słabych lub niedołężnych". Zawarł w nim konkretne zalecenia dotyczące korekcji, kompensacji, usprawniania i aktywizacji dzieci chorych i niepełnosprawnych. Porady te odnoszą się szczególnie do wychowania dzieci wcześniaczych, dzieci urodzonych z objawami niedotlenienia, dzieci z krzywicą, gruźliczym zapaleniem węzłów chłonnych i z kołtunem (s. 117-131).

2. Ciągłość rozwoju człowieka

Jedną z niewątpliwie najistotniejszych myśli autora, która stanowi uzasadnienie dla wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej, jest podkreślana przez niego ciągłość rozwoju człowieka od poczęcia: „organizacja tylko co zawiązana przy poczęciu, a osnowana przy narodzeniu, wciąż się aż do dojrzałości rozwija, doskonali, umacnia albo nadwyręża na zawsze" (s. 16). Jest to ta sama istota ludzka, która otrzymuje w łonie matki swoją pierwiastkową strukturę i organizację.

Ze względu na więź, jaka istnieje między tym, co przed, i tym, co po urodzeniu, Śniadecki podkreślał konieczność troskliwej uwagi na warunki rozwoju oraz zachowanie ciągłości w oddziaływaniach wychowawczych już od poczęcia. Za prekursorskie można uznać jego stwierdzenie, iż: „Uwaga przeto na fizyczne wychowanie dzieci nie tylko się powinna zacząć równo z ich narodzeniem, ale nawet równo z poczęciem" (s. 16). Ponadto, co interesujące, rozumiał on, iż najbardziej krytyczny w rozwoju przed urodzeniem jest okres najwcześniejszy, tzn. im dalej od poczęcia, tym wrażliwość na czynniki szkodliwe zmniejsza się, co wyraził, mówiąc o wychowaniu, iż „tym większej wymaga pilności, im człowiek tego poczęcia jest bliższy" (s. 16). Przy czym podkreślał, iż negatywny czynnik silny i nagły może spowodować poronienie, ale słabszy, a nawet nieznaczny, lecz działający dłużej może wywołać zahamowania wzrostu lub dojrzewania oraz zaburzenia rozwoju, choroby aż po niepełnosprawność włącznie[5] (s. 28).

Ukazując ciągłość rozwoju człowieka od poczęcia do dorosłości, Śniadecki wysunął bardzo nowatorską myśl, iż zdrowie poczętego dziecka zależy w dużym stopniu od budowy ciała, konstytucji fizycznej i zdrowia oraz społecznego funkcjonowania

i konstytucji ciała, odbieramy z przyrodzenia i nazywamy d y s p o z y c j a m i, to jest sposobnościami wrodzonymi. Są one w pierwiastkowej organizacji i okazują się naówczas, gdy się ta rozwija, dojrzewa i umacnia" (s. 15).

5 „Jeżeli te przyczyny [...] działają nieznacznie, ale ciągle, mogą nabawić płód w macierzyńskim żywocie rzetelnych cierpień i choroby, a przez to spóźnić, zatamować lub przekształcić jego wzrost lub dojrzałość, mogą rozpocząć i ugruntować jego słabość lub niedołężność na zawsze, mogą założyć pierwszy fundament dalszego kalectwa" (s. 28).

rodziców, od ich doboru jako pary małżeńskiej. W zakresie „kojarzenia małżeństw" zalecał on uwzględnianie stanu zdrowia i budowy ciała, przymiotów serca, zachowanie właściwego wieku (przestrzegał przed zbyt wczesnym zawarciem związku), jak też wskazywał na znaczenie obciążeń rodzinnych jako predyspozycji do przekazania choroby dziedzicznej. Nie zalecał on wprawdzie prawnych zakazów kojarzenia się osób w związki małżeńskie, a wywodzących się z rodzin obciążonych chorobami (byłoby to działaniem eugenicznym), ale zachęcał rodziców do roztropności w tym zakresie przy wyborze swoim dzieciom mężów czy żon. Przestrzegał też przed pobieraniem się osób blisko spokrewnionych, jako przyczynie „wyradzania się" narodu.

Podjęcie w książce problemu doboru małżeńskiego pod kątem profilaktyki rozprzestrzeniania się chorób dziedzicznych lub negatywnych skłonności przekazywanych przez oboje rodziców, wskazuje na rozumienie przez J. Śniadeckiego, iż wychowanie dziecka zaczyna się na długo przed jego urodzeniem, poprzez zapewnienie mu zdrowego środowiska poczęcia. Chcąc mówić o wychowaniu, należy – jego zdaniem – mieć najpierw wzgląd na samych rodziców, by mogli dostarczyć dobrych „nasion", które mogą się przyjąć i urosnąć, potem „na brzemienność i zachowanie się w tym czasie matki, aby dziecię donosić jak należy i zdrowo porodzić mogła" (s. 16), a dopiero potem na wiek niemowlęcy, dziecinny, młodzieńczy i dojścia do wieku męskiego lub dojrzałej niewiasty, w którym wejdą oni w powinności rodzicielskie.

Troska o zdrowie fizyczne jest szczególnie istotna w okresie prenatalnym, gdyż wtedy waży się potencjał zdrowia na całe życie, a on jest niewątpliwie największą wartością człowieka[6]. Również do tego najwcześniejszego okresu można odnieść słowa Śniadeckiego (a „prowadzenie" rozumieć jako wychowanie), mówiące o tym, iż człowieka należy „tak pielęgnować i tak prowadzić, ażeby nie tylko życie i zdrowie od wszelkiego uchronić szwanku, ale nadto to ostatnie tak zabezpieczyć i utwierdzić, aby przez to dobry byt i szczęście człowieka na całe życie zapewnić" (s. 9).

3. Znaczenie psychogennego podłoża zaburzeń rozwoju

Szczególnie interesujące w świetle współczesnych osiągnięć psychologii prenatalnej, wskazujących na psychogenne podłoże wielu zaburzeń w przebiegu ciąży i porodu oraz w rozwoju dziecka, ma zalecenie J. Śniadeckiego, by kobieta brzemienna wystrzegała się silnych wzruszeń, gwałtownych namiętności, negatywnych emocji (np. gniewu, lęku), nagłych odmian w swoim życiu, brania udziału w widowiskach, które rozpalają wyobraźnię dziwolągami i tragicznymi obrazami oraz spoglądania na rzeczy obrzydliwe, oburzające lub straszne. Przeciwnie – Śniadecki zachęcał, by kobieta brzemienna, podobnie do zwyczajów panujących w starożytności, otaczała się malowidłami, na których przedstawione są piękne widoki oraz obrazy osób, będących

[6] „[...] całe szczęście jest w mocnym zdrowiu" (s. 9).

wzorami „piękności, kształtu i siły", „ażeby patrząc się na nie, udzieliła choć część tej wzorowej piękności zawartemu w żywocie swoim płodowi" (s. 28)[7]. Przyznawał rację dawnym poglądom, iż „to co, mocno uderza w zmysły matczyne lub zapala imaginację" (s. 28), ma wpływ na dziecko i może odcisnąć na nim niekorzystne piętno.

Napięcie, lęk i mocne namiętności mogą być przyczyną poronień (s. 30). Odżegnywał się jednak od przypisywania wpływu wszelkich treści wyobrażeń i uczuć matki w okresie ciąży na urodzenie się dziecka zniekształconego, uważając takie mniemania za nierozsądne i śmieszne. Odrzucając przesadę, należy jednak, jego zdaniem, uwzględnić fakt, iż dziecko żyje wprawdzie i rośnie „mocą pierwiastkowej siły twórczej", ale pod wpływem docierających do niego wrażeń zewnętrznych, stąd ważna jest ich siła i rodzaj, a tym samym należy zachować roztropność i rozsądek w organizowaniu otoczenia matki brzemiennej (s. 29).

Zalecenia Śniadeckiego znajdują potwierdzenie we współczesnej wiedzy na temat wpływu czynników psychogennych na przebieg ciąży, porodu i rozwijające się dziecko (Kornas-Biela, 1997c, 2003a, b; 2005f). Podobne wskazania, by matka unikała wszystkiego, co wprowadza ją w negatywny nastrój, burzy harmonię uczuć, poczucie piękna i pokój serca, a poszukiwała bodźców tonizujących pracę układu nerwowego, wzmacniających poczucie bezpieczeństwa i pogodę ducha, formułowane są również obecnie i traktowane jako podstawa komunikacji prenatalnej oraz sposób wywierania pozytywnego wpływu na rozwój dziecka (np. Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 65-70).

Z poglądami powyższymi koresponduje również uwzględnienie przez J. Śniadeckiego roli postaw i zachowań środowiska społecznego wobec kobiety brzemiennej. Używając terminologii współczesnej, można by powiedzieć, iż podkreślił on znaczenie wsparcia społecznego dla jakości procesów prokreacyjnych oraz rozwoju dziecka. Szczególną rolę przypisywał emocjonalnemu ustosunkowaniu się otoczenia do kobiety ciężarnej. Twierdził nawet, iż „baczny prawodawca winien jest prawem obostrzyć należyte względy dla matron brzemiennych. Obrażenie ich lub zniewaga powinna być publicznym występkiem" (s. 28). Podobnie, celem ochrony kobiet od wpływu czynników negatywnie działających na przebieg ciąży i dziecko, sugerował ustalenie prawnych zabezpieczeń dla ich sposobu życia, zatrudnienia i zabawy. Podkreślał, iż kobieta poprzez troskę o siebie ma „do ocalenia życie dwóch jestestw" (s. 28).

4. Zalecenia dotyczące ciąży i porodu

Na zdrowie dziecka przed urodzeniem można wpłynąć, zdaniem J. Śniadeckiego, poprzez dbałość, „aby utrzymać moc i dobry byt matki". Żyje bowiem ono i rośnie „kosztem samej matki", dlatego „nie można zaprzeczyć wielkiego jej wpływu na

[7] Zob. też: omówienie problemu przesądów funkcjonujących w odniesieniu do prokreacji w paragrafie poświęconym współpracy pedagogiki prenatalnej z socjologią.

czerstwość dziecięcia, a zatem potrzeby troskliwego o własne jej zdrowie starania" (s. 27). Jednocześnie, co jest bardzo istotne, autor doceniał rolę ojca, a nawet uważał, iż jego rola w przekazaniu zdrowia dziecku jest większa od matki[8]. Porównując kobietę do gruntu, „w którym nasienie przyjmuje się i wschodzi", uważał, iż „wiele wprawdzie od gruntu, ale daleko więcej od nasienia zależy" (s. 27).

Bardzo istotne i zgodne z obecnym podejściem do prokreacji jest stanowisko J. Śniadeckiego, iż ciąża i poród są stanem naturalnym[9], dlatego kobieta nie musi zmieniać swego dotychczasowego stylu życia, jeśli nie było w nim nałogów i niewłaściwych zachowań, i jeśli nie grozi jej poronienie. Zwłaszcza kobiety mocne i zdrowe nie muszą się niczego wystrzegać, ale powinny się szanować i chronić się przed zachorowaniem. Zalecał jednak każdej kobiecie, by unikała: mocnych uderzeń, zwłaszcza w brzuch, upadków i gwałtownych wstrząśnień, ciężkiej pracy, podnoszenia i dźwigania ciężarów, biegania i skakania, trunków, rozpalających napojów, pokarmów mocno korzennych i słonych, ostrych lekarstw, substancji znanych ze swych właściwości trujących. Kobietom słabym i delikatnym radził umacniać się pracą i to na otwartym powietrzu, korzystać z ruchu, unikać przegrzania, stosować dietę w większości roślinną, prowadzić życie wstrzemięźliwe i proste, skromne i czynne, a nade wszystko utrzymywać „ciągłą wesołość" dzięki przebywaniu w towarzystwie pogodnych osób.

Jednocześnie Śniadecki podkreślał konieczność zmniejszenia noworodkowi traumy rodzenia się oraz gwałtownej zmiany środowiska (z płynnego w suche, ze stałą temperaturą w zmienną, konieczność przyjęcia nowego sposobu oddychania, krążenia i żywienia). Brak upowszechnienia tej idei J. Śniadeckiego spowodował, iż książka francuskiego położnika F. Leboyer *Narodziny bez przemocy* (1975, 1986), wskazująca na ważność sposobu przejścia dziecka na pozałonowy świat i łagodnego traktowania go bezpośrednio po urodzeniu, z uwzględnieniem jego potrzeb – zdała się być pierwszym tego typu komunikatem. Tymczasem już Śmiadecki zwrócił uwagę na przeżycia rodzącego się dziecka i konieczność uwrażliwienia dorosłych wobec jego cierpienia spowodowanego trudnościami w adaptacji do całkowicie odmiennych od dotychczasowych warunków życia.

Rady dawane przez autora matkom noworodków i niemowląt są w wielu wypadkach bardzo szczegółowe i dotyczą zasad higieny, karmienia piersią, kołysania, śpiewania kołysanek, zachowań określanych obecnie jako „kangurowanie", kładzenia dziecka w pościeli, zapewnienia ruchu i świeżego powietrza. Słuszność wszystkich tych zaleceń potwierdzają osiągnięcia współczesnej nauki – medycyny perina-

[8] „Wszelako, ile się mogłem z doświadczenia nauczyć, moc, czerstwość i bujność płodu bardziej się zdają zależeć od ojca jak od matki. Widziałem albowiem często słabe i chorowite niewiasty rodzące dzieci mocne i zdrowe, z nikczemnych ojców nigdym zdrowych dzieci nie widział" (s. 27).

[9] „Ciąża jest stanem naturalnym niewiast, które stworzone są na to, aby poczynały, płód aż do dojrzałości nosiły i rodziły na koniec" (s. 27); „Żadnego więc z tych stanów za chorowity ściśle uważać nie należy, chociaż w każdym niewiasta chorować może" (s. 27-28).

talnej, psychologii prenatalnej i rozwojowej. Ze względu na to J. Śniadeckiego można by nazwać praojcem polskiej pedagogiki prenatalnej.

II. Wczesne dzieciństwo przedmiotem zainteresowania pedagogiki w XX wieku

Zainteresowanie wczesnym rozwojem psychicznym dziecka oraz wspomaganiem go jest nowym zjawiskiem w historii nauki, w tym również nauk o wychowaniu (por. Ariès, 1995; Smolińska-Theiss, 2002). Przemiany kulturowo-społeczno-ekonomiczne na przestrzeni ostatnich dwóch wieków doprowadziły do zwrócenia uwagi na wczesny rozwój i wychowanie dziecka.

1. Pierwsze naukowe obserwacje i badania nad rozwojem dziecka

Do połowy XIX wieku studia nad rozwojem dziecka miały charakter wyrywkowy i polegały przede wszystkim na refleksji i obserwacji dziecka oraz wysuwaniu zaleceń pedagogicznych (m.in. M. Montaigne, J.A. Komeński, J. Locke, J.J. Rousseau).

Godne odnotowania jest dzieło B. Trentowskiego *„Chowanna" czyli system pedagogiki narodowej jako umiejętności uychowania, nauki i oświaty, słowem uykształcenia naszej młodzieży* (1922/1842), który pierwszą część nazwał *Nєpioдyka*, od greckiego słowa *nєpios* – dziecko, niemowlę[10]. Poświęcił ją wychowaniu małego dziecka od okresu niemowlęcego, wskazując, iż składa się ono z ciała, duszy i jaźni, dlatego należy dbać o wszystkie te trzy sfery z jednakową dokładnością. Ciało dziecka jest najwłaściwszą realnością jego egzystencji, stąd winniśmy dbać o jego zdrowie, kondycję, piękno i siłę poprzez odsuwanie wszelkich czynników niekorzystnie wpływających na niego. Przy okazji autor zamieszcza również wskazania, jak powinna dbać o dziecko kobieta w ciąży. Apeluje on, by dużo spacerowała, dbała o prawidłowe odżywianie oraz higienę, odpowiedni ubiór. Wskazane jest także, by uczęszczała często do kościoła i przebywała w odpowiednim towarzystwie oraz była chroniona przez otoczenie (Rowid, 1920a).

Pojawiły się również w tym czasie rozprawy oparte na dziennikach obserwacyjnych, jak dziennik obserwacji nad rozwojem syna J.H. Pestalozziego. Wprawdzie pierwszą opublikowaną biografią niemowlęcia była książka niemieckiego filozofa Dietricha Tiedemanna z 1787 roku, ale przez następnych sto lat nie ukazało się nic znaczącego, co pogłębiłoby wiedzę z zakresu wczesnego rozwoju dziecka. Natomiast

[10] B. Trentowski wyrażał przekonanie, że rozwój człowieka jest powtórzeniem rozwoju ludzkości, zatem poszczególne epoki rozwoju ludzkości stanowią instrukcję wychowawczą dla formowania jednostki. Epoka starożytna stanowi wzorzec dla wychowania dziecka do 10 lub 12 roku życia.

prowadzenie systematycznych dzienników obserwacyjnych rozwoju dzieci od urodzenia jest charakterystyczne dla drugiej połowy XIX wieku.

Obserwacje naukowe czynione od urodzenia (najczęściej wobec własnych) dzieci są wyrazem strategii docierania do genezy procesów psychicznych. Przykładem może tu być dziennik spostrzeżeń nad rozwojem syna, prowadzony przez K. Darwina w roku 1840 (1877)[11]. Obserwacje te nie ograniczały się do notowania spontanicznych zachowań dziecka, ale były czynione również w licznych eksperymentach, np. badano wrażliwość poszczególnych zmysłów przez pobudzanie ich bodźcami o różnym natężeniu lub różnej jakości (np. zróżnicowane reakcje noworodka na substancje w różnym stopniu gorzkie umieszczane w różnych miejscach jamy ustnej).

Istotny wpływ na prowadzenie systematycznych dzienników obserwacyjnych dzieci wywarła biografia, napisana przez niemieckiego fizjologa i embriologa, entuzjastę teorii ewolucji, Wilhelma Preyera, który prowadził dokładne, zgodnie z ówczesnymi założeniami metody naukowej, obserwacje nad rozwojem syna od urodzenia do końca trzeciego roku życia i zaopatrzył książkę w szczegółowe protokoły obserwacyjne oraz uwagi metodyczne dla badaczy (1884). Preyer twierdził, że poznanie psychiki dziecka stanowi klucz do rozumienia psychiki człowieka dorosłego. Autor ten podkreślał bardzo mocno związek między rozwojem fizjologicznym i psychicznym oraz między okresem prenatalnym i postnatalnym. Książkę o rozwoju postnatalnym traktował jako merytoryczne przedłużenie zagadnień omawianych w następnej wydanej pozycji, a dotyczącej embriologii (1885), obie bowiem, jego zdaniem, odnosiły się do rozwoju fizycznego (*physiogenesis*) i rozwoju psychicznego (*psychogenesis*).

Preyer (1884, 1895) i J.W. Dawid (1882, 1887) opierali swe badania na założeniach ewolucjonizmu i technik badawczych szkoły Wundta (1908, III wyd.) i Fechnera (1860, 1877). Preyer koncentrował się jednak nieomal wyłącznie nad odruchami, reakcjami dziecka na różne bodźce (np. reakcją na ukłucie szpilką) i rejestrowaniem przejawów jego potrzeb i emocji (m.in. zachęcał do wykonywania zdjęć fotograficznych np. ruchów mimicznych twarzy noworodka).

Dawid natomiast w swoim „programie postrzeżeń" (1887) zalecał również dokonywanie pomiarów antropometrycznych noworodka (np. obwodu części ciała), częstsze stosowanie próbek eksperymentalnych, doświadczeń z użyciem przyrządów (np. estezjometru, dynamometru) i kwestionariuszy oraz statystyczne (np. korelacyjne) opracowanie materiałów badawczych (Bobrowska-Nowak, 1977). Pedagogikę pojmował jako naukę empiryczną, opartą na wynikach badań psychologicznych, organizował i propagował w środowisku nauczycielskim badania psychologiczno-pedagogiczne uczniów, opracowując specjalnie do tego celu przeznaczone kwestionariusze. W „programie postrzeżeń..." (1887) posłużył się własnym kwestionariuszem, czym zainaugu-

[11] Badania te zmierzały do wykazania, iż podstawowe uczucia i sposoby ich wyrażania są wrodzone, widoczne już od urodzenia i wspólne noworodkom, ludom pierwotnym oraz małpom człekokształtnym (Darwin, 1872/1988).

rował systematyczne badania eksperymentalne w dziedzinie rozwoju i wychowania dziecka, a w pracy *Zasób umysłowy dziecka* (1896) wprowadził, prócz cennej teorii wynikającej z badań nad „zasobem postrzeżeń i wyobrażeń", zachętę do praktycznego wykorzystania badań w opracowywaniu programów i metod nauczania.

Dawid zachęcał rodziców i nauczycieli do wysiłku wychowawczego, podkreślał społeczne znaczenie szkoły, której zadanie upatrywał w „nauczaniu wychowującym". Polega ono na ukształtowaniu moralnego charakteru, czyli nadaniu woli stałego i pożądanego kierunku, wytyczeniu etycznych celów życiowych, rozwinięciu uczuć i głębokich zainteresowań, utrwaleniu nawyków postępowania i wszechstronnym rozwoju osobowości. Podnosił on konieczność nauczania metodycznego, ściśle stosującego się do praw funkcjonowania i rozwoju „duszy dziecięcej", znajomości psychologii, stałej i systematycznej obserwacji dziecka oraz dostosowania pracy wychowawczej do jego psychicznych właściwości. Zajmował się także metodyką nauczania początkowego (traktat dydaktyczny, 1895/1960).

Dzięki empirycznemu podejściu do badania procesów psychicznych oraz wychowawczych, Dawid położył podwaliny pod polską eksperymentalną psychologię rozwojową i wychowawczą oraz pedagogikę doświadczalną (Dawid, 1912). Można by powiedzieć, iż stosując podejście eksperymentalne, wykorzystujące obserwację i opis do analizy zjawisk związanych z działalnością wychowawczą, prowadząc badania i popularyzując tę wiedzę, Dawid przyczynił się do rozwoju metodologicznych podstaw pod polską pedagogikę eksperymentalną i pedagogiczną teorię naukową oraz psychopedagogikę, psychagogikę i pedologię (Nowak, 2008b, s. 73-74).

W tym czasie odnotować można kilka naukowych obserwacji rozwoju dziecka od urodzenia, opublikowanych w postaci indywidualnych biografii (np. Shinn, 1900; Baldwin, 1895/1911). Metodykę badań zaproponowaną przez Preyera zastosowała Milicent Shinn do obserwacji rozwoju swej siostrzenicy w ciągu pierwszego roku życia (prace w University of California, 1890-1904).

Publikowanie dzienników obserwacyjnych prowadzonych przez rodziców i badaczy wczesnego rozwoju dziecka było również popularne w Rosji i dostępne w Polsce. Ukazały się w tym czasie, m.in. artykuł i książka J.W. Dawida (1882); artykuł H. Wernica (1879/1883); część pracy Preyera dotycząca obserwacji małego dziecka (A. Dygasiński, 1882/1883) oraz książka zawierająca wskazówki do prowadzenia dziennika spostrzeżeń rozwoju dziecka od urodzenia do lat trzech; recenzja książki B. Pereza (1882). Dostępna była również książka Pereza, w której posłużył się metodą porównawczą – zestawiając uwagi spostrzeżeniowe o rozwoju dziecka różnych badaczy, relacje matek i opisy zachowania się dzieci znajdujące się w literaturze pięknej (1890/1899).

Przykładem poszukiwania genezy procesów rozwojowych i ustalania ich prawidłowości były również badania opierające się na idei ewolucji, w których obiektem były małe dzieci, gdyż ich reakcje nie są jeszcze przeniknięte wpływem wychowania, dlatego można ukazać to, co jest przekazane od przodków, wrodzone i pierwotne w stosunku do wpływów wychowania. Dla udowodnienia, co wrodzone a co nabyte, szukano podobieństw między zachowaniem małych dzieci w społeczeństwach cywi-

lizowanych a zachowaniem ludzi w społeczeństwach pierwotnych oraz zachowaniem zwierząt. Jako przykład mogą służyć badania lekarza angielskiego Idonela Robinsona nad „małpim chwytem" u noworodka i jego możliwości utrzymania ciężaru swego ciała za pomocą chwytu dłonią, jak czynią to małpy (Sully, 1901/1926, s. 13).

Reasumując, zainteresowanie noworodkiem na przełomie XIX i XX wieku przejawiało się badaniami na podstawie przypadkowych lub naukowo prowadzonych obserwacji (z użyciem kwestionariusza), doświadczeń i eksperymentów w warunkach naturalnych lub sztucznych, z użyciem aparatury lub bez niej; dzienników postrzeżeń prowadzonych przez najbliższe dziecku osoby (czasem według określonego schematu); analizy autobiografii wybitnych ludzi i wspomnień z dzieciństwa (Szycówna, 1890 lub 1899).

Przełom XIX wieku oraz pierwsza połowa XX to czas gwałtownego rozwoju wiedzy dotyczącej dziecka. Wyłaniająca się wtedy pedagogika jako „nauka o dziecku", korzystała z wyników eksperymentalnej psychologii, która z inspiracji behawioryzmu wiodła prym. Na początku XX wieku rozpoczęły się obserwacje rozwoju dziecka na podstawie eksperymentów wykorzystujących XIX-wieczne metody nauk przyrodniczych i bazujących na osiągnięciach fizjologii eksperymentalnej i psychofizyki (nauki ścisłej, zajmującej się funkcjonalnymi powiązaniami i zależnościami między ciałem i umysłem – T. Fechner, 1860).

Typowe eksperymenty polegały na zmianie fizycznych charakterystyk bodźca, np. intensywności dźwięku, celem określenia wielkości tych zmian potrzebnych do wywołania reakcji psychicznej lub zmianie tej reakcji. Wykorzystywano je w badaniach zmierzających do ustalenia pojawienia się i rozwoju funkcji psychofizycznych. Poziom wiedzy był bardzo ściśle związany ze stopniem skomplikowania użytej w badaniach aparatury. Obserwacja dziecka przed urodzeniem była dokonywana bez naruszania normalnych warunków, w jakich on aktualnie pozostawał, ale wprowadzano tzw. próbki eksperymentalne, np. obserwacja ruchów dziecka po zapaleniu przez matkę papierosa, po emocji dźwięku klaksonu samochodowego, po nagłym oświetleniu brzucha matki.

Pierwsza połowa XX wieku to okres intensywnych badań nad rozwojem dziecka (*child-study movement*), które miały reperkusje w teorii i praktyce pedagogicznej. Promotorem badań w tym zakresie był S. Hall. Uważał on, zgodnie z akceptowaną wówczas teorią Haeckla, że stadia rozwoju dziecka przed urodzeniem są podobne do stadiów, jakie przeszła w swym rozwoju ludzkość (ontogeneza powtórzeniem filogenezy)[12]. Wyodrębniając stadia rozwoju, trzy z nich (niemowlęctwo, dzieciństwo i preadolescencję) uznał za przedłużenie rozwoju embrionalnego, gdyż nadal dziecko jest zależne od innych i przygotowuje się do samodzielnego życia przez asymilację

[12] W myśl reprezentowanej przez niego teorii atawizmu, w zabawie dzieci pojawiają się czynności i zachowania analogiczne do tych, które ludzkość podejmowała w toku swego historycznego rozwoju. Dziecko wyładowuje też w zabawie atawistyczne skłonności, które nie mają racji bytu we współczesnej cywilizacji.

wiedzy, nabywanie umiejętności i przyswojenie społecznych zachowań. Zastosowanie teorii rekapitulacji przez Halla do opisu rozwoju człowieka przed urodzeniem spotkało się z krytyką E.L. Thorndike'a, którego zdaniem teoria rekapitulacji powinna była bardziej skupić się na szukaniu podobieństw między stadiami rozwoju w okresie prenatalnym oraz postnatalnym od dzieciństwa do dorosłości, a nie na akcentowaniu podobieństw do zwierząt, np. do ryby.

Szczególne nasilenie badań rozwojowych (*growth studies*) nastąpiło w latach 1920-1930, kiedy zainicjowano na szeroką skalę eksperymenty skupione na ścisłym, bardzo detalicznym odnotowywaniu przejawów rozwoju fizycznego i psychicznego od urodzenia do dorosłości, w celu ustalenia standardów rozwojowych, które pomogłyby we wczesnym uchwyceniu ewentualnych opóźnień i zaburzeń (np. Gesell, Thompson, Amatruda, 1938). Wtedy też przeprowadzono wiele badań nad prenatalnym rozwojem funkcji psychicznych. Zasadniczo jednak koncentrowały się one na dziecku starszym. Im wcześniejsza faza życia, tym mniej przeprowadzano badań.

Lata dwudzieste i trzydzieste XX wieku to „złota era" badań nad rozwojem dziecka (Hilgard, 1987, s. 548). Badania rozwoju dziecka zaowocowały wydaniem przez C. Murchissona 711-stronicowego *Podręcznika psychologii dziecka* (1931). Jego drugie wydanie w 1933 roku obejmowało już 956 stron, i jak sam redaktor stwierdził, to ze względu m.in. na wielką ekspansję badań w tej dziedzinie. W tej drugiej edycji znalazł się duży rozdział L. Charmichaela o pre- i perinatalnym rozwoju dziecka oraz rozdziały innych autorów o różnych aspektach (motorycznym, wzrokowo-ruchowym) okresu noworodkowego i niemowlęcego (Murchison, 1933). Pozycja ta na wiele lat była obowiązującym podręcznikiem w psychologii rozwoju człowieka, aż dopiero w 1946 L. Charmichael opublikował *The Manual of Child Psychology* (już w wydaniu z 1956 roku w dwóch tomach), a następnie P. Mussen zredagował *Charmichael's Manual of Child Psychology* (1970), w następnych wydaniach książka ukazała się pod tytułem *Handbook of Child Psychology*.

W latach dwudziestych wczesnym rozwojem dziecka zajmował się m.in. A. Gesell. Posługiwał się on precyzyjną obserwacją z użyciem kamery, celem analizy ruchów noworodka kadr po kadrze. Skonstruował w tym celu kopulaste pomieszczenie, w którym kamera mogła być umieszczona w dowolnym miejscu i dokonywać rejestracji ruchów noworodka położonego na stole (Gesell, Thompson, 1934). Na podstawie obserwacji za pomocą kamery zachowania i umiejętności noworodków przedwcześnie urodzonych zwrócił on uwagę, że wcześniak prezentuje poziom rozwoju mniej zaawansowany, niż dziecko urodzone w terminie porodu, stąd aby dokładnie określić wiek dziecka, należy liczyć go od dnia poczęcia, a nie od dnia urodzin (co sugerowała już mądrość ludzi Wschodu od tysięcy lat).

Gesell, podobnie jak inni uczeni zajmujący się studiowaniem zachowania człowieka w ramach założeń teorii ewolucji, zauważył uporządkowanie rozwoju – wyrażające się w stałej sekwencji rodzaju zmian, przez jakie przechodzi embrion i płód, oraz synchronizacji tych zmian w czasie (*timing*), co powoduje, że okres rozwoju prenatalnego jest w miarę stały i niezmienny. Zauważono też, że wiele charakterystyk

rozwoju embrionalnego da się zauważyć po urodzeniu, gdzie również normalny rozwój polega na kolejnych zmianach zachodzących w określonym czasie, wywołanych jakimiś czynnikami wewnętrznymi. Ten rodzaj rozwoju, podobny po urodzeniu do rozwoju embrionalnego, nazwano dojrzewaniem. Pojęcie dojrzewania zastąpiło częściowo pojęcie instynktu – było mniej kontrowersyjne w porównywaniu rozwoju różnych gatunków zwierząt oraz rozwoju człowieka.

Gesell, czołowy przedstawiciel maturacjonizmu, przywiązywał dużą rolę do zjawiska dojrzewania i dzięki niemu zostało ono wprowadzone do nauki (psychologii, pedagogiki, medycyny). Cały rozwój człowieka, we wszystkich jego dziedzinach wyjaśniał w kategoriach biologicznych – jako realizacja samoregulujących się programów dojrzewania. Podkreślał on, iż wewnątrzmaciczny rozwój jest prototypem dojrzewania po urodzeniu. Rozwój prenatalny polega bowiem na dojrzewaniu organizmu zgodnie z uniwersalnym genetycznym programem, stąd rozkład czasowy dla formowania się poszczególnych części ciała i jego funkcji jest w tym okresie stały.

Ta prawidłowość zachodzenia zmian, zgodnie z wrodzoną sekwencją czasową, dotyczy również rozwoju postnatalnego. Zarówno proste procesy sensomotoryczne, jak i złożone procesy poznawcze są uzależnione od „wewnętrznego zegara", od „gotowości uwarunkowanej dojrzewaniem" (*maturational readiness*), i to odpowiedni poziom dojrzałości wyznacza skuteczny wpływ oddziaływań zewnętrznych. Badania zjawiska dojrzewania u zwierząt i bliźniąt służyły Gesellowi do potwierdzenia teorii o procesach dojrzewania we wczesnym dzieciństwie. Idea dojrzewania została później zasymilowana do poglądu o ciągłości procesu rozwoju. Celem podkreślenia, że podobny proces stopniowego dojrzewania zachodzi również po urodzeniu i wrodzone procesy dojrzewania są dalej kontynuowane, Gesell nazwał rozwój prenatalny – embriologią zachowania (Gesell, Amatruda, 1945).

Ze względu na to, że rozwój dziecka polega, zdaniem Gesella, na przechodzeniu przez kolejne stadia, które są genetycznie zaprogramowane – na każdy wiek da się określić, co jest normą a co niedorozwojem. Rozwój każdej funkcji odbywa się bowiem według wrodzonej kolejności. Popularyzacja książek Gesella spowodowała, że zarówno lekarze, jak i psycholodzy, pedagodzy oraz rodzice przywiązywali ogromną wagę do osiągania przez dziecko wszystkich umiejętności przewidzianych jako norma dla danego wieku. Od urodzenia dziecko było porównywane z innymi, z ustaloną przeciętną dla jego wieku. Koncentracja uwagi rodziców na tym, czy dziecko spełnia wymogi normy, miała również swoje negatywne konsekwencje, gdyż jeśli była nadmierna – utrudniała im akceptację indywidualnego toru rozwoju dziecka i nierzadko, gdy dziecko rozwijało się wolniej, wprowadzała rodziców w stan poczucia winy i żalu (do siebie lub dziecka), rezygnacji lub odwotnie – nadmiernych wymagań i ciągłej, gorączkowej stymulacji jego rozwoju.

Podobne oddziaływanie na stosunek dorosłych do małego dziecka miała książka J.B. Watsona *Cpieka psychologiczna nad niemowlęciem i dzieckiem* (1928), która zaciążyła na długie lata nad systemem wychowania dziecka po urodzeniu zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Książka ta stała się bardzo popularna

wśród rodziców. To ona nadała naukowe uzasadnienie dla modyfikacji sposobu opieki nad dzieckiem, który można by streścić – „ręce od dziecka" a „w ręce zegarek".

Ten sposób traktowania noworodka, a potem niemowlęcia został zasugerowany wcześniej przez pediatrę L.E. Holta w książce *Cpieka i karmienie dzieci* (1894). Holt zalecał, aby wszystkie czynności pielęgnacyjne wokół noworodka oraz karmienie i sen były ściśle uregulowane w czasie. Nakazywał on rozróżniać to, co dziecko potrzebuje, od tego, co chce, bowiem zaspokojenie żądań dziecka wprowadzać miałoby niepotrzebne podniecenie. Jego porady pediatryczne były sformułowane bardzo dogmatycznie, ale zwracały uwagę na istotne w sytuacji dużej śmiertelności niemowląt aspekty opieki nad niemowlęciem – jedzenie, mycie, spanie, higiena. Książka Holta miała bardzo wiele wydań, np. czwarte ukazało się już w 1907 roku z podtytułem: *Katechizm do użytku dla matek i pielęgniarek pediatrycznych* (*A Catechism For The Use Cf Mothers And Children's Nurses*). W tym też „duchu" ukazał się w 1914 roku pierwszy poradnik opublikowany w USA przez Children's Bureau i kolejno wydawany do 1955 roku, a przeznaczony dla kobiet w ciąży i rodziców, zawierający porady dotyczące opieki nad noworodkiem i niemowlęciem.

Watson, klasyczny behawiorysta, ale również zajmujący się badaniem niemowląt, akcentował kluczową rolę nie tyle dojrzewania, ile środowiska w procesie rozwoju, który rozumiał jako proces uczenia się (1990/1925). Sugerował on, że reakcje rodziców na płacz dziecka poprzez wzięcie go na ręce, czy też karmienie, gdy tego żąda, prowadzą do wytworzenia w dziecku przyzwyczajeń do płaczu, bowiem uczy się ono wymuszać płaczem na rodzicach realizację swoich pragnień. Rodzice, posłuszni wnioskom wychowawczym płynącym z badań naukowych, stali się chłodnymi obserwatorami spontanicznych reakcji dziecka. Swoim postępowaniem wyuczali go, iż płacz jest bezskuteczny, by przywołać rodziców, a zaspokojenie głodu powinno odbywać się zgodnie ze wskazówkami zegara. Zalecenia, by „nie nosić, nie kołysać, nie pieścić, nie karmić na żądanie", miało na celu wytrenować reakcje niemowlęcia zgodnie z harmonogramem dnia ustalonym przez rodziców i wychować człowieka „o mocnym charakterze". Nie uwzględniono tu emocjonalno-społecznych potrzeb noworodka i niemowlęcia, np. przytulania się, wpatrywania się w twarz ludzką, przysłuchiwania się ludzkim głosom, przebywania w bliskiej dotykowej łączności z drugim człowiekiem (por., np. Weiss, 2005).

Na początku XX wieku w wychowaniu dziecka dominowało więc podejście restrykcyjne. Kontakt dorosłego z noworodkiem i niemowlęciem był ujmowany w kategoriach opanowania jego silnych i niebezpiecznych impulsów, jak: erotyczna stymulacja, masturbacja, ssanie palca. Przepisy dotyczące karmienia butelką i wczesnej kontroli nad zwieraczami do lat czterdziestych XX wieku były najważniejszymi w instruktażu wychowawczym dla rodziców. Dopiero lata pięćdziesiąte XX wieku przyniosły hasło „ciesz się swoim dzieckiem". Zaczęto podkreślać, że największym wkładem rodziców w rozwój dziecka jest ich radosne przebywanie z nim. Obecnie dodaje się, że ta radość współbycia z dzieckiem powinna mu towarzyszyć w rozwoju już od poczęcia.

Około 1940 roku osłabły jednak badania nad rozwojem dziecka. Powrócono do nich po II wojnie światowej, w latach pięćdziesiątych. Przeprowadzano tysiące badań, ale tak jak i wcześniej, większość z nich poświęcona była dziecku od okresu przedszkolnego. Wiedza dotycząca psychiki noworodka i niemowlęcia poszerzała się powoli, w miarę jak gromadzono dokumentację badawczą, ukazującą znaczenie wczesnej fazy życia dla późniejszych zdolności, zachowań, skłonności. Natomiast okres przed urodzeniem był zasadniczo ignorowany zarówno w psychologii, jak i w pedagogice, gdyż nie dowierzano, iż wtedy może dokonywać się cokolwiek, co mogłoby być przedmiotem zainteresowania tych dyscyplin.

Jedynie na terenie psychoanalizy, opierając się na danych z terapii indywidualnych pacjentów, formułowano w tym czasie wnioski o znaczeniu prenatalnych doświadczeń dla całości życia człowieka oraz o wadze doświadczeń prokreacyjnych dla dalszych więzów z dzieckiem i funkcjonowania m.in. w rolach rodzicielskich (Kornas-Biela, 2003a, b). Odkrycie technikami medycznymi zachowań i stanów behawioralnych dziecka prenatalnego otworzyło nowe pola dla obserwacji, badań oraz interwencji, zwłaszcza że to właśnie prawidłowości w zakresie stanów behawioralnych (Kornas-Biela, 2000b/2004) są jednym ze wskaźników normalnego lub zaburzonego rozwoju układu nerwowego (Arduini, Pizzo, Romanii, 1995).

Na terenie psychologii rozwinęło się nowe podejście do badań nad rozwojem człowieka – społeczna psychologia rozwoju (Brzezińska, 2000). Zaczęto badać nie tylko wyizolowane charakterystyki rozwoju dziecka, ale też jego zachowania w kontekście zachowań innych oraz ich oddziaływań na dziecko i dziecka na nich (zmienność w czasie zachowań każdego z nich pod wpływem interakcji w diadzie oraz samej interakcji), jakościowych cech kontaktu (np. gotowość noworodka do kontaktu z innymi, zachowania ekspresyjne noworodka w kontakcie z matką – np. Hinde, 1983; Ainworth, Bowlby, 1991; Schaffer, 2005). Nawet bardzo wczesny rozwój zaczęto rozpatrywać z punktu widzenia „osiągnięć społecznych", oceniać go według kryteriów umiejętności i potrzeb społecznych, a tym samym coraz większą rolę zaczęto przypisywać dorosłym jako „czynnikom wspomagającym" rozwój dzieci (Eliot, 2003; Schaffer, 2005; Wood, 2006).

Jednocześnie wiek XX to stulecie wielkich odkryć w dziedzinie genetyki, embriologii i medycyny. Nie sposób opisać je skrótowo, gdyż każde z nich miało niebagatelne znaczenie dla inspirowania następnych odkryć, np. sformułowanie teorii dziedziczności (1902-1904), odkrycie znaczenia genów dla rozwoju embrionalnego (powstanie genetyki rozwojowej – 1918), pierwsza obserwacja owulacji (1930) i zapłodnienia u człowieka (1944), rozpoznanie materiału genetycznego w DNA (1943), opisanie podwójnej spirali molekularnej DNA i wyjaśnienie sposobu jego replikacji (1953), wprowadzenie do praktyki położniczej fetoskopii (1954) i ultrasonografii (1958), a tym samym poznanie w latach pięćdziesiątych prenatalnego rozwoju dziecka w pierwszych czterech miesiącach życia, odkrycie chromosomowego podłoża zespołu Downa (1959), urodzenie pierwszego dziecka (Louise Brown) po zapłodnieniu *in vitro* (1978), urodzenie owcy Dolly w wyniku klonowania (1997).

Wszystkie te osiągnięcia biologii i medycyny stanowią wyzwanie dla psychologii, pedagogiki, etyki i prawa.

Przedstawiony powyżej bardzo krótki szkic rozwoju wiedzy dotyczącej najwcześniejszego okresu życia człowieka ilustruje fakt, że odkrycia naukowe XX wieku, a zwłaszcza jego drugiej połowy, dokonały rewolucji w rozumieniu, czym jest ten pierwszy okres życia, na czym polega i jak przebiega wtedy rozwój, jakie ma on znaczenie dla całości życia człowieka. Coraz bardziej wiedza o „prenatalnym świecie" oparta jest na danych empirycznych, coraz mniej posługuje się spekulacjami, co miało i ma również swoje reperkusje na terenie pedagogiki.

2. Zainteresowanie wczesnym etapem życia dziecka przez pedagogikę w XX wieku

Mówiąc o zainteresowaniu pedagogiki dzieckiem, trudno w tym opracowaniu nawet w skrócie dokonać charakterystyki tak wielu kierunków, prądów, praktycznych działań i rozwiązań, jakie miały miejsce od początku XX wieku. Dlatego dla ilustracji zostanie podjętych tylko kilka zagadnień, by ukazać, jak rozwijało się podejście do dziecka. Ogólnie mówiąc, zainteresowania pedagogiki w XX wieku były związane z rozwojem wiedzy o dziecku na terenie innych nauk i doprowadziły do dostrzeżenia konieczności zajęcia się małym dzieckiem oraz wzbogacenia teorii i praktyki pedagogicznej o problematykę i konkretne doświadczenia działań opiekuńczych względem niego.

Do XX wieku opieka nad noworodkiem i małym dzieckiem na ziemiach polskich obejmowała przede wszystkim szpitale, sierocińce i domy podrzutków lub „koła podrzutków" (gwarantujące anonimowość matce, a dzieciom przetrwanie) oraz oddawanie dzieci „na wykarmienie" mamkom, a później oddawanie „na wychowanie", co obecnie określa się jako powierzanie dziecka rodzinom zastępczym (Stelmaszuk, Kolankiewicz, 2004, s. 839). Opieka nad matką brzemienną należała głównie do akuszerek. Brak niezbędnej wiedzy teoretycznej i trudne warunki pracy, szczególnie na wsi, gdzie preferowano „babki", nie sprzyjały wykonywaniu zawodu przez kwalifikowane akuszerki.

Od drugiej połowy XIX wieku zaczęto tworzyć żłobki – jako pierwszy powstał Dom dla Niemowląt w Warszawie (grudzień 1857), a następnie dalsze, dzięki działaniom organizacji filantropijnych, jak np. Warszawskie Towarzystwo Dobroczynności. Były one przeznaczone głównie dla dzieci matek pracujących lub bez środków do życia i miały na celu zapobiec wysokiej śmiertelności noworodków i niemowląt (Balcerek, 1978, s. 54-55). Stosunkowo liczne były wypadki porzuceń dzieci i dzieciobójstwa, a los dzieci urodzonych, jako nieślubnych, był dużo gorszy niż innych (*Źródła*, 1965, s. 107).

Wśród pedagogów i organizatorów placówek wychowawczych tego okresu (zwłaszcza ochronek dla dzieci) na uwagę zasługuje Maria Weryho-Radziwiłłowiczo-

wa, która w 1887 roku założyła wzorcowy „zakład freblowski", zajmujący się wychowaniem dzieci przedszkolnych oraz kształceniem wychowawczyń dla „ogródków dziecięcych", tzw. „freblanek". W swojej twórczości, m.in. w wydawanym dodatku do *Przeglądu Pedagogicznego* pt. „Zabawy i Zajęcia dla dzieci w Wieku Przedszkolnym" (przekształconym w dodatek: *Ogródek Dziecięcy*), rozwijała metodykę wychowania przedszkolnego (Wołoszyn, 2004, s. 148). Ruch Nowego Wychowania na przełomie XIX i XX wieku przyczynił się do upowszechnienia instytucji wychowania w przedszkolach (publicznych, wyznaniowych, prywatnych, nawet na wsiach) oraz opracowania teoretycznych koncepcji i różnych metodyk wychowania przedszkolnego (m.in. według systemu M. Montessori). Polską myśl pedagogiczną tego okresu (łącznie z międzywojniem) przedstawił m.in. w swej pracy B. Nawroczyński (1935, 1938) oraz Chmaj (1938, 1962).

Jeszcze przed uzyskaniem przez Polskę niepodległości, w kierowanym przez W. Szenajcha Wydziale Opieki nad Dziećmi i Młodzieżą Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego powstał projekt opieki nad dziećmi, obejmujący również brzemienną matkę, noworodka i niemowlęcia (Szenajch, 1917, 1945). Postulowano wielostronną opiekę, tzn. prawną, wychowawczą, higieniczno-lekarską, skoordynowaną i kierowaną przez jedną instytucję. Projekt określał, iż taka opieka jest obowiązkiem społecznym i narodowym a nie aktem dobrej woli czy działalnością filantropijną. Zawarte w projekcie zasady opieki zostały wprowadzone w życie w ustawie o opiece społecznej w 1923 r., która zapewniała ochronę macierzyństwa oraz opiekę nad dzieckiem, w tym niemowlętami, zwłaszcza sierotami i półsierotami (Badora, 2006, s. 295-296). Sam Szenajch publikował rady dla matek dotyczące karmienia i pielęgnacji niemowląt, które cieszyły się dużą popularnością (1918-1950; wiele wznowień).

W okresie międzywojennym zorganizowaną opieką nad małym dzieckiem zajmowały się różnego typu zakłady opiekuńcze (np. szpitale, sierocińce, przytułki), działały różne stowarzyszenia (np. Towarzystwo Gniazd Sierocych, Towarzystwo Pomocy dla Sierot) (por. Balcerek, 1978). Ze względu na podjęcie przez większą liczbę kobiet pracy zawodowej oraz wzrost świadomości ich praw do opieki socjalnej ze strony pracodawców i do karmienia piersią dziecka pomimo zatrudnienia, utworzono przy fabrykach sieć żłobków oraz ochronek dla dzieci przedszkolnych.

Dla zwiększenia warunków prawidłowej pielęgnacji niemowląt oraz szerzenia oświaty zdrowotnej dotyczącej ciąży, porodu, połogu i opieki nad małym dzieckiem, utworzono też sieć stacji opieki nad dziećmi, przychodnie dla kobiet w ciąży, poradnie higieniczne dla rodziców, kształcono kadry dla tych placówek i rozwijano naukowo problemy opieki nad matką i dzieckiem we wczesnym etapie rozwoju (Kurcz, 2005b, s. 24). Szczegółową charakterystykę opieki nad dzieckiem od urodzenia przedstawiły w specjalnym opracowaniu M. Balcerek (1978) i A. Kurcz (1999).

Wtedy to powstawały podwaliny systemu opieki i kodyfikacji praw dziecka oraz rozwijało się bardzo wiele inicjatyw opiekuńczo-wychowawczych. Nie były one jednak zasadniczo kierowane do noworodków lub niemowląt (jeśli nie były sierotami) (por. Balcerek, 1978), np. pogotowia opiekuńcze dla dzieci w wieku od 3 do 14 lat

zorganizowano w większych miastach, które prowadziła interdyscyplinarna kadra (z inicjatywy M. Korytowskiej, która ukończyła studia psychologiczne w Genewie i odbyła staż u H. Bühlerowej). W tym okresie należy też odnotować początki poradnictwa instytucjonalnego, głównie zawodowego i selekcyjnego (wraz z rozwojem sieci szkół specjalnych) oraz wychowawczego (z ideą kompleksowej opieki nad dzieckiem i rodziną, z wyakcentowaniem funkcji profilaktyczno-prognostycznej w zakresie zdrowia i wychowania, np. A. Landy).

W pedagogice polskiej, jeszcze przed odzyskaniem niepodległości po rozbiorach, odznaczył się H. Jordan. Jako lekarz ginekolog i położnik już pod koniec XIX wieku opublikował artykuły i osobne prace z dziedziny leczenia i profilaktyki położniczej, m.in. na temat fizjologii i dietetyki ciąży, porodu i połogu oraz szerzenia się chorób połogowych. Wprowadził on do Kliniki Ginekologiczno-Położniczej postępowanie antyseptyczne i aseptyczne. Był współautorem pierwszego nowoczesnego tomu podręcznika położnictwa dla lekarzy oraz książki *Położnictwo dla użytku akuszerek.*

H. Jordan był bardzo czynnym popularyzatorem naukowej wiedzy z tej dziedziny, zasłużył się również w zakresie higieny społecznej i szkolnej oraz wszechstronnego wychowania dzieci i młodzieży (podnoszenie tężyzny fizycznej, zdolności do pracy umysłowej i życia w zespole, wrażliwości estetycznej, kultury moralnej, konkretnych umiejętności życiowych) przez specjalnie zorganizowane zajęcia na wolnym powietrzu – w parku w Krakowie, a potem w innych miastach polskich jako tzw. ogródki jordanowskie (Badora, 2006, s. 309-314). Jako twórca pierwszego na ziemiach polskich publicznego parku-ogrodu przeznaczonego do prowadzenia gier, zabaw i ćwiczeń ruchowych oraz wzmacniania tężyzny fizycznej przez dzieci i młodzież, przyczynił się Jordan do zainteresowania pedagogów zdrowiem fizycznym dzieci oraz czynnikami, które mogą mu sprzyjać lub go zaburzać. Podobnie działalność naukowa Jordana w zakresie ginekologii i położnictwa oraz na polu publicznym i parlamentarnym sprzyjała wzrostowi zainteresowania zdrowiem dzieci oraz ich warunkami życia i rozwoju od najwcześniejszych lat w rodzinie pochodzenia.

Po odzyskaniu niepodległości zaczęły powstawać kliniki położnicze w Krakowie, Warszawie, Poznaniu, później w Łodzi, a przy nich powołano Szkołę Położnych, w której mogły uczyć się przez 2 lata kobiety, które ukończyły 21 rok życia i urodziły co najmniej jedno dziecko (Cieśla, 2008).

W okresie międzywojennym należy odnotować prace naukowe oraz działalność takich pedagogów, jak np. H. Radlińskiej, J.Cz. Babickiego, K. Jeżewskiego, J. Korczaka, M. Grzegorzewskiej, K. Lisieckiego. Pedagodzy Nowego Wychowania (np. J.Cz. Babicki, J. Korczak) domagali się uznania podmiotowości dziecka, ciągłego i rzetelnego poznawania dziecka, wychodzenia od niego i liczenia się z jego potrzebami oraz indywidualizacji oddziaływań. Nurt Nowego Wychowania wspierany badaniami psychologicznymi dzieci (A. Binet) oraz działalnością pedagogów (M. Montessori), przyczynił się do przekształcania się teorii wychowania w psychopedagogikę (psychagogikę) i pedologię (Depaepe, 1992).

Nie sposób nie wspomnieć również postaci prof. W. Heinricha (1926), który jako filozof i psycholog zajmujący się psychologią eksperymentalną, prowadził badania nad wrażeniami wzrokowymi, słuchowymi, procesami pamięci, spostrzegania i uwagi, a jednocześnie doprowadził do powołania w Krakowie Studium Pedagogicznego (w 1921, którego był dyrektorem do 1951 roku), Katedry Pedagogiki (1927), Katedry Psychologii Pedagogicznej (1928) i Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego (1929). Jako prekursor na terenie Polski eksperymentów w dziedzinie wrażeń ludzkich, inspirował innych do doświadczalnego podejścia w nauce.

Jedną z osób, o których należy wspomnieć, mówiąc o zainteresowaniach dzieckiem na gruncie pedagogiki u początku XX wieku, jest Józefa Franciszka Joteyko, lekarz, fizjolog, psycholog i pedagog (np. Lipkowski, 1968). Należała ona do czołówki twórców współczesnej myśli pedagogicznej, opartej na osiągnięciach naukowej psychologii. Najpierw pracowała jako lekarz, wkrótce już jako fizjolog. Brała udział w badaniach psychofizycznych (badanie fizjologii mięśni i ośrodków nerwowych, problem zmęczenia i bólu, w tym również jako cierpienia moralnego) i wykładała psychologię eksperymentalną w Brukseli, potem psychologię pedagogiczną w seminarium nauczycielskim w Mons oraz w Charleroi. Dla potrzeb nauczycieli opracowała tzw. Indywidualną Kartę Dziecka. Zorganizowała kursy letnie, którym nadała nazwę Seminarium Pedologicznego, a w 1912 roku przekształciła je w Międzynarodowy Fakultet Pedologiczny w Brukseli, który był pierwszą wyższą szkołą psychopedagogiczną, a jego słuchaczami w połowie byli polscy działacze oświatowi. W czasie I wojny światowej wykładała pedologię i psychologię eksperymentalną na Sorbonie, a potem w Lyonie. Była też pierwszą kobietą cudzoziemką, którą przyjęto w poczet wykładowców paryskiego College de France.

Po odzyskaniu przez Polskę niepodległości J.F. Joteyko zapoczątkowała, wraz ze swoją uczennicą Marią Grzegorzewską, Polską Ligę Nauczania i objęła Katedrę Psychologii Ogólnej i Pedagogicznej w Państwowym Instytucie Pedagogicznym w Warszawie, a od 1926 r. wykładała psychologię pedagogiczną i pedagogikę eksperymentalną w Wolnej Wszechnicy Polskiej. Była też wiceprzewodniczącą Komisji Pedagogicznej Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Jej dorobek naukowy obejmujący 262 prace drukowane, dotyczy głównie problematyki pedologicznej, badań nad wrażeniami zmysłowymi, rozwojem i wychowaniem dzieci niepełnosprawnych, diagnozowaniem potrzeb dzieci i kwalifikowaniem tych, które są upośledzone (np. 1920, 1922, 1924, 1932).

Joteyko upowszechniała wiedzę psychopedagogiczną, stwarzając podstawy instytucjonalnej opieki nad matką i dzieckiem oraz opieki nad dzieckiem w szkole. Na łamach założonego przez siebie czasopisma *Polskie Archiwum Psychologii* publikowała najnowsze osiągnięcia psychologii naukowej w zakresie rozwoju dziecka, które stały się podstawą opieki nad dzieckiem w Polsce międzywojennej. Jest uważana za pioniera psychologii rozwojowej i propagatorkę „nauki o dziecku" (pedologii). Joteyko opowiadała się za demokratyzacją systemu szkolnictwa (równy start i prawo do nauki) oraz za nauczaniem aktywnym i indywidualizującym (pracę dydaktyczną

należy oprzeć na aktywizacji i zainteresowaniach dziecka). Domagała się, aby w ramach szkoły powszechnej tworzone były oddziały specjalne dla dzieci upośledzonych umysłowo i przerośniętych wiekiem, a sprawiających trudności wychowawcze[13]. Postulowała wykorzystanie badań psychologicznych i metody testów w praktyce pedagogicznej.

J. Joteyko była na terenie Polski głównym przedstawicielem pedologii[14] – tworzonej na przełomie XIX i XX wieku, a rozwiniętej w pierwszej połowie XX wieku nauki o dziecku, której rozwój wiązał się z zainteresowaniem społeczną sytuacją dziecka, jego prawami, warunkami i czynnikami rozwoju. Bazowała ona na osiągnięciach różnych dyscyplin, szczególnie psychologii rozwojowej i na wynikach prowadzonych w jej ramach eksperymentów, obejmując swym zakresem całość problematyki związanej z rozwojem psychicznym i fizycznym dziecka oraz zastosowaniem tej wiedzy do zagadnień wychowania i nauczania. Pedologia wywarła znaczny wpływ na koncepcje pedagogiczne tego okresu (naturalizm pedagogiczny, pajdocentryzm) oraz przyczyniła się do wykorzystania zdobyczy eksperymentalnej psychologii dziecka i pediatrii w instytucjach oświatowo-wychowawczych, jak żłobki, przedszkola, szkoły.

Psychologiem i pedagogiem, który współpracował z J. Dawidem w badaniach nad zasobem pojęć dzieci z użyciem jego „kwestionariusza spostrzeżeń", była Aniela Szycówna. Była ona redaktorką pism pedagogicznych (np. w latach 1890-1897 *Przeglądu Pedagogicznego*, a w latach 1908-1910 czasopisma poświęconego sprawom oświaty i wychowania *Nowe Tory: miesięcznik pedagogiczny*), kierowała też Polskim Towarzystwem Badań nad Dziećmi (w latach 1907-1921)[15]. Przez wiele lat (1902-1915, 1918-1936) redagowała też czasopismo dla dzieci *Moje pisemko: Tygodnik obrazkowy dla dzieci do lat 10*. Główne zadanie wychowawcze upatrywała w rozbudzaniu poczucia własnej godności oraz większej samodzielności myślenia i działania, oparcia się w pracy wychowawczej na jakiejś dodatniej cesze dziecka, w kształceniu charakteru za pomocą pojęć i przekonań wytworzonych stopniowo we współżyciu i współdziałaniu dzieci między sobą. Szycówna wymagała od każdego nauczyciela ciągłego samokształcenia się i rozbudzenia w sobie takich cech, które w najwyższym stopniu posiadali wielcy pedagodzy wszystkich czasów. Szczególne zasługi położyła w zakre-

[13] Szkoły państwowe dla upośledzonych umysłowo zorganizowała już w 1919 r. w Warszawie i Poznaniu – przyjaciółka Joteyko – Michalina Stefanowska.

[14] Termin „pedologia" został wprowadzony przez O. Chrismana w 1894 r. na oznaczenie nauki zajmującej się dzieckiem. Sama nazwa pochodzi z języka greckiego (*país, paidós* dziecko + *lógos* nauka). Oprócz J. Joteyko jej głównymi przedstawicielami byli: A. Binet i E. Cleparède. Dane nt. pedologii zaczerpnięto z: *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1996, s. 815.

[15] Główne prace A. Szycówny to: *Rozwój pojęciowy dziecka w okresie 6-12 lat: badania nad dziećmi* (1899), *Jak badać umysł dziecka? O zadaniach i metodach psychologii dziecka* (1901), *Pedologia, czyli nauka o dziecku* (1910), *O powinnościach nauczyciela i jego kształceniu* (1915), *Ogólne zasady nauczania w zastosowaniu dla potrzeb szkoły elementarnej* (1917).

sie metodyki nauczania początkowego oraz rozwoju pedologii i pedagogiki młodszego wieku szkolnego. Jej działalność w tym zakresie była pionierska.

Kobietą pedagogiem, działaczką społeczną i polityczną, publicystką i prelegentką była Iza Moszczeńska (Moszczeńska-Rzepecka). Od 1890 roku zamieszczała swoje artykuły w redagowanym przez J. Dawida *Przeglądzie Pedagogicznym*. W swoich publikacjach, odczytach i wykładach była rzecznikiem wszechstronnego rozwoju dziecka, wychowania fizycznego, moralnego i estetycznego, zabaw i gier, higieny, reformy oświatowej oraz emancypacji kobiet, a także zapoznawała czytelników z najnowszymi prądami w pedagogice zagranicznej. Działając w Warszawskim Towarzystwie Higienicznym, przyczyniła się do tworzenia Ogrodów Dziecięcych im. W.E. Raua oraz Instytutu Higieny Dziecięcej im. barona de Lonvala, propagowała też idee H. Jordana. Wraz z A. Szycówną prowadziła badania wśród dzieci warszawskich kwestionariuszem Dawida „Program spostrzeżeń psychologiczno-wychowawczych nad dzieckiem od urodzenia do dwudziestego roku życia". Na podstawie tych badań, które Dawid wysoko cenił, napisał książkę *Zasób umysłowy dziecka*. Jej dorobek pisarski obejmuje ponad tysiąc pozycji, w tym dwadzieścia osiem książkowych. Artykuły zamieszczała w ponad pięćdziesięciu różnych czasopismach.

W 1907 roku ukazały się *Zasady wychowania* – najważniejsza książka Moszczeńskiej. Wśród wielu wskazówek dotyczących wychowania zostały sformułowane rady dotyczące pielęgnowania niemowląt. Ponadto można znaleźć tam uwagi na temat wyboru zawodu, programów kształcenia oraz związku reform szkolnictwa z reformami społecznymi. W serii *Książki dla Wszystkich* ukazało się pięć popularnych pogadanek Moszczeńskiej z zakresu wychowania płciowego. Moszczeńska uważała, że nikt nie powinien wyręczać rodziców w kwestii uświadomienia płciowego dzieci. Krytykowała tych, którzy próbowali odsunąć od siebie ten obowiązek. Pisała: „lenistwo i tchórzostwo naszych ojców i matek niewyczerpane jest w pomysłach, gdy chodzi o to, by sobie jakiejś trudności oszczędzić i na kogokolwiek ciężar obowiązków, choćby najświętszych, zwalić. W literaturze, publikacjach można przeczytać, że obowiązku uświadomienia powinni się podjąć księża, teraz obarcza się nimi doktorów; może ktoś znowu rzuci myśl, by go narzucić pisemkom dla dzieci i młodzieży, kierowniczkom widowisk dziecinnych, np. teatrzyku dla marionetek, lub komukolwiek bądź z przyjaciół dziatwy – byle nie matce" (za: Lewandowska-Szypulska, 1997).

Moszczeńska podkreślała, że uświadamianie – to takie zadanie, w którym ojciec i matka nie powinni się dać nikomu wyręczyć. Tylko stosunek dziecka do rodziców z góry wyklucza wszelką myśl zgorszenia i usuwa wszystko to, co mogłoby być czynnikiem podniecającym i drażniącym. Moszczeńska podała wskazówki, ilustrowane przykładami z własnych spostrzeżeń lub literatury pedagogicznej, w jaki sposób prowadzić rozmowy z dziećmi. Oto zasady proponowane przez autorkę (za: Lewandowska-Szypulska, 1997):

l. Podstawą jest przystosowanie formy i rozmiarów wyjaśnień do indywidualnej natury każdego dziecka, jego płci, wieku, stopnia rozwoju, temperamentu, a także do okoliczności zewnętrznych.

2. Należy dać do zrozumienia, że jest to sprawa ważna, osobista, poufna, nienadająca się do żartów z kolegami.

3. Należy prosić dziecko o zachowanie tajemnicy.

4. Należy obudzić w dziecku pozytywne nastawienie do spraw płciowości.

5. Nie należy robić porównań ze światem zwierzęcym.

6. Należy być w bezpośrednim kontakcie z dzieckiem.

7. Rodzice powinni poważnie traktować tajemnicę narodzin dziecka.

8. Należy szanować niewinność dziecka.

9. Należy kłaść nacisk na wyrobienie woli ku czystości.

10. Nie należy przekazywać dziecku od razu wszystkich wiadomości, lecz stopniowo, zgodnie z naturalnym rozwojem jego umysłu.

11. Nie można dopuścić, aby dziecko dowiadywało się o sprawach płciowych ze źródeł niepewnych, podejrzanych, w sposób gorszący lub podniecający.

12. Dziecko należy przyzwyczajać do rozmów z rodzicami o drażliwych sprawach w sposób szczery, poważny i bez fałszywego wstydu.

13. Należy zaczynać rozmowy, gdy dziecko jest w młodszym wieku (odpowiedź jest prostsza, krótsza, dziecko powinno się nią zadowolić i uznać za rozstrzygniętą na kilka lat).

14. Odpowiednią chwilą na udzielenie dziecku tych wiadomości jest zawsze ta, gdy dziecko samo o nie zapyta. Przyjąć można zasadę: im wcześniej, tym lepiej.

15. Okolicznościami nadającymi się do bezpośredniego wyjaśnienia pochodzenia dzieci jest przyjście na świat siostrzyczki lub braciszka, albo dziecka w gronie bliskich znajomych czy krewnych.

16. Nie należy się nigdy uciekać do kłamstwa i postrachu, zaś rozmów nie łączyć z morałami.

Poglądy i zalecenia I. Moszczeńskiej wpisują się w wyłaniającą się wtedy (pod wpływem psychoanalizy) „pedagogikę seksualną" zwaną też pedagogiką życia płciowego. Niemałe znaczenie miała w tym zakresie wydana w 1911 r. książka F.W. Foerstera *Seksualna etyka i pedagogika*, w której poruszył szeroko zagadnienia „pedagogiki płciowej". Prekursorami współczesnej edukacji seksualnej byli przed II wojną światową: dr Albert Dryjski, autor m.in. książki pt. *Zagadnienia seksualizmu dzieci i młodzieży szkolnej* (1934), ks. Karol Mazurkiewicz, który wydał książki: *Kwestia seksualna w wychowaniu* (1931a) i *Pedagogika wobec kwestii seksualnej* (1931b) oraz Teodora Męczkowska, autorka pracy *Wychowanie seksualne dzieci i młodzieży* (1934). Podkreśliła w niej znaczenie podjęcia w ramach zajęć w szkole problematyki płciowości ludzkiej, a brak wychowania seksualnego w programach szkolnych uważała za znaczące niedopatrzenie władz oświatowych. Przygotowanie do macierzyństwa i ojcostwa przypisywano przede wszystkim rodzicom (Weryński, 1930), potem szkole (Friedländer, 1930) i wreszcie organizacjom młodzieżowym. W szkołach zagadnienia seksualne i przygotowania do małżeństwa oraz rodzicielstwa były realizowane w ramach zajęć z biologii lub wychowania religijnego i moralnego, a także znajdowały miejsce w działaniach niektórych lekarzy szkolnych.

Problematyka płciowości była również podejmowana w fachowych periodykach pedagogicznych i w prasie społeczno-kulturalnej. Publikacje dotyczyły nie tylko kwestii życia seksualnego oraz uświadamiania i wychowania seksualnego (np. Kmiecik, 1928; Bogdanowicz, 1930; Velfle 1938), ale też doboru małżeńskiego, uwzględniającego zalecenia eugeniczne (Wernic, 1936). Zdaniem eugeników prokreacja powinna być przywilejem tylko jednostek pełnowartościowych, wobec innych (chorych psychicznie i fizycznie, upośledzonych, zboczonych, uzależnionych) postulowano zakaz rozmnażania się i zastosowanie sterylizacji. Panowało przeświadczenie, że dzieci dziedziczą po rodzicach patologie oraz słabości fizyczne i psychiczne. Widziano niebezpieczeństwo w tym, że „margines społeczny" ma najwięcej dzieci, które jako mniej wartościowe stanowią obciążenie dla budżetu państwa. W sterylizacji upatrywano sposób na zmniejszenie kosztów, jakie musi ponosić społeczeństwo, lecząc chorych lub zajmując się osobami niesprawnymi (Gawin, Crozier, 2006). Działające wtedy Polskie Towarzystwo Eugeniczne propagowało w tym celu nie tylko świadome macierzyństwo, ale też świadome mężostwo i świadome ojcostwo.

W tym nurcie warto przytoczyć publikację W. Okonia (1947), która już w okresie międzywojennym była ceniona przez młodzież, w której podkreślał konieczność przygotowania się do poczęcia dziecka, troski o jego rozwój przed urodzeniem, unikania czynników szkodliwych, gdyż „początek jego życia sięga miesiące wstecz, a istnienie dziecka uzależnione jest od postępowania i zdrowia jego rodziców, nawet w ich latach młodzieńczych" (Okoń, 1947, s. 95).

Podobnie H. Radlińska, domagając się udostępnienia młodzieży elementarnej wiedzy z zakresu psychologii i higieny, podkreślała, iż ważnym zadaniem pracy oświatowej jest przygotowanie młodzieży do obowiązków rodzicielskich, rozbudzanie poczucia odpowiedzialności za nowe życie, umożliwienie przyswojenia przez nią podstawowych umiejętności dotyczących pielęgnacji i wychowania dziecka (Radlińska, 1978, s. 106).

W polskiej literaturze pedagogicznej tego okresu należy również odnotować publikacje i działalność L. Jeleńskiej, która ma swój oryginalny wkład w ruch Nowego Wychowania, dzięki adaptacji współczesnej jej wiedzy psychologicznej do kształcenia dzieci i praktyki wychowawczej (1946). Jeleńska zajmowała się m.in. ideą nauczania całościowego, metodyką kształcenia wczesnoszkolnego (1926), problematyką aktywnego udziału dzieci w procesie nauczania poprzez np. wycieczki, zabawy. Propagowała zastosowanie zabaw w procesie nauczania i wychowania (1957). Pisząc o wychowaniu, zwracała uwagę na konieczność skupienia się na kształceniu u dziatwy „umiejętności woli", „aby chciała tego, czego pragnie", gdyż „nieumiejętność rozkazywania sobie" i „cofanie się przed swoim bezwładem" prowadzi do „wewnętrznego rozdarcia" (1930).

Pojawiające się w okresie międzywojennym uznanie dla podmiotowości oraz indywidualności dziecka nie odnosiło się zasadniczo do etapu noworodkowego i pierwszych miesięcy życia. Nie doceniano wtedy znaczenia wczesnego okresu oraz poziomu

rozwoju dziecka. Jak charakteryzował ten okres pierwszych trzech miesięcy życia P. Dąbrowski (1935, s. 791-792), jest to czas najbardziej intensywnego rozwoju, a jednocześnie „biernie ochronna faza życia wegetatywnego". Dziecko jest „jak gdyby istotą biologiczną", a jego jedynymi i najważniejszymi czynnościami są jedzenie i spanie. Dziecko jest zdolne odbierać tylko niektóre bodźce o dużym natężeniu, ale „reakcja ta ma charakter wyłącznie biologiczny", jest automatyczną obroną przed uszkodzeniem.

Wychowanie niemowlęcia w tym pierwszym trymestrze składa się, zdaniem Dąbrowskiego, z licznych, ale monotonnych czynności, które mają na celu dbałość o rozwój fizyczny dziecka poprzez higienę odżywiania, snu, ubrania i powietrza. Układ nerwowy dziecka jest słaby, dlatego na silne bodźce reaguje obronnie i trzeba go przed nimi ochraniać. Dziecku należy zapewnić spokój, ale normalne przejawy życia (ruch, głos, barwa, światło) powinny docierać do niego, gdyż pobudzają zmysły i są gromadzone w mózgu jako na razie nieuświadomiony material postrzeżeniowy, który w późniejszym okresie stanie się dla niego przedmiotem intencjonalnego aktu uwagi. Dziecko nie jest świadome na tym etapie ani bodźców zmysłowych, ani społecznych, dlatego autor uważał, iż ponieważ dziecko nie rozumie komunikatów społecznych, stąd obojętny dla jego rozwoju uczuciowego jest fakt, czy będzie ono w tym okresie otoczone serdecznością, czy będą do niego kierowane gesty nasycone uczuciami (np. uśmiech, głaskanie, przemawianie), czy też nie. Reakcje niemowlęcia na głos i spojrzenie nazwał Dąbrowski „pierwszą reakcją społeczną", „pierwszym nawiązaniem kontaktu", ale uważał, iż jest on bardziej potrzebny rodzicom i opiekunom niż samemu dziecku (1935).

Uwagi na temat wychowania wobec „osobnika przychodzącego na świat" poczynił również Z. Mysłakowski (1936), uważając, iż rozpoczyna się ono od momentu urodzenia, ale „biologiczny stosunek ochronny pomiędzy dzieckiem a matką" (s. 702) rozpoczął się wcześniej. Przygotowanie do prokreacji, biologiczny stosunek ochronny w okresie ciąży i wobec noworodka, jak i wychowanie to sposoby, za pomocą których „organizmy dorosłe antycypują niejako i samą prokreację, i różnorodne formy i stopnie ochrony, jakiej potrzebować będzie potomstwo" (s. 703). To antycypowanie może wyrażać się w postaci biologicznej lub psychicznej (refleksyjnej lub nierefleksyjnej).

Mysłakowski widział i odróżniał wzajemne powiązania między biologiczną opieką nad potomstwem a wychowaniem, którego procesy są skomplikowane wpływem kultury. Intensywność, różnorodność i długość trwania wychowania zależy m.in. od właściwości biopsychicznych osobnika, jego uzdolnień, które go predysponują do jakiejś aktywności, wyznaczają jakiś tor życiowy, ramy dla urzeczywistniania się historii jego życia. Zarówno ochrona potomstwa, jak i wychowanie są odpowiedzią dorosłych na jego „niegotowość do istnienia samodzielnego" oraz przejawianą „dążność samorozwojową" (s. 704), plastyczność i możliwość różnorodnego reagowania. Mysłakowski rozróżniał również między wychowaniem pierwotnym, stojącym wyżej niż biologiczna opieka oraz wychowaniem wtórnym (s. 705-708). Niemniej u człowieka, ze względu na złożoność i zmienność środowiska życia – dzieciństwo jest okresem długim i bardzo istotnym w przygotowaniu do dorosłości, w ćwiczeniu

funkcji kiedyś potrzebnych, w tworzeniu podbudowy pod zachowania, które się ujawnią (s. 708-711).

Osobą szczególnie zasłużoną, jako pedagog, działacz społeczny i twórca nowoczesnego systemu wychowania zakładowego w okresie międzywojennym, był J. Babicki (1980). Wprawdzie jest on znany jako wykładowca i osoba odpowiedzialna za unowocześnienie systemu opieki w zakładach dla dzieci i szkolenie kadr dla ośrodków opiekuńczo-wychowawczych oraz jako twórca trzech systemów wychowawczych (harcerskiego, kwaterowego i rodzinkowego), to jednak w tym miejscu na podkreślenie zasługuje właśnie to jego docenienie życia rodzinnego jako wzoru dla wychowania człowieka w grupie. „Rodzinki" – małe grupy prowadzone przez mateczki lub ojczulków, miały zapewnić zindywidualizowanie opieki, uwzględnianie potrzeb dziecka, ciepłą i szczerą atmosferę, nawiązanie więzi emocjonalnych, serdeczną troskę, właściwe odżywianie, rozbudzić potrzeby estetycznego mieszkania, spożywania posiłków i ubierania się, odsunąć piętno sieroctwa i życia zakładowego. Kompensacja potrzeb emocjonalnych dzieci pozbawionych normalnego życia rodzinnego, miała na celu nie tylko uszczęśliwić dzieciństwo, ale też przygotować do życia dorosłego przez naukę zawodu.

Z docenieniem roli rodziny łączy się akcentowana przez Babickiego konieczność dostrzeżenia potrzeby poszanowania godności dziecka (przestaje być „numerem") oraz jego potrzeb emocjonalnych (np. bliskiej więzi uczuciowej i potrzeb społecznych), jego indywidualności, stymulowania jego wszechstronnego rozwoju, organizowania mu środowiska wychowawczego o pozytywnej atmosferze, reprezentowania jego interesów – opiekun-wychowawca ma być rzecznikiem praw dziecka.

Babicki zwracał uwagę na postawę opiekuńczą dorosłego oraz wymagania, jakie powinna ona spełniać, stąd też konieczność dokształcania się, zdobywania umiejętności i pracą nad sobą, gdyż liczy się nie tylko jego wiedza, ale też „uczucia i wiara" (Pyrzyk, 2002, s. 143-177; Badora, 2006, s. 343-351). Liczy się też jego zamiłowanie do opiekowania się dzieckiem oraz „ukochanie dziecka". W koncepcji Babickiego wychowawca miał być nie tylko towarzyszem dzieci, ale też uważnym obserwatorem ich rozwoju oraz rzecznikiem ich praw i interesów (Stankiewicz, 2002, s. 269).

Inną osobą niezmiernie zasłużoną dla pedagogiki XX wieku był K.A. Jeżewski. Był on twórcą systemu opieki nad dzieckiem w postaci naturalnych rodzin funkcjonujących jako rozszerzone rodziny zastępcze. Już w 1908 roku zorganizował w Warszawie Towarzystwo Gniazd Sierocych, którego był przewodniczącym do końca życia. Na podstawie własnej koncepcji wychowawczej tworzył tzw. gniazda rodzinne („gniazda sieroce"), organizowane w gospodarstwach wiejskich[16]. Wpraw-

[16] Po 1918 r. Jeżewski organizował „wioski kościuszkowskie", w których obowiązkiem osadników było wychowywanie sierot wraz z własnymi dziećmi. W 1947 r. Towarzystwo Gniazd Sierocych przekształcono w Towarzystwo Gniazd Sierocych i Wiosek Kościuszkowskich, które działało do 1949 r. Jego tradycje kontynuuje powstałe w 1957 r. Koło Przyjaciół Dzieci imienia K. Jeżewskiego.

dzie gniazda te obejmowały dzieci od 2-3 roku życia, to jednak sam fakt podkreślenia konieczności objęcia opieką wychowawczą małego dziecka, niezbędnej roli rodziny w życiu dziecka i wsparcia emocjonalnego, znaczenia serdecznej atmosfery rodzinnej, osobistego przykładu rodziców, indywidualnego i sprawiedliwego traktowania dziecka, jego udziału w pracy rodziny oraz wypełnianiu obowiązków dostosowanych do jego wieku i możliwości, rozwijania zainteresowań i uzdolnień, budzenia wiary w siebie i poczucia godności, pobudzania aktywności i zaradności życiowej – był ważną zmianą w patrzeniu na dziecko (Badora, 2006, s. 332-342).

Podobną działalność wychowawczą podjął nieco wcześniej Bronisław Markiewicz, kapłan, działacz społeczny i oświatowy, wychowawca i opiekun młodzieży zaniedbanej, osieroconej i opuszczonej, wywodzącej się z najbardziej upośledzonych warstw społecznych Galicji. Stworzył on własny system opiekuńczo-wychowawczy, oparty na dwóch cnotach chrześcijańskich: powściągliwości i pracy (zapoczątkował wydawanie miesięcznika *Powściągliwość i Praca*). Najważniejszym jego zadaniem było kompensowanie sierotom w warunkach zakładu wychowawczego braku naturalnej rodziny, otaczając ich opieką aż do całkowitego zawodowego i życiowego usamodzielnienia się. Tego typu aktywność przyczyniała się do zmiany optyki dzieciństwa, prowadziła do docenienia przeżyć i potrzeb dziecka, skłaniała do zajęcia się coraz młodszym dzieckiem (Markiewicz, 1887/2000, 2005; Michułka, 2005).

To docenienie znaczenia rodziny w życiu dziecka w okresie międzywojennym korespondowało z badaniami i analizami statystycznymi, jakie przeprowadzano celem odpowiedzi na pytanie, co ważniejsze: dziedziczność czy środowisko, jaki jest wpływ odmiennych środowisk (wiejskie, mieszczańskie, proletariackie) na poszczególne sfery rozwoju (fizyczną, umysłową, uczuciową, moralną). Podkreślano doniosłość środowiska społecznego dziecka na jego rozwój fizyczny, umysłowy, uczuciowy i moralny. Doceniano znaczenie warunków higienicznych, sposobu odżywiania, warunków mieszkaniowych, zasobności (zamożności i nędzy), a szczególnie wskazywano na różnice rozwojowo-wychowawczych warunków w rodzinie wiejskiej, miejskiej i proletariackiej. Obserwując już wtedy rozkład rodziny, zwłaszcza wielkomiejskiej, podkreślano jej znaczenie wychowawcze i formułowano postulaty „wychowania rodziców", organizowania wykładów, ćwiczeń, kursów celem „krzepienia rodziny" (Gottlieb, 1933).

Jednym ze znaczących dla sposobu ujmowania dzieciństwa pedagogów w XX wieku był Janusz Korczak (1919, 1920; 1925, 1929, 1939), zasłużony szczególnie w zakresie organizacji dzieciom i młodzieży opieki zastępczej. Dla niego dzieci były odrębną kategorią społeczną. W książce *Momenty wychowawcze* (1919, wyd. II poszerz. 1924) Korczak opisał swoje obserwacje wzajemnych stosunków w grupie dzieci przedszkolnych i dostrzegł dramaty dziecięce spowodowane różnicami charakterów, kłótniami, rywalizacją. Domagał się on rozpoznania prawdziwych problemów, jakie przeżywa dziecko, jego radości i smutków (1925), a tym samym pochylenia się nad „duszą dziecka", jego uważnej obserwacji, rozumnej miłości, dostosowania się do potrzeb i fazy jego rozwoju. Uwrażliwiał rodziców, by umieli patrzeć

i widzieć, śledzić i rozumieć najdrobniejsze nawet odruchy i reakcje dzieci, odczytywać ich sens oraz korygować swoje błędy, które wynikają przeważnie z niezrozumienia dziecka, niedostrzegania jego przeżyć i nieliczenia się z nimi (1920).

Wprawdzie Korczak zajmował się głównie dzieckiem starszym, to jednak jako praktykujący pediatra, miał do czynienia w szpitalu z dziećmi w różnym wieku, a jego idee, iż dziecko jest człowiekiem, tylko trochę mniejszym, o skromniejszym, ale też sobie właściwym zasobie doświadczeń i świecie uczuć, skłoniły go do propagowania praw dziecka, m.in. do życia, do bezpieczeństwa, szacunku i radosnego dzieciństwa, uwzględniania jego wewnętrznego świata (Badora, 2006, s. 315-331). Wkład pajdocentrycznej pedagogiki Korczaka w myślenie o dziecku jest niewątpliwy, zwłaszcza w zakresie dostrzeżenia wagi uczuć dziecka, świata jego przeżyć, atmosfery wychowawczej, która jest ważna jak „grunt" i „powietrze" (Pyrzyk, 2002, s. 183) oraz znaczenia okresu dzieciństwa. Z perspektywy współczesnej wiedzy o wadze prenatalnego rozwoju człowieka, można szczególnie docenić sformułowaną przez Starego Doktora obserwację, iż „Kto nie jest starym wykładowcą, nie wie, że po latach dziesięciu, dwudziestu dopiero, odezwie się ponure echo dnia wczorajszego" (1937/1983, s. 107).

Idee dotyczące praw dziecka i sposób patrzenia na niego jako na człowieka o specyficznym „świecie psychiki", a więc nie „małego dorosłego", ale podmiotu, którego rodzic uczy się i od którego uczy się, może być po prawie stu latach odnoszony również do dzieci w pre- i perinatalnym okresie rozwoju. O nich również można, cytując słowa Korczaka, powiedzieć, iż „nie będą dopiero, ale są już ludźmi, tak, ludźmi są,..." (Korczak, 1899/1983). „Sierotą jest dziecko, gdy umarli rodzice, sierotą jest i to dziecko, któremu nie urodził się jeszcze rodzic i opiekun ducha" – pisał Korczak (1937/ 1983, s. 109) – i sierotą jest dziecko prenatalne, dopóki nie „urodzi się" mu rodzic, dopóki nie zostanie rozpoznane jako dziecko i z należytą troską otoczone opieką. Inaczej mówiąc, można obecnie postawić te same, co Korczak pytania odnośnie do dziecka prenatalnego: Kim ono jest? Kim ono jest dla rodziców, dla społeczeństwa, dla Kościoła? Czy jest już w pełni człowiekiem? Ile jest w nim człowieczeństwa? Jeśli nie jest człowiekiem dziś, to kiedy nim się stanie? Jakie są jego potrzeby powszechne oraz indywidualne? Czy ma prawo do szacunku? Jak go kochać?

Korczak dokonując surowej krytyki świata dorosłych, wyrzucał im tak negatywny stosunek do dziecka, że jeszcze nie zdąży się ono urodzić, a już jest przyczyną zachwiania równowagi i zamieszania w ich życiu, a po urodzeniu, gdy nie spełni ich oczekiwań, towarzyszy mu w rozwoju uczucie zawodu, jakim jest otaczane. Dlatego też podkreślał, że dziecko ma prawo być tym – kim jest, odrębną od rodziców, od matki istotą, która ma prawo do życia i do śmierci, jeśli jest ona nieunikniona („Powiadasz: 'Moje dziecko'. Nie, nawet w ciągu miesięcy ciąży ani w godzinach porodu dziecko nie jest twoje". „W obawie, by śmierć nie wydarła dziecka, wydzieramy dziecko życiu: nie chcąc, by umarło, nie pozwalamy żyć"). Stąd parafrazując słowa Korczaka można by powiedzieć, iż również okres życia prenatalnego to nie

„życie na żarty", lecz jest on częścią wieku dziecięcego, ważnej części „żywota człowieka" (Pyrzyk, 2002, s. 66).

Aktywność pedagogiczna Korczaka ilustruje fakt, iż pedagogika tego okresu była pod silnym wpływem pozytywistycznego modelu uprawiania nauki. Postulowano robienie obserwacji, eksperymentów i pomiarów badanych zjawisk, korzystanie z dorobku specjalnych laboratoriów badań nad dziećmi (J.W. Dawid, J. Jotejko, A. Szycówna). W pierwszej połowie XX wieku opublikowano też wiele prac pedagogicznych nie tylko rodzimych, ale też zagranicznych autorów, co miało duże znaczenie dla wzrostu teoretycznej i praktycznej wiedzy dotyczącej okresu dzieciństwa (np. Queyrat, 1902; Dewey, 1913; Borowski, 1921; Osterloff, 1921; Claparede, 1923; Binet, 1928; Brandstatter, 1932; Studencki, 1931; Bühler, 1933).

Rozwijała się też w tym czasie psychologia pedagogiczna (Wygotski, 1926[17]; Rowid, 1923, 1937/1938). H. Rowid był psychologiem i pedagogiem, zasłużonym na polu troski o dziecko poprzez kształcenie nauczycieli (Wiaderek, 2008). Inicjował kształcenie kadry pedagogicznej dla szkół powszechnych (Państwowe Kursy Nauczycielskie, przekształcone w 1928 roku w pomaturalne Pedagogium, uniwersyteckie kursy wakacyjne, przekształcone w 1932 roku w Instytut Pedagogiczny ZNP). Działał na polu oświatowym, redagował *Ruch Pedagogiczny*, opracował koncepcje systemu dydaktyczno-wychowawczego (tzw. szkoły twórczej – 1926/1958) oraz dzieła dotyczące podstaw i zasad wychowania (wydane pośmiertnie: 1946), zajmował się metodyką nauczania (np. 1920b, 1933), środowiskiem wychowawczym (1936), jak też bardziej szczegółowymi problemami (np. samorząd uczniowski, autonomia w wychowaniu – 1935), które opracowywał w powiązaniu z aktualnymi osiągnięciami pedagogiki.

Dużą zmianę w podejściu do dziecka wniósł rozwój pedagogiki specjalnej, której twórczynią w Polsce była M. Grzegorzewska (np. Żabczyńska, 1995). Nie miejsce tu na nawet krótki rys historyczny rozwoju pedagogiki specjalnej (Sękowska, 1985) i jej wkładu do opieki nad kobietą w ciąży (celem zmniejszenia wad wrodzonych) oraz dzieckiem urodzonym z problemem zdrowotnym, ale należy podkreślić, iż hasło założonego przez M. Grzegorzewską Państwowego Seminarium[18], a potem Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej (1922): „Nie ma kaleki – jest człowiek", zmieniało mentalność nie tylko kadry pedagogów specjalnych, gdyż akcentowało człowieczeństwo dziecka niezależnie od kryterium zdrowia, a tym samym też od innych kryteriów. Jej starania, by „zwiększać choćby w najmniejszej mierze wartość i godność najbardziej nawet upośledzonego człowieka", przyczyniły się pośrednio do pochylenia się nad małym dzieckiem, które jest również bezradne, potrzebuje rozpoznania jego godności i szacunku.

[17] Również dla pedagogiki prenatalnej przydatne jest wprowadzone przez Wygotskiego pojęcie „strefa najbliższego rozwoju" (1989, 1995/1933).

[18] Seminarium to zostało założone w Warszawie w 1921 r. i było pierwszą tego typu placówką w świecie kształcącą pedagogów specjalnych – nauczycieli i wychowawców do pracy z dziećmi upośledzonymi umysłowo.

Grzegorzewska, przez swoją działalność w ramach Komisji Obrony Szkoły Jednolitej, w Sekcji Międzynarodowej Ligi Nowego Wychowania, w Państwowym Instytucie Nauczycielskim, przez organizowanie systemu szkolnictwa specjalnego i kształcenie kadr nauczycielskich, innowacyjne rozwiązania w kształceniu dzieci („metoda ośrodków pracy"), redagowanie czasopisma *Szkoła Specjalna* i serii *Biblioteka Pedagogiki Leczniczej* oraz publikacje, wykłady, prelekcje, konferencje publiczne, wniosła ogromny wkład w podniesienie wiedzy i wymagań społecznych co do potrzeb oraz konieczności kształcenia i opieki nad dzieckiem o zaburzonym rozwoju, jak też praktycznych umiejętności, by pomagać coraz mniejszemu dziecku (np. 1930, 1947/61, 1952/53).

Z kolei psycholog i pedagog, Maria Grzywak-Kaczyńska, wraz z Kazimierzem Dąbrowskim, jest współtwórczynią ruchu higieny psychicznej w Polsce, upowszechniającego troskę o prawidłowy rozwój psychiczny dzieci i dorosłych, w tym również w okresie prokreacji. Studiując w Genewie pod kierunkiem E. Claparede oraz J. Piageta, wzbogaciła swój warsztat psychopedagogiczny o najnowsze metody psychologiczne (testy szkolne, badania dojrzałości szkolnej). Jest uważana za pierwszego profesjonalnego psychologa i pedagoga szkolnego. Jej inicjatywą było m.in. zorganizowanie anonimowego poradnictwa dla młodzieży poprzez tzw. telefon zaufania. Wypracowała własną metodę psychoterapeutyczną, eksponującą miłość jako główną siłę motywującą zachowanie człowieka i kształtowanie jego osobowości. Jej prace o charakterze popularyzatorskim (1931, 1933, 1975, 1988) oddziaływały szeroko na pedagogów i psychologów, stwarzając klimat oraz przesłanki, by organizować poradnictwo dla młodzieży, przedmałżeńskie oraz dla rodziców. Jest jednym z nielicznych autorów, którzy realizowali felicytologię pedagogiczną – skoncentrowanie się na zdrowych aspektach osobowości, na afirmacji życia, na znaczeniu radości życia w rozwoju i wychowaniu człowieka, ujmowaniu procesów wychowawczych poprzez kategorie wartości i sensu życia (a mniej celów wychowania), znoszenia doświadczeń życia z pogodną godnością.

Wybitnymi uczonymi w zakresie psychogii rozwojowej i wychowawczej byli już w okresie międzywojennym również S. Baley (np. 1937, 1938) i S. Szuman (np. 1947). Rozwinęli oni metodologię badań empirycznych nad procesami rozwoju i wychowania (np. szczegółowe dzienniczki obserwacyjne, np. mowy dziecka, analiza błędów myślenia), a wyniki ich badań uzyskały uznanie w poradnictwie psychologicznym i pedagogicznym. Ich osiągnięcia naukowe miały bezpośrednie zastosowania w praktyce pedagogicznej oraz sprzyjały współpracy interdyscyplinarnej pedagogiki z psychologią, np. założenie przez S. Szumana na Uniwersytecie Jagiellońskim w 1928 r. Katedry Psychologii Pedagogicznej oraz pełnienie funkcji dyrektora Instytutu Pedagogicznego ZNP od 1936 r. przez S. Baleya. Studia psychologiczne i pedagogiczne upraktycznił on przez współpracę ze szkołami i tworzenie poradni psychologicznych.

W czasie II wojny światowej działały żłobki i sierocińce, prowadzono stacje opieki nad matką i dzieckiem z tzw. kuchniami mlecznymi, w zakonspirowaniu

organizowano opiekę nad noworodkami, m.in. poprzez rodziny zastępcze. Po II wojnie światowej rozbudowano formy opieki nad matką w ciąży oraz małym dzieckiem i powierzono je Ministerstwu Zdrowia. Dzieci pozbawione opieki rodzicielskiej, trafiały głównie do dużych liczebnie instytucji, jakimi były domy małego dziecka. Procedura adopcji była przez wiele lat trudna do przeprowadzenia, a sama adopcja mało popularna. Od lat siedemdziesiątych wzmacniano rodzinne formy opieki nad dzieckiem, przy czym liczby adopcji, rodzin zastępczych lub rodzinnych domów dziecka wzrastały lub opadały zależnie od koniunktury społeczno-politycznej i gospodarczo-ekonomicznej. Rozwinęły się również poradnie rodzinne, prowadzone przez Towarzystwo Planowania Rodziny (później Towarzystwo Rozwoju Rodziny), skoncentrowane na rozwiązywaniu problemów seksuologicznych oraz na tzw. świadomym macierzyństwie (głównie – udzielanie porad w zakresie antykoncepcji).

Szczególną rolę w zakresie pomocy rodzinie w związku z regulacją poczęć, problemami małżeńskimi i rodzinnymi odegrała sieć parafialnego poradnictwa rodzinnego oraz związane z tym inicjatywy na szczeblu krajowym i diecezjalnym Duszpasterstwa Rodzin (Mierzwiński, 1988, 2006, 2007; Mierzwiński, Wilk, Bieleń, 2002; Skreczko, 2002; Kowalczyk, 2005, s. 154-155), np. Diecezjalne Studia Rodziny lub Życia Rodzinnego (np. Wojaczek, 1998). Od czasu wejścia w życie ustawy z dn. 27.04. 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Kościół katolicki uruchomił w każdej diecezji domy dla samotnych matek, w których znajdują wieloraką opiekę i pomoc matki samotne przed i pewien czas po urodzeniu dziecka (Bogdańska, 2005).

Ponadto, po 1956 roku powstało bardzo wiele różnego typu organizacji prorodzinnych, zajmujących się nie tylko świadczeniem bezpośredniej pomocy w związku z poczęciem lub urodzeniem dziecka (np. telefon zaufania, poradnia, ośrodek interwencji kryzysowej, ośrodek adopcyjny), ale też skupionych na propagowaniu idei odpowiedzialnego rodzicielstwa (w myśl encykliki *Humane vitae*), zmianie postaw społecznych dotyczących prokreacji (obrona życia poczętego, działania pro-life), a czasem działaniach ratowniczych wobec dziecka zagrożonego aborcją, jak: „pogotowie ratunkowe", „ratownictwo środowiskowe", „dyżur ostatniej szansy" z uruchomieniem „łańcucha pomocy" (Dzierżanowski, 2000).

W celu zapewnienia opieki bardzo małym dzieciom (matek wracających z bardzo krótkich urlopów macierzyńskich), funkcjonowała w Polsce Ludowej ogromna liczba różnego typu żłobków, jako sieć opieki zdrowotnej dla dzieci od 6 tygodni do 3 lat i miała na celu zapewnić im wyżywienie, zabiegi pielęgnacyjno-zdrowotne oraz opiekę wychowawczą. W podejściu do prokreacji oraz pre- i perinatalnego okresu życia dominowało podejście biologistyczne. Diagnoza poczęcia dziecka była diagnozą ciąży, co do której stawiano pytanie: „usuwamy, czy rodzimy?" Wprawdzie kobieta ciężarna miała możliwość bezpłatnych badań profilaktycznych w przebiegu ciąży, ale koncentracja „mentalna" była na „kontroli ciąży", a nie na niej jako na matce oraz na jej prenatalnym dziecku.

Po odbyciu zmedykalizowanego porodu dziecko było w szpitalu izolowane od matki, przynoszone do niej na „czas karmienia", którego rytm wyznaczał zegar na oddziale noworodków. Kobiety były zniechęcane do karmienia piersią, a zachęcane do przepajania dziecka, karmienia mlekiem „humanizowanym", wczesnego wprowadzania do diety dziecka różnych pokarmów. Samo dziecko bezpośrednio po urodzeniu natychmiast odpępniano i pomimo jego rozpaczliwego krzyku, zabierano od matki (często w ogóle go nie widziała) w celu wykonania wielu czynności (jak ważenie, mierzenie, odsysanie, zakraplanie), po czym umieszczano na oddziale noworodków. Ten sposób opieki nad dzieckiem sprzyjał osłabianiu (a czasem wygaszaniu) gotowości matek do podjęcia zachowań opiekuńczych wobec niego, stanowił pogwałcenie bardzo silnych potrzeb dziecka i matki do przebywania ze sobą w stałym i bliskim kontakcie.

Wiek XX, zwany „stuleciem dziecka" (E. Key), utrwalił ujmowanie dzieciństwa jako osobnego i ważnego etapu rozwojowego człowieka, będącego jednocześnie pod szczególną troską i ochroną dorosłych oraz państwa. Znalazło to wyraz w różnych kodyfikacjach gwarantujących wszystkim dzieciom ochronę i opiekę. Przykładem może być Deklaracja Praw Dziecka uchwalona przez Zgromadzenie Ogólne Ligii Narodów (tzw. Deklaracja Genewska, 1924), Deklaracja Praw Dziecka uchwalona przez ONZ (1959), Konwencja o Prawach Dziecka (1989), Światowa Deklaracja w Sprawach Dzieci podpisana w czasie Światowego Szczytu na rzecz Dzieci (1990).

Transformacja ustrojowa po 1989 roku doprowadziła do zmian w systemie opieki nad dzieckiem. Bardziej szczegółową charakterystykę, ciągle zmieniającego się systemu w tym zakresie, można znaleźć m.in. w opracowaniach Kępskiego (1998), Żebrowskiego (1998), Stelmaszuk i Kolankiewicz (2004). Szczególne zmiany zaszły w zakresie opieki położniczej, która stała się bardziej opieką nad „rodziną w ciąży", „rodziną w porodzie". Oprócz urodzinnienia, zaznacza się również w podejściu do prokreacji akcent na podmiotowość, autonomię i prawa (dwóch pacjentów) oraz wszechstronne zaspokojenie potrzeb matki oraz dziecka prenatalnego, rodzącego się i noworodka, odniesienie bardziej ekologiczne, odmedykalizowane (naturalność procesów), indywidualne. W opiece nad noworodkiem zapewnia się system *rooming in* oraz promocję karmienia piersią.

Ze względu na likwidację większości placówek typu żłobkowego, a jednocześnie aspiracje zawodowe kobiet, zauważa się obecnie potrzebę zmian w formule organizacyjnej, programach, kwalifikacjach kadry i standardzie oferowanych usług w ośrodkach dziennej opieki nad bardzo małym dzieckiem (Kurcz, 2005b, s. 27-28, 40). Podobnie likwidacja wielu domów małego dziecka na rzecz rodzin zastępczych o charakterze pogotowia opiekuńczego lub rodzin niespokrewnionych spowodowała luki w systemie opieki, gdyż poziom rozwoju i stan zdrowia niektórych dzieci (niepełnosprawność, ciężkie przewlekle choroby) utrudnia ich przysposobienie.

Niewątpliwie zmiany te, jak też dyskusja nad statusem dziecka poczętego tocząca się w drugiej połowie XX wieku, były wyrazem procesu dekonstrukcji i rekonstrukcji

sposobu postrzegania dziecka w pre- i perinatalnej fazie rozwoju i odegrały dużą, chociaż niedocenianą rolę w uzmysłowieniu sobie konieczności zajęcia się tym okresem życia w aspekcie psychopedagogicznym. Również na terenie pedagogiki wzrasta świadomość, iż – parafrazując wspomniane sformułowanie M. Grzegorzewskiej – „nie ma kaleki – jest człowiek", można powiedzieć, że „nie ma płodu – jest człowiek".

Gorące debaty medialne, polityczne oraz naukowe, dotyczące dopuszczalności przerywania ciąży oraz uzasadnień dla uznania poczętego życia za istotę ludzką, przyczyniły się do upowszechnienia w społeczeństwie przekonania, co do ontycznego statusu dziecka przed urodzeniem, a tym samym do ujmowania go nie jako „zbioru komórek" (por. Gula, 1991a, b; por. Wrońska, 2000), ale jako najmłodszego dziecka w rodzinie potrzebującego, jak każdy człowiek, akceptacji, miłości, szacunku, przynależności i kontaktu. Dyskusje te pomogły rozróżnić między ciążą kobiety jako jej psychofizycznym stanem a dzieckiem, które jako osobna rzeczywistość ontyczna ten stan w jej organizmie swoim zaistnieniem wywołało i uzasadnia jego trwanie. Tym samym wzrosło niepomiernie w społeczeństwie zainteresowanie rozwojem dziecka prenatalnego i sposobami optymalizacji procesu jego wzrostu oraz dojrzewania do przejścia w pozałonowy świat.

III. Niektóre tendencje na terenie współczesnej pedagogiki

Pedagogika jako nauka rozwija się zarówno w kierunku coraz większej dyferencjacji i wyodrębniania się różnych dyscyplin, jak też integracji i uprawomocniania, np. ogólnej teorii wychowania. Na gruncie pedagogiki można dostrzec pewne tendencje zarówno w rozważaniach teoretycznych, jak i w podejściach badawczych, które mogą stanowić inspiracje dla wyłonienia pedagogiki prenatalnej.

1. Zainteresowanie coraz wcześniejszym dzieciństwem

Pedagodzy (dłużej niż psycholodzy) nie doceniali znaczenia wczesnych etapów rozwoju człowieka, gdyż nie dowierzali, iż wtedy może dokonywać się cokolwiek, co mogłoby być przedmiotem ich zainteresowania, prócz opieki nad dzieckiem po urodzeniu, rozumianej jako zaspokajanie jego biologicznych potrzeb (karmienie, pojenie, przewijanie, zapewnienie snu, dostępu do świeżego powietrza, higieny, możliwości ruchu). Przypatrując się historii rozwoju pedagogiki, widzimy, że przez dziesięciolecia wyodrębnienie jej dyscyplin, ze względu na kryterium rozwojowe,

zaczynało się od wymienienia pedagogiki przedszkolnej, ewentualnie – wraz z rozwojem usług w postaci żłobków, zwrócono również uwagę na ten wiek rozwojowy, jednak głównie przez pryzmat funkcjonowania żłobka jako instytucji zastępującej dziecku wychowanie w rodzinie. Tradycyjnie wiązano nauczanie i uczenie się dziecka z okresem szkolnym, a wychowanie od przedszkolnego okresu życia[19].

Wiedza dotycząca wychowania w okresie noworodkowym i niemowlęcym poszerzała się powoli. W miarę upływu lat zainteresowanie pedagogów przesuwało się jednak w coraz niższe poziomy wieku i naturalną konsekwencją było skupienie się na pierwszych kontaktach rodziców z noworodkiem, a obecnie inspirująca naukowo jawi się pedagogiczna penetracja najwcześniejszego okresu rozwoju człowieka oraz edukacji prenatalnej dorosłych i wysunięcie perspektywy rozwoju pedagogiki prenatalnej. Stąd przyjęcie kryterium rozwojowego może uprawomocnić wyodrębnienie pedagogiki prenatalnej jako „pedagogiki wieku prenatalnego", a uzupełniając je o kryterium uwzględniające rodzaj działalności jednostki – jako „pedagogiki prokreacji" (por. Kawula, 1986, s. 46-48). Natomiast integralne ujęcie wychowania skłania do tego, by odnieść je nie tylko do różnych etapów rozwoju człowieka, w tym też prenatalnego, ale również rozszerzyć o wszystkie obszary jego funkcjonowania i dynamizmy wychowania (por. teoria warstwicowa S. Kunowskiego – 1946, 2004; Wilk, 2002, s. 38-47).

Również zmiany na terenie samej pedagogiki związane z badaniem dzieciństwa podprowadzają niejako pod pedagogikę prenatalną, gdyż ukazują różne teoretyczne konstrukcje dziecka i dzieciństwa (kim jest dziecko? – zob. np. Karwowska-Struczyk, 2007), a uzmysławiając nowe przestrzenie życia współczesnych dzieci (np. blokowiska, małe strzeżone osiedla, instytucje zajęć pozaszkolnych), zwracają jednocześnie uwagę na przestrzenne i czasowe uwarunkowania sytuacji dziecka w każdym wieku (Smolińska-Theiss, 1997), na jego najbliższe „lokalne środowisko" życia i rozwoju, które można metaforycznie nazwać jego „małą ojczyzną" (por. Theis, 2001). Rozważania na temat najbliższego środowiska życia dziecka skłaniają do zajęcia się tym okresem, w którym najbliższe środowisko najbardziej wyznacza zasób jego doświadczeń i ma największy wpływ na aktualizację jego potencjalności, a więc okresem przed urodzeniem.

[19] Np. przyjmując kryterium wieku i stopnia rozwoju wychowanka, S. Kawula (1986) wymieniał pedagogikę wieku żłobkowego, zaś T. Hejnicka-Bezwińska (1989) – pedagogikę przedszkolną. Z. Wiatrowski (1995) wysuwając propozycję hierarchicznie uporządkowanych dyscyplin pedagogicznych, rozróżnił pedagogikę przedszkolną i pedagogikę rodziny, co tym samym wskazuje na świadomość konieczności objęcia oddziaływaniem pedagogicznym dzieci po trzecim roku życia, umieszczonych w instytucji opiekuńczej, jaką jest przedszkole, natomiast problemy opiekuńczo-wychowawcze dzieci młodszych są oddelegowane do działu zwanego pedagogiką rodziny.

2. Prenatalne środowisko życia przestrzenią wczesnego dzieciństwa

Najwcześniejszy okres życia człowieka przebiega w tak specyficznej i niepowtarzalnej czasoprzestrzeni, że kontekst ten domaga się bardziej pogłębionych badań, gdyż w przeciwnym wypadku trudno byłoby zrozumieć nie tylko dzieciństwo, ale też życie człowieka w całości jego przebiegu. „Prenatalna przestrzeń życiowa" może być rozumiana jako zespół elementów świata materialnego, fizycznego oraz osobowego, które warunkują sytuację życiową dziecka. Oczywiście przestrzeń prenatalnego dzieciństwa jest z jednej strony o wiele mniej wielowymiarowa niż przestrzeń po urodzeniu, z drugiej strony zbadanie tych wymiarów i ich wpływu na bieg dalszego życia jednostki jest znacznie trudniejsze. Obszar życia i jego czas jest bowiem wtedy bardzo określony, pod wieloma względami zdeterminowany i uniwersalny w swym charakterze, a to, co potrzebne do życia, o wiele ściślej i bardziej jednoznacznie określone.

Samo środowisko prenatalne traktowane jest przez niektórych pedagogów jako wzorcowe dla środowiska postnatalnego, jeśli ma ono być środowiskiem rozwojowym dla człowieka. S. Kawula ujmuje to w ten sposób: „W rozwoju embrionalnym jednostka ma optymalne warunki rozwoju biologicznego w owodni i łożysku matki. Chodzi zatem o to, ażeby w swym życiu jednostkowym ukształtować także korzystne «łożysko społeczne»" (2004a, s. 56). Myśl ta wyraża dość rozpowszechnione przekonanie o idyllicznym środowisku łona, w którym człowiek przebywa jak w przepięknej grocie, doświadczając poczucia błogości i rozkoszy, a ponieważ jedynie tam był naprawdę szczęśliwy, całe życie dąży do odtworzenia tej harmonii i przyjemności. Takie ujęcie prenatalnego okresu życia człowieka było popularne na terenie psychoanalizy (np. Ferenczi, Balint).

Jednak w miarę gromadzenia faktów z terapii pacjentów, zwrócono uwagę na zespół matczyno-płodowego dystresu, wynikający z przeżywanych przez dziecko sytuacji dyskomfortowych, napięć i niepokoju, niezaspokojonych potrzeb fizycznych i psychicznych (Kornas-Biela, 2003a, b)[20]. Jeśli więc chcemy wzorować się w tworzeniu korzystnych nisz społecznych na przykładzie środowiska łona matki, to oczywiście należy wziąć pod uwagę jedynie te jego charakterystyki, które rzeczywiście są rozwojowo optymalne.

Wyłonienie się pedagogiki prenatalnej można też rozpatrywać w kontekście poszukiwania przez naukę, jaką jest edukacja dorosłych, nowych obszarów oddziaływań wychowawczych. Powstała bowiem sytuacja sprzyjająca wskazaniu środo-

[20] Środowisko płynu owodniowego i szerzej – macicy matki wcale nie jest takie przyjazne a warunki optymalne. Gdyby tak było, nie miałyby miejsca uwarunkowane przez to środowisko zgony wewnątrzmaciczne, opóźnienie rozwoju (hipotrofia), choroby dziecka przed urodzeniem czy niektóre wady rozwojowe związane z nieprzyjaznym środowiskiem w macicy (np. z powodu palenia przez matkę papierosów, nadciśnienia tętniczego matki).

wisk wychowawczych, które mogą mieć autonomiczny status, być atrakcyjnymi dla każdego dorosłego człowieka oraz nośnikami wartości wyższych[21]. Takim niewątpliwie środowiskiem jest łono matki, w którym dokonuje się prenatalny rozwój człowieka. W środowisku tym występuje najwcześniejsze „przydarzanie się" czegoś w życiu człowieka, którego „sprawcą" są zarówno niezależne od rodziców warunki życia w łonie, jak też ich zachowania względem dziecka. W zależności od ich stosunku do niego, empatii i komunikacji z nim – przebiega jego pre- i perinatalny los i to, co mu się „przydarza", a co współdecyduje wraz z innymi zmiennymi, o ekspresji genetycznych zadatków, o ograniczeniach lub szansach losu jego dalszego życia (por. Kępiński, 2007).

3. Podejście biograficzne i narracyjne

Do koncentracji na najwcześniejszym okresie życia obu nauk – psychologii i pedagogiki – przyczynił się również rozwój podejścia biograficznego (zob. Maruszewski, 2000). Biografia jednostki to sekwencja faz rozwojowych z okresami sensytywnymi, krytycznymi i wydarzeniami kryzysowymi, to przebieg jej życia z całokształtem makro- i mikrouwarunkowań. Podejście biograficzne ujmuje życie człowieka w jego „planie rozwojowym", tzn. z uwzględnieniem całego jego przebiegu, różnych i różnie uwarunkowanych zmian i zdarzeń, codzienności i tych sytuacji, które diametralnie naruszyły dotychczasową trajektorię biografii indywidualnej[22]. Wpływ psychoanalitycznego podejścia oraz osiągnięć psychologii prenatalnej zaznaczył się m.in. poprzez coraz częstsze włączanie prenatalnego okresu życia człowieka w analizę biografii jednostki.

Należy przy tym podkreślić, iż doniosłe w tym zakresie były już tezy wygłaszane na Uniwersytecie w Bernie przez Gustava Hansa Grabera (nazwanego później ojcem psychologii prenatalnej), który już w 1924 r. wyrażał pogląd, że chociaż nie rozumiemy okresu prenatalnego, ale musimy mieć odwagę, by zintegrować go z całością życia człowieka i włączyć go do biografii normalnego oraz patologicznego rozwoju osobowości. Wprawdzie doświadczenie bólu w trakcie rodzenia i świadome przeżycie nagłej zmiany egzystencji kształtuje życie psychiczne, lecz ważny jest nie tylko proces rodzenia się, ale też cały przebieg życia prenatalnego. W swojej pracy bronionej na Uniwersytecie w Bernie wyraził przekonanie, że „wszystkie nasze naukowe i psychoterapeutyczne zabiegi i wysiłki wobec człowieka pozostaną fragmentaryczne, jeśli nie zrozumiemy życia prenatalnego i nie będziemy mieli odwagi włączyć tę wiedzę do biografii i patobiografii osobowości" (Schindler, 1998, s. 418). Niestety,

[21] Jeśli takim środowiskiem może być zabytkowy park (Torowska, 1997), to tym bardziej środowisko prenatalnego rozwoju człowieka.

[22] Analizę krytycznych wydarzeń życiowych w kontekście zdrowia metodą biograficzną przeprowadziła m.in. M. Piorunek (2000).

jego książka nie spotkała się z szerszym oddźwiękiem. Jak sam przyznał: „Przez prawie trzy dekady w psychologii prenatalnej stanowiłem sam ze sobą grupę badawczą" (Schindler, 1998, s. 419).

Podejście biograficzne pomaga zwrócić uwagę na całe dzieciństwo człowieka, również to prenatalne. Prenatalne dzieciństwo można rozumieć jako: pierwszy, najwcześniejszy etap życia człowieka; najkrótszy i szybko przemijający okres życia; okres, w którym można wyróżnić embrionalną i płodową fazę rozwoju; okres bardzo ścisłej więzi z matką; niedookreślony (np. prawnie) status społeczny; „los człowieka zapisujący się w biografii ludzkiej"; przedmiot zainteresowań nauk biologicznych, psychologicznych, pedagogicznych (por. Smolińska-Theiss, 1993, s. 10-11).

Prenatalny okres życia człowieka jest częścią jego osobistej biografii życiowej, jego losu, a jednocześnie ten los warunkuje. Poszerzając koncepcję biografii życia jako formacji dorosłego, opracowaną przez P. Dominice i stosowaną w Polsce przez O. Czerniawską, można powiedzieć również o prenatalnej fazie życia, iż jest „indywidualnym dziecięcym losem i światem wpisanym w ludzkie życie" (Czerniawska, 1997, s. 125). Kolejne okresy życia nabudowują się na zdarzeniach tego okresu i nie można ich wymazać. Są one elementem doświadczenia życiowego człowieka, które w mniejszym lub większym stopniu warunkuje aktualne doświadczenia.

Teraźniejszość i codzienność każdego życia jest zakorzeniona w łonie matki. Każdy z nas nosi w sobie to prenatalne dziedzictwo, „stale przebywa w swojej czasoprzestrzeni" (Czerniawska, 1997, s. 126), która minęła i chociaż nie potrafi jej pamięciowo odtworzyć, to jednak stanowi ona niewidzialne środowisko jego życia, jest „pamięcią serca" (por. tamże, s. 127). Docierające do dziecka emocje matki, jak też jego pierwsze emocjonalne doznania po urodzeniu, wpisują się nie tylko w jego „pamięć serca", ale też „pamięć ciała" i mogą spowodować chroniczne napięcia pewnej grupy mięśni, blokady lub „wyłączenia się" jakichś obszarów ciała. Jest to szczególnie widoczne u osób niepełnosprawnych, którym historia życia nie szczędzi odrzucenia, doświadczenia izolacji, samotności i krzywdy. Zranienia ich serca, spowodowane bardzo wczesnymi destrukcyjnymi przeżyciami, znajdują odzwierciedlenie w ich postawie, gestach, zachowaniu, które wydają się być zaburzone wskutek choroby lub wady, a są wynikiem rozbitego obrazu siebie, zaburzeń więzi i komunii z najbliższymi (Vanier, 1999; Kościelska, 2000).

Chcąc wspomagać rozwój człowieka dorosłego, nie sposób nie podjąć problemów związanych z prokreacją, a te coraz bardziej doceniane są jako znaczące dla historii życia jednostki. Prokreacja inicjuje ciąg ważnych wydarzeń życiowych, które angażują najgłębsze pokłady psychiki, dotykają najbardziej wrażliwych jej miejsc, uruchamiają najbardziej bogaty repertuar silnych uczuć, stwarzają sytuacje stresu i napięć (najczęściej pozytywnych), wymagają sporych umiejętności adaptacyjnych. Wydarzenia te stają się ważnymi składnikami indywidualnej oraz rodzinnej biografii, elementami poszerzającej się wiedzy biograficznej, która jest wykorzystywana do konstruowania biografii, a jednocześnie, w zależności od biograficznej kompetencji

są one wykorzystywane do kierowania własnym życiem. Człowiek jako istota biograficzna, również trudne i niosące cierpienie doświadczenia prokreacyjne może tak wbudować w historię biegu własnego życia, że stają się one doświadczeniami wspierającymi dookreślanie własnej tożsamości, rozwój osobisty i samowychowanie. W świetle całożyciowej biografii nabierają one sensu i są źródłem mądrości życiowej oraz satysfakcji z życia (por. Dubas, 2009, s. 42-43). Poza tym prokreacja nie tylko wkomponowuje się w biografię, ale jednocześnie znacząco motywuje do zadumy nad życiem, stawiania ważkich pytań i szukania na nie odpowiedzi, dokonywania biograficznej refleksji, oceny i bilansowania życia, poszerzania świadomości siebie, redefiniowania systemu wartości, dokonywania przełomowych decyzji (tamże, s. 46-50).

I chociaż sposób doświadczania prokreacji jest płciowo i jednostkowo zróżnicowany, to jednak jest ona dla każdego ważnym wydarzeniem życiowym, które „zmienia wszystko". Stawia ona rodziców wobec konieczności podjęcia odpowiedzialności za życie innej osoby oraz funkcjonowanie całej rodziny, spełniania nowych zadań i ról, zmiany perspektywy i celów życia, wymaga większej refleksyjności i mądrości życiowej. Prokreacja i wynikające z niej rodzicielstwo jest tak silnym zwrotnym okresem z życiu, tak wiele niesie ze sobą zadań rozwojowych, tak bardzo zmienia zasadniczy kierunek życia i osobowość społeczną człowieka, że została uznana za jeden ze społecznych przełomów życiowych (Kowalik, 2002, s. 86; z punktu widzenia feministycznego – Budrowska, 2000; por. też: 3.1.6).

Coraz bardziej zwraca się też uwagę w psychologii i pedagogice na indywidualny i niepowtarzalny charakter przeżyć związanych z prokreacją (planowaną, udaną, z różnych przyczyn niezrealizowaną, niepomyślną), na indywidualną interpretację wydarzeń prokreacyjnych i nadawanie im subiektywnych znaczeń (np. Holditch-Davis, Miles, 2000; Bartosz, 2002). Dlatego też coraz częściej stosuje się metody badania hermeneutycznego i fenomenologicznego (por. np. Kwieciński, Witkowski, 1990; Nowak, 1993; Ablewicz, 1994, 2004, 2007), pozwalające m.in. wniknąć w autobiografię prokreacyjną, zrekonstruować doświadczenia na tle aktualnej sytuacji oraz w kontekście linii życia uchwycić znaczenia osobiste i konwencjonalne związane z ciążą, porodem i kontaktem z dzieckiem, spojrzeć na siebie w perspektywie projektów przyszłości, by móc zmodyfikować różne formy przygotowania do rodzicielstwa, w tym, np. programy szkół rodzenia (Bartosz, 2002).

W związku z akcentowaniem znaczenia biografii ludzkiej dla zrozumienia i przewidywania zachowań człowieka oraz efektywnego wspierania go, zaczęto szerzej wykorzystywać podejście narracyjne, które obecnie rozwija się bardzo dynamicznie (Trzebiński, 2002; Urbaniak-Zając, 2004; Oleś, Drat-Ruszczak, 2008, s. 723-731; Krawczyk-Bocian, 2008; Dubas, 2009). Biografia uzyskuje bowiem swój kształt w trakcie narracji. Opowiadanie minionych wydarzeń (np. związanych z prokreacją lub własnym rozwojem przed urodzeniem na podstawie relacji innych osób) udostępnia przeżytą biografię nie tylko dla odbiorcy, ale również dla podmiotu dokonującego autonarracji. Materiał narracyjny nie jest bowiem prostą relacją, zwierciadlanym odbiciem wydarzeń, ale dynamiczną konstrukcją, gdyż składają się na niego warstwy różnych doświadczeń

życiowych, aktualnych przeżyć i perspektyw przyszłości jednostki oraz zbiorowe wzorce interpretacyjne, społeczny osąd i społeczne konstrukty świata, które wpływają na budowanie własnej biografii (Urbaniak-Zając, 2004).

Narracja jest konstruktem psychologicznym funkcjonującym jako integralny aspekt osobowości. Jest ona sposobem opisania „przeżytego czasu", historii „zmienności własnego losu", jest jedną z pierwszych form rozumienia otoczenia w rozwoju człowieka, ma charakter konstrukcyjny a nie reprodukcyjny (Trzebiński, 2002). Podejście to przyjmuje, że człowiek tworzy historię osobistą, interpretując minione zdarzenia, dzięki czemu jego życie nabiera spójności, celu, sensu i znaczenia (Krawczyk-Bocian, 2008). Jego myślenie narracyjne jest skoncentrowane na tym, co unikalne i mające znaczenie tylko dla niego samego, by zinterpretować zdarzenia życiowe oraz zrozumieć je (do czego potrzebna jest analiza hermeneutyczna). Narracyjne konstruowanie spójnego obrazu siebie i swego życia osadzone jest na empirycznych faktach (np. poczęcie dziecka, poronienie, komplikacje ciążowe, poród), ale też sięga po wzorce kulturowe, wątki z historii rodzinnej, po to wszystko, co może nadać życiu znaczenie za pomocą uporządkowanej narracji, której integralną częścią są wydarzenia przełomowe, np. prokreacyjne.

Dzięki narracji człowiek konfrontuje się sam ze sobą i ze swoją przeszłością, analizuje ją z różnych punktów widzenia, interpretuje i nadaje subiektywne znaczenie temu, co się wydarzyło, układa i stara się powiązać poszczególne fakty w zrozumiałą i sensowną całość, przewartościowuje to, co dla niego aktualnie ważne. Dzięki narracjom człowiek tworzy swoją historię życia, której jest bohaterem, kształtuje swoją tożsamość narracyjną, od której zależy jego funkcjonowanie. Narracyjna tożsamość pozwala jednostce zrozumieć siebie jako podmiot zmieniający się i podmiot w zmieniających się warunkach i sytuacjach, co w odniesieniu do prokreacji jest szczególnie ważne, gdyż „zmienia wszystko". Niemożność narracyjnego strukturalizowania doświadczeń w ważnych dla jednostki sferach, a taką jest prokreacja, ma negatywne konsekwencje dla jej funkcjonowania (por. Trzebiński, 2002).

W tożsamości narracyjnej znajduje wyraz pewien ton narracyjny, który oddaje klimat emocjonalny wczesnego dzieciństwa, w tym również pierwotnych emocji prenatalnych. Tak więc pre- i perinatalne doświadczenia wpisane w „pamięć ciała", zapamiętane z narracji osób bliskich, dostarczają elementów do budowy własnej historii życia, stanowią zasób rezerw biograficznych, które mogą być użyte w różnych sytuacjach życiowych. Oczywiście pamięć tego okresu to głównie nieuświadomione proste emocje, stany komfortu, wrażenia wynikające z aktywności wszystkich modalności zmysłowych, ale stanowią one też ważną część emocjonalnej pamięci biograficznej (por. Oleś, 2003, s. 347-348), która wzbogaca się niepomiernie po urodzeniu. Pamięć opowieści rodziców o czasie poprzedzającym poczęcie, o przebiegu ciąży, porodu i pierwszych kontaktów z dzieckiem stanowi dla niego nieoceniony materiał w tworzeniu własnej autobiografii. Dzięki tej powtarzającej się w życiu rodzinnym narracji, jednostka od dzieciństwa buduje swoją tożsamość, pogłębia rozumienie siebie, uczy się autorefleksji, kształtuje swoją samowiedzę, utrwala pa-

mięć biograficzną, którą przekaże swoim dzieciom i wnukom. W ten sposób autobiografia zostaje włączona w biografię rodziny, rodu, jakiejś grupy społecznej.

Narracyjne podejście staje się dość popularne wobec doświadczeń ciążowo-porodowych, które trudno badać testami czy kwestionariuszami, a opowiadanie tych jednostkowych i wysoce emocjonalnych zdarzeń dostarcza wielu informacji o sposobach podejścia człowieka, zwłaszcza kobiet, do prokreacji. Prokreacja, jako ważne wydarzenie życiowe, dodaje nowe jakości tożsamościowe do historii życia. Silne emocje z nią związane pobudzają autorefleksję i dialog wewnętrzny, by poprzez patrzenie z różnych punktów widzenia, rozmowę z sobą z różnych pozycji tożsamościowych, argumentację i kontrargumentację – zinterpretować wydarzenia związane z prokreacją, dokonać bilansu tego etapu i wkomponować go w całość życia, stworzyć jego spójną i zrozumiałą historię, a tym samym lepiej radzić sobie z problemami, jakie pociąga za sobą prokreacja, lepiej zaadoptować się do zaistniałych zmian (por. Oleś, Drat-Ruszczak, 2008). Krawczyk-Bocian (2008) zwróciła uwagę na trudności związane z ulotnością pamięci i słabą wiarygodnością przywoływanych zdarzeń w opowieściach narracyjnych. Rolą narracji nie jest jednak rzetelna dokumentacja minionej rzeczywistości, ale odtwarzanie jej w pamięci, by uporządkować doświadczenia, zrozumieć, co się wydarzyło i nadać temu osobiste znaczenie.

T. Lear (2006) badała metodę narracyjną jako przydatny instrument nie tylko zdobywania wiedzy o doświadczeniach kobiet związanych z porodem, zwłaszcza jeśli był on doświadczany jako traumatyczny, ale również jako metodę pomocną kobiecie do wkomponowania go w historię swego życia, nadania mu znaczenia, zintegrowania doświadczeń z nim związanych ze swoimi oczekiwaniami. Autorka ta podkreśliła wyraźnie potrzebę prowadzenia rozmów narracyjnych wielokrotnie, gdyż obraz porodu zmienia się pod wpływem czasu, doświadczeń związanych z kontaktem z dzieckiem, słuchania narracji innych kobiet, przekazu medialnego. Po pewnym czasie może okazać się, iż poród nie był aż tak trudny lub aż tak idealny, jak oceniano go wcześniej. Każde kolejne opowiadanie historii porodu może być pomocne kobiecie w przejściu procesu „oczyszczania pamięci" z elementów traumatycznych, pomocne w procesie zdrowienia, jeśli poród był doświadczeniem stresowym. Autorka sformułowała też zalecenia, które powinny być wzięte pod uwagę przy prowadzeniu rozmów z kobietami na temat ich doświadczeń prokreacyjnych.

Przykładem narracyjnego podejścia do wczesnego macierzyństwa jest publikacja B. Bartosz (2002), która zawiera analizy autobiograficznych narracji 13 kobiet opowiadających o swoich doświadczeniach z okresu ciąży, porodu i kontaktów z dzieckiem po urodzeniu. Podejście narracyjne zastosowała również S. Highsmith (2006), która zrelacjonowała dotychczasowe badania nad oczekiwaniami kobiet w ciąży, prowadzone metodą narracyjną, i sama przeprowadziła pogłębionym wywiadem oraz rysunkami projekcyjnymi badania nad oczekiwaniami pierwiastek związanych z porodem oraz ich spełnienie. W wyniku tych badań okazało się, że świadomie formułowane oczekiwania kobiet nie spełniły się, natomiast poród przebiegał zgodnie z podświadomie wyrażonymi oczekiwaniami (wyobrażenia, lęki, oceny).

W podejściu narracyjnym wykorzystuje się czasem rysowanie (realistyczne, symboliczne), na kanwie którego stawia się pytania i prowadzi dalszą rozmowę. Poprzez omawianie rysunków, znaczenia użytych symboli, które zawierają projekcję podświadomych myśli, wyobrażeń i uczuć, dotyczących kwestii np. bycia w ciąży, kobieta może bardziej dokładnie wyrazić siebie, nawiązać kontakt z samą sobą, zrozumieć siebie, nauczyć się mówić o swoich uczuciach, rozwinąć swoją wyobraźnię i ekspresję związaną z subiektywnymi, osobistymi konstruktami dotyczącymi wydarzeń prokreacyjnych (Fraser, 2006).

Podejście narracyjne jest szczególnie przydatne w sytuacjach penetracji trudnych problemów, np. nieodżałowanego smutku po stracie dziecka w procesie prokreacji (np. aborcja – np. Trybulski, 2005, poronienie, śmierć wewnątrzmaciczna, śmierć przy porodzie, nagła śmierć niemowlęcia), tłumienia negatywnych uczuć, niedopuszczania do konfrontacji z tym, co i kogo straciło się, a co ma dalekie konsekwencje w postaci trudności do emocjonalnego wiązania się z następnym dzieckiem oraz ciążenia „ducha" dziecka nad dalszą historią rodziny (O'Leary, Gaziano, Thorwick, 2006), a dla kolejnego dziecka obciążenia syndromem „ocaleńca" (por. Ney, Peeters, 1995; Ney, 1997; Chazan, Simon, 2009).

Przykładem narracyjnego podejścia w badaniach mężczyzn zaangażowanych w proces prokreacji są analizy zebrane podczas wywiadu z ojcami oczekującymi urodzenia swego pierwszego dziecka oraz po urodzeniu (25-osobowa grupa greckich ojców), które zmierzały do ukazania psychicznej dynamiki w nabywaniu przez nich tożsamości ojca (Naziri, De Coster, 2006). Podobne badania nad przeżyciami mężczyzn w Wielkiej Brytanii, którzy stali się pierwszy raz ojcami, ich reakcją na poczęcie dziecka, rytuałami, które pomagały im w kształtowaniu tożsamości ojca, zaangażowaniem ojcowskim w okresie ciąży, wpływem badań ultrasonograficznych na poczucie „bycia ojcem" – przeprowadziła S. Cooper (2005). Takie etnograficzne podejście i „narracyjne ucho" okazuje się być bardzo przydatne w uchwyceniu procesów rekonstrukcji i transformacji, jakie zachodzą w podejściu do prokreacji u współczesnych mężczyzn, wobec których kierowane są oczekiwania coraz większej odpowiedzialności, aktywności i zaangażowania w tej dziedzinie, która dotychczas było domeną zastrzeżoną dla kobiet.

Oprócz podejścia narracyjnego funkcjonuje również podejście paradygmatyczne, które polega na szukaniu związków przyczynowo-skutkowych, wyjaśnianiu zdarzeń i rozumieniu zależności, tego co obiektywne i powszechne. Jest to więc typ myślenia logicznego, w którym człowiek stara się formułować uzasadnione przewidywania i uogólniać fakty na podstawie trafnych przesłanek, prognozować i kontrolować rzeczywistość (Oleś, 2003, s. 336-337).

W psychologii prenatalnej pojawiają się publikacje, które uwzględniają oba te paradygmaty (zwłaszcza zamieszczone w *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*). Zawierają one analizę danych indywidualnego doświadczenia, odnoszącego się do pre- i perinatalnego okresu życia. Są to zazwyczaj relacje z terapii, z warsztatów skupiających się na osobistym rozwoju, w czasie których

opowiadania z przebiegu ciąży czy porodu matki i własnych przeżyć z tym związanych są wykorzystywane do zrozumienia aktualnych problemów psychicznych (lęków, kompleksów, preferencji) i zachowań. Doświadczenia te włącza się w historię opowiadań o swoim życiu, jako wyjaśniające obecne trudności lub osiągnięcia, jako nadające znaczenie całemu życiu.

Podejście narracyjne, w połączeniu z paradygmatycznym, staje się w potocznym życiu coraz bardziej popularne w odniesieniu do prenatalnego okresu życia, tzn. ludzie coraz częściej mają skłonność opowiadać własne historie prenatalne i nimi tłumaczyć osobiste charakterystyki, zwłaszcza trudności, z którymi się zmagają, swoje powodzenia, a częściej niepowodzenia życiowe. Włączenie prenatalnej historii w tożsamość narracyjną świadczy o znaczeniu, jaki ten okres życia nabrał w mentalności współczesnego człowieka. Zdaje on sobie coraz bardziej sprawę z wagi doświadczeń pre- i perinatalnych. Okres ten jest więc uważany za element własnej historii życiowej, a sięganie do niego pozwala odbierać życie w poczuciu spójności, ciągłości, sensowności i celu.

IV. Aktualny stan literatury przedmiotu

Na stan literatury pedagogicznej, dotyczącej prenatalnego okresu życia oraz edukacji dorosłych z tym związanej, składają się zarówno pozycje naukowe jak i popularnonaukowe, które wnosiły nowatorskie idee i przyczyniły się do zmiany podejścia do dziecka przed urodzeniem i procesu prokreacji. Podobnie jak w psychologii prenatalnej, której rozwój zainspirowali głównie przedstawiciele personelu medycznego, tak i na terenie pedagogiki prekursorskie idee potrzeby wypracowania pedagogiki prenatalnej formułowali profesjonaliści innych dyscyplin: medycyny, teologii i psychologii. Wskazuje to na owocność interdyscyplinarnej współpracy i potrzebę nauk, które można by określić jako „z pogranicza".

1. Wkład Włodzimierza Fijałkowskiego

W polskich publikacjach pierwsze wzmiankowanie o pedagogice prenatalnej spotykamy w książce W. Fijałkowskiego pt. *W szkole rodzenia...* (1996b). Autor ten przyznaje, że jest ona dziedziną „nową, nie ujętą jeszcze w racjonalne, sformalizowane ramy" (s.79). Do jej rozwoju może przyczynić się współpraca rodziców i naukowców. Zachęca więc „wrażliwe i inteligentne pary rodzicielskie" do relacjonowania swych świeżych i autentycznych doświadczeń z kontaktu z dzieckiem przed urodzeniem oraz profesjonalistów do gromadzenia opisów tych przeżyć i naukowego opracowania, poprzez analizę, klasyfikację, wyprowadzenie uogólnień (s. 78-79).

Za przedmiot tej nowej nauki przyjmuje autor „oddziaływania wychowawcze" poprzez konkretny i bliski kontakt rodziców z dzieckiem w wewnątrzmacicznej fazie jego rozwoju.

Podstawą do wyodrębnienia przez W. Fijałkowskiego pedagogiki prenatalnej wydaje się personalistyczna antropologia, która przekonuje czytelników, że: „Od początku jest to KTOŚ, a nie coś", odrębna i niepowtarzalna osoba i dlatego możemy zwracać się do niej słowem TY. Fijałkowski przytacza przykłady doświadczeń rodziców z kontaktów z dzieckiem w pierwszej fazie życia oraz jego kompetencje w zakresie komunikacji z rodzicami i uczenia się. Zachęca też rodziców do pedagogicznej inwencji, by „poznawać swoje dziecko, dostosowując się do jego potrzeb i wychodząc naprzeciw jego oczekiwaniom". Zapowiada rodzicom, iż rzeczywistość prenatalnej komunikacji okaże się o wiele ciekawsza i bogatsza, niż mogą to sobie wyobrazić, trzymając się swojego dorosłego schematycznego myślenia (1996b, s. 78). Traktując dziecko jako partnera dialogu, będą wielokrotnie zaskoczeni jego umiejętnościami nadawania i odczytywania sygnałów, co okaże się źródłem ich głębokiej radości, zaś zaspokojenie przez rodziców dziecięcej potrzeby więzi i bezpieczeństwa pozwala mu „narodzić się psychicznie" (s. 66-67).

Najszerszy tekst poświęcony pedagogice prenatalnej znajduje się w książce W. Fijałkowskiego *Ekologia rodziny* (2001). Tytuł rozdziału VIII zapowiada zajęcie się problematyką „Pedagogiki prenatalnej" (s. 45-49). Analiza zawartości merytorycznej rozdziału pokazuje jednak, iż zawiera on przede wszystkim cele i wytyczne dla działalności Światowej Organizacji Stowarzyszeń Edukacji Prenatalnej (OMAEP) na przykładzie planu działalności polskiej gałęzi tego Stowarzyszenia. Niestety, poza zebraniem założycielskim, które odbyło się w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie w dniu 20.6.1994 roku[23], na którym zostały wypracowane cytowane w książce założenia, Stowarzyszenie oficjalnie nie powstało i nie rozpoczęło praktycznej działalności. W omawianym rozdziale książki poza stwierdzeniem autora, iż: „pedagogika prenatalna powoli znajduje szersze zastosowanie", brakuje uszczegółowień, o jakie zastosowania mogłoby chodzić.

W programie prokreacji ekologicznej autor zaznacza, że pedagogika prenatalna „obejmuje oddziaływania wychowawcze wobec dziecka w okresie jego wewnątrzmacicznego rozwoju" i jest „realizowana dotąd głównie przez uświadomionych rodziców" (Fijałkowski, 2001, s. 94). Ilustracją takich oddziaływań są dwie przytoczone relacje matek dotyczące ich komunikacji z dzieckiem prenatalnym. Autor przypisuje komunikacji prenatalnej rolę profilaktyczną.

Zdaniem W. Fijałkowskiego, pedagogika prenatalna miałaby na celu prewencję przyszłych zaburzeń osobowości poprzez przyuczanie i motywowanie matek i ojców do różnych form prenatalnych relacji z dzieckiem. Pomocą w tym zakresie byłaby szkoła rodzenia, którą należałoby przekształcić w szkołę rodzicielstwa. Autor jest

[23] Profesor W. Fijałkowski był obecny na tym zebraniu i został powołany jako członek honorowy tworzącego się Stowarzyszenia. Była też obecna autorka tej książki.

świadom, że pedagogiczne odniesienia do okresu prenatalnego są dostępne dojrzałym w rodzicielstwie parom, natomiast wymykają się sztywnym kanonom nauki. Trudno jest ująć w pojęciach naukowych i badać dostępnymi metodami subiektywne doświadczenia rodziców z kontaktów z dzieckiem w łonie[24], jednak „świeżość i autentyczność" tych przeżyć będzie motywować do szukania w nich drogi prowadzącej „do uczynienia świata bardziej przyjaznym, wolnym od wielu potworności" (Fijałkowski, 2001, s. 49).

Oddziaływaniem wychowawczym określał W. Fijałkowski nawiązywanie przez rodziców bliskiego i konkretnego kontaktu z dzieckiem. Może się to odbywać poprzez intencjonalne przesyłanie dziecku odżywczej krwi z tlenem, kołysanie oddechem, kierowanie do niego uczuć i myśli, rozmowy z nim, śpiewanie oraz obrazowe przedstawianie sobie wyglądu dziecka, jego nastroju i potrzeb (1996b, s. 69; por. Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 96). Dziecko reaguje na te komunikaty językiem swego ciała, uczy się ich łatwo i szybko, i tym samym nawiązuje się między nim a rodzicami dialog. Swymi reakcjami „skłania ich do poznawania go takim, jakim jest – w całej swej odrębności i niepowtarzalności. Dzięki temu mogą oni wyrażać inwencję pedagogiczną, a zarazem poznawać swoje dziecko, dostosowując się do jego potrzeb i wychodząc naprzeciw jego oczekiwaniom" (tamże, s. 78).

Popularyzując wiedzę z tego zakresu, W. Fijałkowski podkreślał, że najmłodsza gałąź pedagogiki – pedagogika prenatalna wprowadza „najmłodszych" rodziców (najmłodszych młodością ich wewnątrzmacicznego dziecka) w „kolorowy świat przeżyć i doznań" związanych z owym szczególnym dialogiem, który zaczyna się jeszcze przed poczęciem, bo na etapie „zaproszenia" dziecka do przyjścia na świat. Rodzice ci nie kojarzą powiedzenia „przyjście na świat" z urodzeniem się, czyli ze znalezieniem się dziecka poza łonem matki. Świat wnętrza macicy jest w takim samym stopniu światem realnym dla nich, jak i dla ich dziecka, które przecież żyje w nim przez długich 38 tygodni. Na potwierdzenie swych opinii W. Fijałkowski powoływał się na stwierdzenie z wywiadu, jakiego udzielił już w 1974 r. dr David Cheek, położnik i czołowy psychoterapeuta Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu w San Francisco: „Minuta wychowania dziecka w okresie wewnątrzmacicznym warta jest miesiąca jego kształcenia po urodzeniu".

W. Fijałkowski nie dokonywał rozróżnienia między pedagogiką i edukacją prenatalną. Jego zdaniem edukacja prenatalna stając się wyodrębnioną dziedziną badań naukowych, pełni ważną rolę społeczną, gdyż toruje drogę upowszechnianiu idei wychowywania dziecka w najbardziej wrażliwym i chłonnym okresie życia: w czasie 38 tygodni rozwoju poprzedzającego jego wejście w pozałonowy świat[25].

[24] Pomimo trudności nie należy jednak rezygnować z penetracji badawczej tego obszaru, przeciwnie – należy doświadczenia te próbować badać, analizować, dookreślać.

[25] W obecnej pracy rozumienie pedagogiki prenatalnej jest szersze zakresowo, tzn. dotyczy nie tylko wychowania dziecka, ale też wychowania jego rodziców, i to dużo wcześniej przed poczęciem dziecka.

Wykorzystując dorobek psychologii prenatalnej, Fijałkowski zaproponował pedagogikę prenatalną jako naukę zajmującą się przyuczaniem i motywowaniem matek i ojców do różnych form prenatalnych relacji i komunikacji z dzieckiem. Celem oddziaływań wychowawczych o charakterze komunikacji prenatalnej jest profilaktyka zaburzeń osobowości. Pomocą w zakresie formowania rodziców byłyby szkoły rodzenia, które należałoby przekształcić w szkoły rodzicielstwa. Autor ten miał świadomość, że pedagogiczne odniesienia rodziców wobec dziecka prenatalnego są dostępne dojrzałym w rodzicielstwie parom, a pedagogika prenatalna bardzo powoli znajduje szersze zastosowanie (2001).

2. Wychowanie prenatalne w ujęciu M. Debesse

Jednym z autorów, który pisał o wychowaniu w okresie prenatalnego rozwoju dziecka, jest francuski pedagog M. Debesse (1996[26]). Rozumienie przez niego tegoż wychowania jest specyficzne, wynikające z koncepcji podmiotu wychowania omawianej w obecnej książce, jako „stare podejście" (tzn. biologistyczne) do życia przed urodzeniem. Wprawdzie Debesse przyznaje, że: „Istota ludzka już w okresie życia płodowego zawiera w sobie potencjalną indywidualność", przejawiającą się np. poprzez zgodne z rodzajem odziedziczonego temperamentu ruchy dziecka, które już wtedy mogą zapowiadać „naturę nerwową" (s. 32), to jednak zarówno płód, jak i noworodek traktuje on jako „istotę rdzeniową", w której wszystko jest „natury rdzeniowej" i odruchowej. Utożsamiając noworodka z „przewodem pokarmowym", upatruje istoty życia na tym etapie w aktywności „umięśnionej ssawki", jaką są wargi (s. 29). I płód, i noworodek jest istotą jedynie biologiczną o zerowym życiu psychicznym. Jest to niewątpliwie uproszczone rozumienie biologicznej istoty będącej podmiotem wychowania[27].

Odnośnie do wychowania, Debesse wychodzi od stwierdzenia przypisywanego m.in. Napoleonowi, że „wychowanie dziecka rozpoczyna się na dwadzieścia lat przed jego urodzeniem, od wychowania jego matki", i przyznaje, że z wychowaniem mamy niewątpliwie do czynienia na kilka miesięcy przed urodzeniem, a jego misją jest tworzenie dzięki właściwemu odżywianiu, higienie i stylowi życia matki, „sprzyjającego środowiska", „prawdziwego środowiska rozwojowego" dziecka. Pierwszy etap wychowania obejmuje środowisko prenatalne, a następnie kołyskę i pokój dziecinny, zaś wspólną charakterystyczną dla niego cechą jest ograniczenie treści i zakresu czynności wychowawczych do pielęgnacji i karmienia[28].

[26] Książka Debesse *Etapy wychowania* została opublikowana w Polsce po raz pierwszy w 1983 r. (Warszawa, WSiP). Wcześniej ukazała się inna pozycja tego autora: *Psychologia dziecka* (Warszawa 1962).

[27] Nietrudno zauważyć, że tak biologiczny twór jest mało podatny na wychowanie.

[28] Karmienie naturalne określał jako „pasożytnictwo fizjologiczne, ustępujące na rzecz pasożytnictwa społecznego", trwającego znacznie dłużej (Debesse, 1996, s. 30).

Wprawdzie Debesse odżegnuje się od utożsamiania pedagogiki wczesnego wieku z biopsychologią stosowaną, to jednak wychowanie na tym etapie rozwoju rozumie jako hodowanie (s. 28)[29], w którym opieka i stymulacja stanowią metody ułatwiające postępy dziecka (s. 42). Przed urodzeniem wychowanie polega na zapewnieniu dziecku sprzyjających warunków życia dzięki właściwemu odżywianiu matki, jej uregulowanemu trybowi życia (spokojne, bez dużych wysiłków) i właściwej higienie ciąży. Organizm matki, od poczęcia poprzez okres karmienia naturalnego, stanowi dla dziecka „prawdziwe środowisko rozwojowe", tzw. „środowisko macierzyńskie" (s. 32), a wychowanie powinno ułatwić naturalną adaptację do tegoż środowiska.

W czasie rodzenia się stosowane techniki i warunki porodu „przygotowują na swój sposób teren dla wychowania", gdyż mogą zwiększać lub zmniejszać traumę związaną z przejściem z jednego środowiska w drugie, oszczędzać dziecko lub spowodować jego okaleczenia i negatywne konsekwencje zbyt długiego i trudnego procesu rodzenia się. Pierwszymi gestami wychowawczymi określa Debesse gesty opiekuńcze ułatwiające dziecku adaptację do nowych warunków i zmniejszające szok porodowy. Są nimi te wszystkie zabiegi, które upodabniają po urodzeniu warunki postnatalne do prenatalnych, np. zapewnienie ciepła i łagodnego światła, ciszy, jednorodności bodźców, rytmu kołysania, „gniazdka" w postaci kołyski i mleka matki (s. 33). Zaspokojenie potrzeb związanych ze snem i pokarmem, stanowi okazję do pierwszych działań wychowawczych odnoszących się bezpośrednio do dziecka (s. 35).

Zaproponowanie pedagogiki prenatalnej jako odrębnego działu pedagogiki, może nasuwać skojarzenia z tzw. genetycznym punktem widzenia w pedagogice, reprezentowanym przez M. Debesse (1996), który zakłada, że rozwój biologiczny i psychiczny człowieka przebiega według ustalonych genetycznie prawidłowości, decydujących w każdym okresie życia o tym, co dzieje się z człowiekiem i o tym, jaka może być treść i sposób organizowania działalności wychowawczej. Pedagogika prenatalna w jego koncepcji wykorzystywałaby ideę „wychowania rozwojowego" w tym sensie, że jest ono przystosowane do specyfiki tego okresu, a jednocześnie jest „postępujące, dynamiczne i prospektywne" (Debesse, 1996, s. 10). Jego zdaniem biologiczne zaprogramowanie rozwoju wyznacza specyfikę etapów wychowania, w tym również prenatalnego, chociaż oczywiście czynniki psychologiczne, społeczne i kulturowe, a zwłaszcza system wartości, mają istotne znaczenie w wyznaczaniu celów i treści wychowania.

Pedagogika prenatalna proponowana w obecnym opracowaniu nie zajmuje się wychowaniem genetycznym w rozumieniu Debesse'a, który swoją koncepcję wychowania określił jako „liberalną", a jego poglądy na wychowanie dziecka nie wykorzystują dostępnej obecnie wiedzy psychologicznej dotyczącej dziecka przed i po

[29] „Wychowanie niemowlęcia to tyle, co dobre odżywianie jego ciała i jego wzmagającej się stale aktywności" (Debesse, 1996, s. 28).

urodzeniu. Wychowanie prenatalne w jego rozumieniu jest bowiem ograniczone do oddziaływań na matkę i skoncentrowane nie na dziecku, ale na zdrowotnych aspektach ciąży matki, której organizm stanowi środowisko rozwoju dziecka. Upatruje on dziecko przed urodzeniem jako istotę na wskroś biologiczną o zerowym życiu psychicznym. Wychowanie małego dziecka, jak sam Debesse przyznaje, jest ograniczone do higieny (ciała, a po urodzeniu również higieny umysłu) i ma charakter jedynie „negatywny", tzn. ma na celu wyeliminowanie zagrażających dziecku niebezpieczeństw (np. zatrucia płodu, s. 32). Poza tym celem tegoż wychowania jest organizacja środowiska a nie osoba dziecka.

Znaczenie czynnika osobistego, indywidualnego i twórczego jako ważnej siły rozwojowej w wychowaniu, zostaje przypisane dziecku później (w okresie niemowlęcym), niż to ma faktycznie miejsce (w okresie życia płodowego). Podobnie budzenie się inteligencji sensoryczno-motorycznej upatruje Debesse w okresie niemowlęcym, a tymczasem badania z zakresu psychologii prenatalnej pokazują, że można jej początki obserwować już przed urodzeniem. Natomiast ma on słuszność twierdząc, że decydujące dla rozwoju dziecka jest środowisko macierzyńskie. Oddziaływania środowiska wychowawczego mają jednak, jego zdaniem, na tym etapie znacznie mniejsze znaczenie niż dojrzewanie organiczne, które uznaje on za najważniejszy czynnik rozwoju (s. 42). Niewątpliwie środowisko życia pomaga w doskonaleniu różnych form aktywności, które są funkcją dojrzewania.

3. Wychowanie prenatalne w polskiej literaturze pozapedagogicznej

W polskiej literaturze popularyzacyjnej wskazanie na konieczność wychowywania dziecka przed urodzeniem zaczęło pojawiać się jako między innymi konsekwencja rozwoju psychologii prenatalnej i popularyzacji jej dorobku. Przykładem publikacji nie *sensu stricte* pedagogicznej, a jednak mającej charakter edukacyjny, może być artykuł profesora ginekologii i położnictwa – R. Klimka (1989), w którym charakteryzując przedmiot i cel psychologii prenatalnej, jako dostarczanie „dowodów na to, że zaburzenie wewnątrzmacicznego życia dziecka ma swoje długofalowe konsekwencje", wskazał na potrzebę, by „stwarzać odpowiednie warunki do prowadzenia tego życia" (s. 183) i właściwie ukierunkowywać zachowania i działania ludzkie (s. 182). Psychologów nazwał „poetami prenatalnego okresu życia człowieka", jeśli nastawieni są na pomoc „wychowywania dzieci w łonie matki" (s. 183). Samo więc zadanie edukacyjne wobec rodziców, by byli w stanie „wychowywać" swoje prenatalne dzieci, upatruje on jako przynależne psychologom, ale wart odnotowania jest fakt docenienia przez profesora medycyny znaczenia „wychowania" dziecka przed urodzeniem. Zadanie to można, a nawet należy przede wszystkim odnieść do pedagogów, zachęcając ich do zajęcia się pierwszym okresem życia człowieka.

E. Sujak w książce o kontakcie psychicznym w małżeństwie i rodzinie, która miała wiele wznowień (I wyd. 1971, s. 141-142, a np. IV wyd. w 1985), pisze, iż kontakt ten

ma zawsze znaczenie wychowawcze, nawet jeśli nie jest świadomie podjęty z zamierzeniem wpływu wychowawczego. Kontakt ten zaczyna się już od płodowego okresu życia człowieka i wtedy ma charakter bardziej fizyczny, „bo właśnie fizyczny jest kontakt łączący dziecko jeszcze nieurodzone z jego matką" (1985, s. 159). Autorka stwierdza, że stosunek matki do dziecka przed urodzeniem, całość oddziaływań prenatalnych ze strony bliskich ma znaczenie wychowawcze, i – jak podkreśla – jest to rzeczywistość a nie przenośnia. Ogromne znaczenie wychowawcze dla rozwoju dziecka mają w postawie psychicznej matki wobec niego takie uczucia, jak przyjęcie go lub odrzucenie, radosne oczekiwanie lub lęk. Wprawdzie, jak przyznaje, nie znamy jeszcze dokładnie mechanizmu tej zależności, jednak oczywiste jest, iż „elementy uczuciowe działają zarówno na układ sterowniczy, którym jest mózg, jak i układ dokrewny, działający poprzez hormony" (tamże, s. 160).

E. Sujak podkreślała więc w książce wydanej już ponad 30 lat temu, iż prenatalny kontakt matki z dzieckiem ma poprzez jej stosunek do dziecka znaczenie wychowawcze, gwarantujące mu zaspokojenie najważniejszych potrzeb (bezpieczeństwo, dobre samopoczucie) i rozpoczęty przed urodzeniem, jest kontynuowany dalej poprzez karmienie, pielęgnację, pieszczoty i zabawę z dzieckiem. Sytuacja dziecka ukrytego w łonie matki utrudnia rozumienie go i pozostaje ono „istotą nieznaną". Tym bardziej więc do niego, niż do dzieci już urodzonych, można by odnieść zdanie autorki, iż „między światem ludzi dorosłych a światem dziecka jest granica podobna do skalnego urwiska: ci z dołu nie potrafią wejść pod górę, ci z góry nie potrafią zejść" (tamże, s. 168). Są blisko siebie, jak można być najbliżej, a jednak trudno się wzajemnie zrozumieć. Dorośli najczęściej posługują się myśleniem przez analogię, mitami, wyobrażeniami na temat psychiki tego dziecka i tylko dzięki woli i wysiłkowi wspartemu uzdolnieniami wychowawczymi są w stanie przekroczyć nieco ten dystans.

Podobnie K. Wiśniewska-Roszkowska (1998) w rozdziale „Już od urodzenia..." książki o wychowaniu seksualnym powołuje się na osiągnięcia psychologii prenatalnej i sugeruje, iż „wychowanie dziecka zaczyna się właściwie już od poczęcia". Uzasadnia swoje stanowisko odwołaniem się do wiedzy odnośnie związku matki z dzieckiem przed urodzeniem, który „jest bardzo ścisły i wzajemne wpływy są wyraźne" (s. 12). Dziecko już od poczęcia rozwija się jako kobieta lub mężczyzna i potrzebuje do swego rozwoju dbałości matki o swoje zdrowie, akceptacji jego poczęcia, otaczania go radosną i czułą myślą. Miłość rodzicielska jest najważniejszym warunkiem prawidłowego rozwoju dziecka i ona, wraz z radosną akceptacją jego obecności i wysyłaniem do niego pozytywnych uczuć, stanowi podstawę tego, co można nazwać „dodatnim działaniem 'wychowawczym' jeszcze przed urodzeniem" (s. 13).

4. Pedagogika prenatalna w ujęciu pedagogów polskich

Pedagogika prenatalna – poza wskazaniem na konieczność wychowywania przed urodzeniem oraz na takąż dyscyplinę pedagogiki, jak to uczynił W. Fijałkowski – nigdzie nie została ona szerzej scharakteryzowana; nikt dotychczas nie sprecyzo-

wał, jaki miałby być status metodologiczny tej nauki, tzn. jej przedmiot materialny i formalny, metody badań, cele, współpraca z innymi naukami. Nadal nie jest ona identyfikowana jako odrębna dyscyplina pedagogiki w podręcznikach wiodących pedagogów polskich. Należy jednak odnotować fakt, iż już w 1989 r. T. Hejnicka-Bezwińska, zwracając uwagę na poszerzanie się desygnatu pojęcia wychowania, wskazała, iż pojęcie to rozumiane jako czynność i proces jest odnoszone do całego życia człowieka i obejmuje „według niektórych nawet okres płodowy" (s. 228).

Pedagogika prenatalna została przedstawiona jako rodzaj „pedagogiki szczegółowej" i wyodrębniona ze względu na kryterium wieku i rozwoju w książce *Podstawy pedagogiki otwartej* przez M. Nowaka (1999, s. 103). Autor ten zaznacza, że: „Proces wychowania bardzo się dzisiaj rozszerzył, obejmując już nawet okres przed narodzeniem (coraz częściej mówi się o pedagogice prenatalnej)". Wyodrębnienie pedagogiki prenatalnej można więc uznać za wyraz procesu „dyferencjacji dyscyplin pedagogicznych, które dzielą się na coraz bardziej szczegółowe", pozostając w ścisłym związku z dyscypliną macierzystą i rozwijając ją (s. 111), co jest trendem obserwowanym we wszystkich naukach. Uznanie odrębności pedagogiki prenatalnej jest również wynikiem wzrastającej świadomości, że w odniesieniu do człowieka jego egzystencja współwystępuje z wychowaniem, dlatego procesem wychowania możemy objąć już nawet człowieka przed urodzeniem (s. 238). W swej nowej pozycji *Teorie i koncepcje wychowania* autor również wspomina wśród dyscyplin pedagogicznych powstałych w wyniku wydzielenia się szczegółowych problemów i zakresów badań w zależności od kryterium wieku – pedagogikę prenatalną (Nowak, 2008b, s. 507).

W refleksji nad wartością rodziny J. Wilk (1999), przytaczając nowatorskie spostrzeżenia Poręby (1974) o wpływie przeżyć psychicznych matki na rozwijające się w niej dziecko, które nie jest bezkształtną masą, ale organizmem psychofizycznym, oraz na rolę łona, jako pierwszego środowiska życia dziecka, akcentuje, że zagadnienie poczęcia i zrodzenia dziecka może być ujęte z różnych punktów widzenia, ale szczególnie skomplikowane jawi się ono, jeśli rozpatrywać go „od strony genetyki współczesnej, psychologii czy pedagogiki prenatalnej" (s. 566). Autor ten nie rozwija jednak w tym miejscu sugestii co do specyfiki tej wspomnianej nowej gałęzi pedagogiki[30].

O ile jednak dla M. Nowaka pedagogika prenatalna byłaby bardziej wynikiem rozwoju pedagogiki na podstawie kryterium wieku (objęcie wychowaniem najmłodszego człowieka), o tyle dla J. Wilka pedagogika prenatalna byłaby wynikiem poszerzenia zainteresowań dyscypliny, jaką jest pedagogika rodziny, o zagadnienia związane z rodziną w okresie ciąży i porodu jak też z opieką nad dzieckiem w łonie matki oraz dyscypliny, jaką jest pedagogika zdrowia w aspekcie roli rodziny w kształtowaniu zdrowia człowieka w prenatalnym okresie jego rozwoju (Wilk, 2002, s. 41).

[30] J. Wilk prowadził w ramach swojego wykładu na Wydziale Teologicznym KUL problematykę, którą określał jako „pedagogika prenatalna", ale nie zachowały się żadne materiały z tym przedmiotem związane.

5. Problematyka prokreacyjna i prenatalna w polskiej literaturze pedagogicznej

W polskiej literaturze pedagogicznej można znaleźć pozycje, które poruszają problematykę związaną z prokreacją, ciążą, porodem lub edukacją prenatalną, mają one jednak najczęściej albo charakter opracowań popularnonaukowych lub praktycznych poradników, albo literatury psychopedagogicznej, dlatego pozycje te można by też uznać za literaturę pedagogiczną.

Przykładem pozycji pisanej na gruncie pedagogiki rodziny a dotyczącej prokreacji jest publikacja H. Cudaka (2000), który wprawdzie nie wymienia pedagogiki prenatalnej jako dyscypliny pedagogicznej, ale podejmując zagadnienia związane z działaniami opiekuńczo-wychowawczymi wobec małego dziecka, omawia przeżycia małżonków w okresie ciąży i porodu (w tym też ojca) oraz znaczenie szkoły rodzenia, porodów rodzinnych, pierwszych kontaktów rodziców z dzieckiem po urodzeniu i karmienia piersią. Pozycja ta, jako wywodząca się z kręgu pedagogiki, jest wyrazem wzrastającej świadomości, że przeżycia rodziców oraz wynikające z więzi z dzieckiem podjęte przez nich zachowania mają wielorakie i istotne znaczenie dla jego rozwoju i mogą być przedmiotem zainteresowania pedagogiki.

Szczególnie interesujący i nowatorski głos w trosce o ekologię pierwszego środowiska życia człowieka, jakim jest łono matki, zabrał już w 1974 roku wspomniany pedagog P. Poręba, zwracając uwagę, iż „płód – to nie «bezkształtna masa», ale organizm psychofizyczny", dlatego: „Głosy dzisiejszych ekologów, nawołujących do oczyszczania środowiska naturalnego, przyrodniczego, w którym człowiek żyje i pracuje, winny przypomnieć, że pierwszym jego środowiskiem jest łono matki, które też bywa skażone produktami współczesnej cywilizacji..." Wspomniany autor, jako wykładowca w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim, prowadził wykład, w którym podejmował te zagadnienia, określając je jako należące do pedagogiki prenatalnej[31]. Zaznaczał w nim, iż skażeniami środowiska łona są nie tylko skażenia środowiska zewnętrznego wobec matki, ale również jej negatywny stan psychiczny.

Rozpoznanie prenatalnego okresu, jako ważnego etapu życia człowieka, na terenie pedagogiki obrazuje, m.in. wspomnienie o nim przy okazji omówienia hasła „Dziecko" w *Encyklcpedii pedagogicznej* (1993). W. Pomykało przytaczając fazy rozwoju dziecka jako jednostki ludzkiej, wymienia ten okres, nazywając go „fazą embrionalną", i podkreśla, iż „jest to faza bardzo istotna, choć nie zawsze doceniana". W niej w dużej mierze kształtuje się potencjał dziedziczny, a już w pierwszych ośmiu tygodniach następuje nabywanie elementarnych cech ludzkich (s. 153). Poza tym znaczące jest podkreślenie już w pierwszym zdaniu omawianego hasła, iż dziecko „jest jednostką ludzką w najwcześniejszej fazie jej rozwoju", a więc nie jest

[31] Niestety, w archiwum P. Poręby nie pozostały żadne materiały dokumentujące treść tych wykładów.

„kandydatem na pełnowartościową jednostkę ludzką, a niepowtarzalną – w młodym wieku – taką właśnie jednostką" (s. 152).

S. Kawula (2008) omawiając antynomie w wychowaniu, zaznaczył, iż jeśli przyjąć za R. Millerem i R. Łukaszewiczem, że wychowanie „jest świadomą i wartościową interwencją (pomocą) w proces układania się człowieka ze światem", to tak „pojemne pojęcie wychowania obejmuje w zasadzie całe życie człowieka, od chwili poczęcia (idzie o wychowanie matki i ojca) do sędziwej starości." (s. 8). Cennym jest, iż autor, ujmując wychowanie jako proces całego życia, włączył etap przed urodzeniem, a tym samym podkreślił wagę wychowania rodziców, od których zależy sposób „układania się" relacji dziecka ze światem.

Ważność rozszerzenia przez pedagogikę swojego obszaru zainteresowania na prenatalny okres życia człowieka podkreślił również R. Ossowski (1998), przedstawiając nowe zadania w kształceniu pedagogów specjalnych. Zauważył on, iż nie tylko słusznie psychologia odeszła od tradycyjnego zajmowania się człowiekiem od narodzin do wczesnej młodości i dopisała do przedmiotu swych zainteresowań okres po poczęciu, ale również pedagogika (w tym pedagogika specjalna) na wzór psychologii powinna zmodyfikować przedmiot swoich badań. „Słusznie poczęcie uznano za początek rozwoju człowieka. Przełom porodu nie stanowi początku funkcji i czynności uczenia się. Wszystko odbywa się według zasady – gdzie narząd, tam i funkcja." (s. 40). Zbyt silne myślenie rewalidacyjne, rehabilitacyjne czy resocjalizacyjne na terenie pedagogiki specjalnej utrudnia dostrzeżenie i wyartykułowanie problemów pojawiających się w prenatalnym okresie rozwoju człowieka, które mogą stać się interesującym przedmiotem jej zainteresowań. Podjęcie problemów prenatalnych widzi autor jako nowe zadanie pedagogów specjalnych.

Podobnie Cz. Kosakowski (1998, s. 32), omawiając węzłowe problemy profilaktyki istotne dla pedagogiki specjalnej, wskazał na konieczność zmian w myśleniu o zagrożeniach ludzkiego rozwoju, w świadomości ludzkiej dotyczącej prewencji niepełnosprawności. Winno się bowiem większe znaczenie przypisać wczesnej diagnozie i interwencji, które należy odnieść już do okresu prenatalnego. Taka działalność uprzedzająca wystąpienie wtórnych skutków istniejących i prenatalnie zdiagnozowanych zagrożeń, może być obiecującym obszarem zainteresowania nie tylko dla pedagogiki specjalnej, ale i prenatalnej. Wzmacnianie więzi rodziców z dzieckiem zdiagnozowanym prenatalnie jako obciążone chorobą wrodzoną lub wadą rozwojową, jest niezmienie istotne wobec wspomnianego większego prawdopodobieństwa działań przemocowych wobec niego, niewłaściwych postaw rodzicielskich[32] i trudności samych rodziców w „odnalezieniu się" w tej sytuacji.

[32] Np. matki noworodków i niemowląt obciążonych chorobą wrodzoną (np. poważnie opóźniony rozwój psychoruchowy, dziecięce porażenie mózgowe), mają tendencję do zbyt dyrektywnej opieki i wychowywania go, do wymuszania na nim zachowań zgodnych ze swymi oczekiwaniami (Hanzlik, Stevenson, 1986).

Również w literaturze pedagogicznej dotyczącej wspomagania rozwoju dziecka coraz częściej zwraca się uwagę na znaczenie jego prenatalnych doświadczeń i wagę oddziaływania rodziców na dziecko przed jego urodzeniem. Przykładem może tu być pozycja książkowa D. Lewisa (1988), który podkreśla, iż wychowanie zdolnego dziecka wymaga kształtowania jego wrodzonego potencjału twórczego już od chwili jego poczęcia a nie urodzenia. Autor ten zwraca uwagę na działanie różnych pre- i perinatalnych czynników, które mogą mieć wpływ na rozwój umysłowy dziecka, jak np. pora roku jego poczęcia (autor wskazuje na drugą połowę jesieni jako najlepszy czas na poczęcie dziecka w naszych warunkach klimatycznych), klimat i dominujące wtedy warunki pogodowe (wyładowania atmosferyczne jako lękotwórcze dla matki i dziecka prenatalnego), stosowana dieta (ryzyko niedożywienia, niedoboru białka), zachowania ryzykowne matki (np. picie alkoholu, palenie papierosów), zachowanie spokoju i konieczność odprężania się (negatywny wpływ stresu przeżywanego przez matkę w okresie ciąży) oraz sposób karmienia noworodka i niemowlęcia (walory karmienia piersią).

Podobną pozycją, uwrażliwiającą w tym zakresie szerokie grono odbiorców (nie tylko logopedów), jest książka B. Rocławskiego (1998), który przez samo sformułowanie jej tytułu (*Opieka logopedyczna od poczęcia*) intencjonalnie komunikuje, iż rodzice mają realny wpływ na rozwój ich dziecka już przed urodzeniem. Kształtowanie się jego dyspozycji psychicznych i podjęte przez nich działania opiekuńczo-wychowawcze mają odległe następstwa w życiu dziecka, a tym samym znaczenie profilaktyczne. Autor ten w stosowanej terminologii wyraźnie rozróżnia między przyszłymi rodzicami a rodzicami dziecka poczętego.

W ten nurt pedagogicznych refleksji wpisują się również publikacje H. Olechnowicz (np. 1999, s. 56-61). Autorka zwraca uwagę na to, iż źródeł rozwoju dziecka należy szukać przed urodzeniem, gdyż już wtedy dziecko otrzymuje „pokarm dla rozwoju" oraz intensywnie pracuje nad swoim rozwojem, o czym świadczy różnica w umiejętnościach noworodka urodzonego o czasie i wcześniaka (por. też Kornacka, 2003; Helwich, 2005). Doznania zmysłowe są już odbierane przez ośrodkowy układ nerwowy przed urodzeniem i pola projekcyjne przetwarzają je, „trenując" swoje funkcje potrzebne do adaptacji w okresie postnatalnym. H. Olechnowicz, powołując się na osiągnięcia psychologii prenatalnej, podkreśla, iż to nie narodziny są momentem rozpoczęcia wszystkiego, co psychiczne, gdyż dziecko już w łonie matki „pracuje" nad swoim rozwojem, ćwicząc funkcje życiowe i psychiczne. Wczesne wspomaganie rozwoju noworodka i niemowlęcia, zwłaszcza gdy jest on zaburzony, jest bardziej skuteczne, gdy uwzględnia jego prenatalne doświadczenia zmysłowe i ukształtowane wtedy preferencje oraz upodabnia się pod względem niektórych cech środowisko postnatalne do prenatalnego.

Do przedurodzeniowego okresu nawiązuje Włodek-Chronowska (1998), omawiając przyczyny niepowodzeń szkolnych. Zaznacza ona, iż zdarzenia traumatyczne z okresu prenatalnego to najmniej zauważany czynnik zaburzeń psychofizycznego rozwoju dziecka, powodujących trudności w przebiegu procesu dydaktyczno-wy-

chowawczego (s. 95). Środowisko śródmaciczne decyduje o tym, czy dziecko rozwija się według genetycznie zaprogramowanego porządku. Ważne są nie tylko czynniki egzogenne i endogenne o charakterze fizycznym czy chemicznym, urazy, choroby, ale też o charakterze psychogennym, jak stan psychiczny matki, jej uczucia do dziecka, postawy otoczenia wobec matki brzemiennej, które oddziaływują na jej samopoczucie i stosunek do dziecka (s. 96-97). Wprawdzie autorka nie cytuje opracowań naukowych na potwierdzenie swoich stwierdzeń, ale ważne jest tu przywołanie na terenie literatury pedagogicznej znaczenia psychogennych czynników działających w okresie prenatalnym, a powodujących zaburzenia rozwoju psychoruchowego i parcjalne deficyty rozwojowe.

O wpływie przeżyć psychicznych matki w okresie ciąży na zaburzenia rozwoju powodujące później niepowodzenia szkolne u dziecka, w tym takich negatywnych czynników psychogennych, jak poważne konflikty rodzinne wywołujące stany lękowe, wstrząs spowodowany chorobą, uwięzieniem lub zgonem bliskiej osoby – wspominała już w 1973 r. H. Spionek. W tej klasycznej pozycji z zakresu zaburzeń rozwoju dziecka zaznaczyła, że patomechanizm wpływu czynników psychogennych nie jest do końca poznany. Być może stres powoduje zmiany biochemiczne, które bezpośrednio poprzez swoistą intoksykację uszkadzają układ nerwowy dziecka przed urodzeniem (por. np. Lou, Hansen, Nordentoft, 1994). Może jednak również zmiany te torują drogę działaniu innych czynników patogennych na zasadzie zmniejszenia ogólnej odporności organizmu matki, np. wpływ infekcji, czynników toksycznych, niedotlenienia (II wyd. 1975, s. 35).

Podobnie M. Bogdanowicz (1985, s. 47), wymieniając biologiczne przyczyny zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka, wspomina, iż niekorzystny wpływ na układ nerwowy dziecka w tym okresie, mogą mieć silne, przykre przeżycia emocjonalne matki, gdyż powodują znaczny i długotrwały skurcz naczyń krwionośnych w macicy oraz nadmierne wydzielanie adrenaliny. Wprawdzie autorka zaznacza, że wpływ tego czynnika nie został jeszcze poznany, ale należy docenić, iż w polskiej literaturze z zakresu psychologii klinicznej i pedagogiki niepowodzeń szkolnych już wtedy podkreślano rolę czynników o charakterze psychogennym działających w prenatalnym okresie rozwoju, zwracając tym samym uwagę na kierunek działań profilaktycznych.

V. Założenia antropologiczne pedagogiki prenatalnej z pozycji „personalizmu prenatalnego"

Niezbędną podstawą pedagogiki jest filozofia człowieka, odpowiadająca na pytanie: „kim jest człowiek?" Najrzetelniej tę prawdę odzwierciedla nurt personalistyczny, który akcentuje prymat osoby ludzkiej (por. np. Górski, 1936; Granat, 1961, 1985;

Smoleński, 1971; Tarnowski, 1993; Kaczmarek, Gadacz, 1993; Bartnik, 1995; Rusecki, 1994; Wojtyła, 1994; Nowak, Ożóg, Rynio, 2003; Rynio, 1999, 2004; Nowak, 2004; Chudy, 2007b). Prymat osoby w podejściu personalistycznym dotyczy zarówno osoby wychowanka, jak i wychowawcy, którym są rodzice. Wydaje się uzasadnione wysunięcie w tej pracy propozycji podejścia do prokreacji i dziecka z punktu widzenia personalistycznej antropologii jako koncepcji człowieka. Zasadnicze rysy tego podejścia zostaną przedstawione w tej części pracy, zaś w pozostałych paragrafach będzie ono rozwinięte w ramach refleksji nad statusem metodologicznym tak rozumianej pedagogiki prenatalnej oraz nad jej relacją do innych dyscyplin naukowych.

1. Antropologiczne podstawy podejścia personalistycznego

Proponowane podejście do człowieka w całym jego ludzkim rozwoju od poczęcia do śmierci będzie opierało się na założeniach filozofii personalistycznej, operującej kategorią „osoby". Jako osoba człowiek ma wartość *per se*, tzn. wartość ontologiczną. Wartość ta przysługuje mu niezależnie od stopnia i prawidłowości rozwoju (np. upływu czasu od poczęcia, dojrzałości układu nerwowego, sposobu funkcjonowania mózgu). Jako osoba ma on wartość najwyższą, bezwzględną, niezbywalną, nieredukowalną, autonomiczną. Najwyższa wartość i godność, jaka przysługuje człowiekowi wśród innych bytów, nie może mu być nadawana przez innego człowieka, nie może być przyznawana w związku z osiągnięciem przez niego określonego (arbitralnie) wieku lub etapu życia (np. urodzenie się) lub określonego pułapu możliwości i kompetencji (np. umiejętność samodzielnego oddychania). „Fakt egzystencjalny *bycia osobą* wypływa po prostu z ontologicznego faktu *bycia człowiekiem* i dotyczy zarówno ludzkiego embrionu, jak osób chorych psychicznie" (Nowak, 2008b, s. 160). Jako podmiot nie może być redukowany do przedmiotu i traktowany instrumentalnie. Jako osobie człowiekowi od poczęcia przysługują wszystkie prawa osoby (np. do życia, ochrony dóbr osobistych, szacunku).

Posługiwanie się kategorią „osoby" jest bliższe intuicyjnemu pojmowaniu tego, co jest istotą człowieczeństwa, niż pojęcie „jaźni" lub „ja". Osoba nie zamyka się na innych, co jest właściwe indywiduum o odrębnej indywidualności. W pojęciu osoby zaznaczona jest jej osobność, zatem fakt, że jest sobą, osobna (i różna) od innych, ukazuje jej relacyjność do innych. Egzystencja osoby komunikuje, że wprawdzie czymś uprzednim niż relacja z innymi jest jej podmiotowość, odrębność, niepowtarzalność, wewnętrzność i immanencja (Nowak, 2008b, s. 156), to jednak współegzystencja z innymi służy utwierdzeniu istotnych kategorii osoby – doznają one afirmacji i zostają ubogacone. Podstawowa norma personalistyczna domaga się, by osoba nie była nigdy środkiem do osiągnięcia jakiegoś celu. Jej osobowa godność wymaga, by ona sama była zawsze traktowana jako cel (również jej ciało, integralny element człowieka jako istoty cielesno-duchowej).

Struktura bytu ludzkiego jawi się jako osobowa – to osoba ludzka ma trzy warstwy: fizyczną (związaną z funkcjami organiczno-motorycznymi), psychiczną oraz duchową (związaną z rozumem i wolą) i każda z tych warstw ma element bytowy oraz funkcjonalny. Element bytowy jest istotową częścią, obecną od poczęcia, gdyż jego brak spowodowałby niemożność zaistnienia lub unicestwienie bytu ludzkiego. W miarę rozwoju, od pierwszych podziałów komórkowych powstają kolejne części integrujące bytu (np. tkanki, organy, wzrasta masa ciała) oraz części doskonałościowe (np. zdolność do odbioru dźwięków), których cechą immanentną jest brakowość (niedoskonałość). Stąd różnica między brakowością dziecka poczętego, noworodka lub człowieka dorosłego nie jest różnicą istotną metafizycznie, a jedynie ilościową.

Godność osobowa człowieka jest wartością ontyczną bytu ludzkiego[33]. Jako wartość strukturalna, metafizyczna, ma charakter niezmienności (Chudy, 1988, s. 107; 2005) od poczęcia, dlatego żaden etap rozwoju lub psychofizycznej kondycji nie może dosięgnąć istoty bytu osobowego i naruszyć jego godności. Wartość osoby jako całego bytu ludzkiego odróżnia się od wartości, jakie tkwią w osobie w zależności od wrodzonych lub nabytych kwalifikacji fizycznych, psychicznych, intelektualnych, moralnych, oraz od niej jako podmiotu urzeczywistniającego wartości (dokonującego wyboru). Ta wartość wynika z tego, że osoba jest kimś, kto nie jest indywidualnym istnieniem zbioru pojedynczych aspektów, ale kimś, kto nie jest i nie może być nikim innym, gdyż jest sobą osobną od innych, a więc osobą. Jest pełnym człowiekiem w rozwoju, podmiotem, w którym obecne są od zawsze i na zawsze wszystkie wymiary: somatyczny, psychiczny, duchowy i moralny. Niezależnie od przejawów bycia osobą i rozwoju cech osobowych i doskonałościowych (np. waga, sprawne narządy), jej istota jest aczasowa i niezmienna bez względu na wiek. Dziecko prenatalne przejawia inne aspekty osoby niż młodzieniec lub starzec, ale są to aspekty niezmiennie tej samej osoby. To decyduje o optymizmie metafizycznym (Chudy, 1996, s. 217).

W perspektywie personalistycznej człowiek rozpoznawany jest jako indywiduum, element gatunku ludzkiego i istniejącego świata, będący jednocześnie od poczęcia osobą. Z tej racji przysługują mu kategorie osoby, jak pojedynczość i niepowtarzalność. Człowiek jest niepowtarzalną jedynością i pojedynczym podmiotem, którego nigdy nie było i nigdy nie będzie poza nim. Każde dziecko od poczęcia jest rozwijającą się osobowością tak niepowtarzalną, że występują różnice nawet między jednojajowymi bliźniakami[34]. Człowiek ma wyczucie tego, iż każdy jest niepowta-

[33] Godność może być ujmowana w sensie filozoficznym oraz teologicznym. Godność ludzka ma sześć cech: człowiek ze względu na nią nie może być środkiem do celu, ale tylko celem samym w sobie; powszechność (wszyscy mamy tę samą ludzką naturę, więc nikt nie może być z niej wykluczony); wolność człowieka w różnych dziedzinach; integralność (godność obejmuje całego człowieka niezależnie od uszkodzenia lub niewykształcenia sfer, np. ciała, umysłu); nietykalność; absolutność (Granat, 1985, s. 21).

[34] Pomysły na klonowanie człowieka wprowadzają „zamieszanie" w ten fakt, iż każdy jest tylko jeden, niepowtarzalny i nie ma sobowtóra (Chyrowicz, 1999).

rzalną wartością ontyczną, stąd gdy traci dziecko w wyniku poronienia, aborcji czy śmierci wewnątrzmacicznej lub po urodzeniu – przeżywa żałobę, gdyż „tej osoby" nie zastąpią inne dzieci, które żyją lub mogą się jeszcze urodzić.

Człowiekowi od poczęcia przysługuje kategoria zupełności – jego tworzące się ciało jest uduchowione. Stanowi on oddzielny od innych mikrokosmos. Połączony ze światem poprzez sieć zależności, nie utożsamia się z nimi, ale je transcenduje. Od początku zaistnienia można w człowieku jako osobie odnaleźć również kategorię otwarcia na siebie jako osobę, na innych ludzi, oraz kategorię transcendencji, która wyraża się w otwarciu na Boga (Absolut). Jest jednak bytem społecznym, dialogicznym i może się rozwijać jedynie będąc w różnorodnych relacjach z innymi. Już dziecko prenatalne jest istotą będącą w relacji, przysługuje mu więc nie tylko istnienie ontyczne osoby (osoba w sobie i tożsama ze sobą), ale też istnienie deontyczne osoby (istnienie „dla"). Jako osoba jest osobą dla siebie i dla innych, wchodzi w kontakt z matką, swoim zaistnieniem zainicjowała ona nową formę wspólnoty (por. Nowak, 2008b, s. 157).

Okres pre- i perinatalnego rozwoju ukazuje szczególną i niezastąpioną rolę innych osób dla urzeczywistnienia się potencjalności osoby ludzkiej. Kategorią osoby ludzkiej jest bowiem potencjalność i gotowość do stopniowego rozwijania różnorodnych możliwości fizycznych, psychicznych i duchowych, co dokonuje się dzięki istnieniu w czasie (tylko w czasie życia może on swoją potencjalność zaktualizować) oraz twórczości, nastawionej na rozwój i przekraczanie siebie, a także wpływanie na środowisko życia i przekształcanie go. Poza tym cechą osoby jest również aktywność własna.

Już zapłodniona komórka jajowa jest przykładem samoorganizacji kodowanej, gdyż jest w nią wbudowana instrukcja budowy i funkcjonowania przyszłego, złożonego układu i do końca życia ta sama informacja będzie przekazywana komórkom potomnym. Każda z nich będzie miała te same cechy ludzkie i niepowtarzalne cechy, charakterystyczne tylko dla tej osoby. Pierwsze podziały i różnicowanie komórek dokonuje się na poziomie mikroskopowym, ale już wtedy są one przejawem rozwoju istoty psychofizyczno-społecznej, która od poczęcia wchodzi w interakcję z wpływami środowiska i aktywnie je organizuje.

Poszukując na terenie pedagogiki uzasadnień dla konieczności wychowania człowieka, zwraca się uwagę przede wszystkim na kategorię wychowalności osoby ludzkiej, tzn. jej zdolności do poddania się oddziaływaniom oraz używania własnych zasobów, by się rozwijać. Ponadto akcentuje się, iż wychowalność jest możliwa dzięki tkwiącemu w każdym człowieku wewnętrznemu impulsowi do rozwoju, sile wewnętrznej przejawiającej się w dążeniu do wzrastania. Istnieją również inne przesłanki dla konieczności wychowania, jak np. ubóstwo instynktów i możliwości posługiwania się nimi; brak wrodzonej specjalizacji co do sposobu życia; „zbyt wczesne urodziny", tzn. nieprzygotowanie do życia i całkowita zależność od drugich przez wiele miesięcy po urodzeniu; niedoskonałość człowieka, słabość i skłonność do zła; konieczność uczenia się życia wspólnotowego i dorobku pokoleń; wielkie potencjalności powoli możliwe do ujawnienia (Nowak, 2008b, s. 267).

2. Status osoby ludzkiej i jej integralny rozwój

Najistotniejszą cechą personalistycznego podejścia jest przekonanie o ludzkim statusie istoty rozwijającej się w łonie kobiety. Jej początek można odnaleźć jeszcze przed poczęciem, w pragnieniach i planach przyszłych rodziców. Realne zaistnienie nowego bytu następuje poprzez połączenie się w zygotę komórek płciowych ojca i matki. Od tego jednokomórkowego „organizmu", tzn. od poczęcia, rozpoczyna się życie człowieka, który jest dzieckiem swoich rodziców i jako człowiek ma status osoby ludzkiej. Istota poczęta z ludzkich rodziców ma od początku ludzką strukturę biologiczną i jest dzieckiem ludzkim. Poczęcie (a nie poród lub wszelki inny przyjęty arbitralnie moment) jest granicą powstania człowieka z niebytu (por. Gula, 1991a, b).

To antropologiczne *credo* wyrażone w pojęciu *dziecko prenatalne* jest podstawowe dla całości dalszych rozważań. Wszystkie inne uzasadnienia i zalety stosowania tego określenia mają w nim ostateczne źródło. Personalistyczna antropologia jest bazą dla dalszych pedagogicznych rozważań. Zgodnie z tym podejściem rozpoznaje się więc – jak wspomniano – dwie paralelne rzeczywistości – dziecko jako odrębną od matki istotę oraz ciążę, jako stan fizjologiczny kobiety wywołany obecnością dziecka i podtrzymujący jego życie. Nowa istota ludzka została zapoczątkowana w wyniku zapłodnienia, natomiast ciąża jest reakcją organizmu kobiety na sygnały, jakie wysyła organizm rozwijającego się dziecka. Od poczęcia mamy do czynienia z żywą istotą ludzką (powstałą z ludzkich gamet), która jest nowym indywiduum biologicznym i osobowym, rozwijającym się dzięki własnej informacji zapisanej w kodzie genetycznym[35].

Zależność dziecka od matki od chwili poczęcia ma charakter instrumentalny, a nie strukturalny. Dziecko jest od początku organizmem całkowicie odrębnym od matki pod względem genetycznym, immunologicznym, biochemicznym, odizolowanym od niej w sposób mechaniczny, natomiast potrzebuje przestrzeni, substancji odżywczych, usuwania zbędnych produktów, ogrzania, ochrony przed unicestwieniem, a więc spełniania wobec niego podobnych funkcji, jakich będzie wymagać od swoich opiekunów jeszcze długo po urodzeniu. To rozróżnienie: dziecko – ciąża matki, wydaje się czymś oczywistym i trywialnym, ale zarówno w literaturze naukowej, jak i popularnej niestety jest dotychczas nagminnie nieuwzględniane. Podmiotowe traktowanie zarówno dziecka, jak i matki oczekującej jego urodzenia dopiero powoli przedziera się przez stereotypowe myślenie w tym zakresie.

Istota poczęta z ludzkich rodziców jest z natury istotą społeczną, której rozwój jest zawsze integralny. Nowe podejście nie przecenia roli umysłowych i werbalnych zdolności człowieka, ale przyjmuje, że od poczęcia zaczyna się jego biologiczno-psychiczno-społeczny rozwój. Uznaje, iż o człowieczeństwie nie może decydować „dostatecznie rozwinięty" umysł ani nawet anatomiczna lub funkcjonalna dojrza-

[35] Na ten temat np. Katolo, 2000, s. 44.

łość struktur mózgowych. Podlegają one przekształceniom całe życie, a niedostateczny, z punktu widzenia przyjętego paradygmatu medycznego, rozwój mózgu w okresie prenatalnym, nie oznacza braku możliwości odbierania bodźców, reagowania na nie, uczenia się, zapamiętywania, przeżywania emocji, doświadczania traumy.

Dziecko jako istota społeczna do swego rozwoju od poczęcia potrzebuje pozostawać w relacji z innymi osobami oraz rozpoznania i zaspokojenia jej emocjonalno-społecznych potrzeb, np. miłości, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku i akceptacji jej unikalności jeszcze przed urodzeniem. Dziecko już w okresie prenatalnego rozwoju potrzebuje kontaktu, wysyła otoczeniu komunikaty, inicjuje kontakt i reaguje na kontakt ze strony drugiej osoby, staje się coraz pełniej „partnerem w komunikacji", coraz bardziej ujawnia siłę wewnętrzną do własnego rozwoju, ten impuls wewnętrzny, by urzeczywistniać i rozwijać swoje człowieczeństwo (Kornas-Biela, 1995a, 1993d/2002, 2000b/2004, 2005b, g, 2007a, e).

3. Podstawy „personalizmu prenatalnego"

Podejście realizmu egzystencjalnego pozwala traktować dziecko prenatalne jako osobę prenatalną. Tego rodzaju podejście można określić jako „personalizm prenatalny". Poczętą istotę uznaje się za byt realnie istniejący, posiadający wartość samą w sobie, z tej racji, iż jest dzieckiem ludzkich rodziców. Wprawdzie nauki przyrodnicze, zwłaszcza biologia i genetyka, dostarczają niezbitych dowodów, że życie ludzkie zostaje zapoczątkowane w wyniku połączenia się gamety żeńskiej i męskiej w komórkę macierzystą zwaną zygotą, której informacja genetyczna jest oryginalna, odrębna i niepowtarzalna – i odtąd do końca życia powstałego z niej organizmu będzie przekazywana każdej jego komórce – to jednak najważniejszy argument za twierdzeniem, że istota powstała w wyniku tegoż połączenia, jest człowiekiem i osobą, stanowi argument filozoficzny.

Osiągnięcia nauk szczegółowych pomocniczo potwierdzają niezależną od nich tezę antropologiczną, że poczęte z ludzkich rodziców życie jest życiem istoty dziecka ludzkiego. Jest życiem tej samej jednostki ludzkiej, która od początku zachowuje jedność w swej istocie i ciągłość swej istoty. Poczęte życie jest jedno w nierozerwalnej całości, od początku, jaki stanowi zygota, aż do śmierci jednostki. „Kryterium genetyczne człowieczeństwa nie wskazuje na jakiekolwiek «podetapy uczłowieczania» istoty ludzkiej" (Chudy, 1996, s. 220).

Cały okres rozwoju przed urodzeniem odbywa się w organizmie matki. Jest to specyficzne środowisko rozwoju. Obecność dziecka w tym miejscu może powodować błędne utożsamianie go z tym miejscem, tzn. traktowanie dziecka jako części organizmu matki. Ścisła zależność jego życia, zdrowia i rozwoju od matki może też rodzić błędne mniemanie o braku autonomii i odrębności własnej dziecka. Tymczasem osiągnięcia genetyki i embriologii wspierają biologicznymi faktami tezę o cha-

rakterze filozoficznym, że człowiekiem (a więc i osobą) jest się od poczęcia, gdyż wtedy następuje zaistnienie nowej całości bytowej, osobnej od matki, genetycznie innej, o elementach strukturalnych stanowiących poczęte dziecko jako człowieka. Wychodząc z filozofii klasycznej, przyznaje się pierwszeństwo bytowi, a nie poznaniu (por. kartezjańska i empirystyczna teza o pierwotności tego, co bezpośrednio poznane). Łączenie się komórek płciowych to proces mający „źródło w istnieniu, które tak zapoczątkowanej całości bytowej udziela realności". „Poczęcie więc polega na skomponowaniu się wszystkich głównych elementów strukturalnych człowieka" (Gogacz, 1997b, s. 11).

Należy jednak dodać, iż twórca filozofii nowożytnej Rene Descartes kwestię związku substancji myślącej (nierozciągłej, niezłożonej i niecielesnej w swej naturze) z substancją materialną, tj. z ciałem ludzkim (którego cechą konstytutywną jest rozciągłość) – widział w bycie ludzkim całkiem jednoznacznie. Utożsamiając ducha ludzkiego z myśleniem, filozof ten upatrywał istotę osoby ludzkiej w samoświadomości, a nie w połączeniu duszy z ciałem, jak ujmowała to tradycja antropologiczna filozofii arystotelesowsko-tomistycznej (Pastuszka, 1971, s. 316-317). Skoro do istoty ducha należy myślenie, to duch – zdaniem Kartezjusza – zawsze myśli, o ile istnieje. Myśli również dziecko nie nienarodzone, ponieważ już po poczęciu duch zespolił się z ciałem, tworząc dualną bytowość osoby ludzkiej. Dziecko jednak później zapomina o tych czynnościach myślowych oraz o treści swoich myśli z okresu przed urodzeniem. Jednak uświadomienie przez dziecko nienarodzone własnego „ja" jako myślącego ducha jest wcześniejsze i bardziej oczywiste, niż poznanie przez nie własnego ciała i świata materialnego zewnętrznego. Według Kartezjusza poznanie własnego „ja" jest wcześniejsze i łatwiejsze dla dziecka, niż poznanie zmysłowe (Descartes, 1958).

Prawa przynależne dziecku prenatalnemu jako osobie (tzw. prawa osobowe), dotyczą praw przysługujących mu jako dziecku (prawa dziecka) oraz jako istocie ludzkiej (prawa człowieka). Dziecko prenatalne może stanowić podmiot kontaktu osobowego zarówno w rodzinie, jak i w instytucjach życia publicznego wspierających rodziców w okresie jego prenatalnego rozwoju. Dotyczy to m.in. udzielania wskazań wychowawczych w poszczególnych miesiącach ciąży, przygotowania matki i ojca do porodu[36].

[36] Jednak dla realizacji celów wychowawczych i edukacyjnych przez pedagogikę prenatalną, celowe może być również komplementarne wykorzystanie innych nurtów filozoficznych, zwłaszcza tych, które proponują autonomiczną drogę poszukiwania wartości (kierunki fenomenologiczne) oraz sensu (kierunki egzystencjonalistyczne). Kierunki te mogą dla pedagogiki prenatalnej odegrać rolę inspirującą w poszukiwaniu indywidualnych dróg pomocy pedagogicznej dla matek i ojców, instytucji opiekuńczo-wychowawczych, służby zdrowia oraz innych osób czy instytucji (np. kościelnych) zainteresowanych organizowaniem tego rodzaju pomocy.

4. Uzasadnienie własnej propozycji określenia „dziecko prenatalne"

Zaproponowanie określenia *dziecko prenatalne* w polskiej literaturze psychologicznej i pedagogicznej koresponduje z terminami używanymi wobec dziecka starszego, np. dla okresu noworodkowego – noworodek, niemowlęcego – niemowlak, przedszkolnego – przedszkolak, szkolnego – uczeń, dorastania – adolescent (Kornas-Biela, 2002a). Mamy tego odpowiednik w literaturze anglojęzycznej, gdzie używa się terminu *dziecko prenatalne – prenate*, np. w wyrażeniu *prenatal child abuse* (w kontekście krzywdzenia go poprzez niewłaściwe zachowania matki – np. Zelenko i in., 2001; Stephenson, Wagner 1993; Goss, McDougall, 1992).

W obecnej pracy konsekwentnie stosowane jest pojęcie „dziecko prenatalne" lub w kontekstach zrozumiałych – „dziecko". Powstaje oczywiście pytanie: dlaczego ważne jest użycie słowa *dziecko prenatalne*, a nie *embrion, płód?* Jawi się tu kilka uzasadnień.

- Istota poczęta z ludzkich rodziców ma od początku ludzką strukturę biologiczną i jest dzieckiem ludzkim. Niezależnie od etapu rozwoju człowieka, słuszne jest odniesienie do niego terminologii określającej dokładnie, kim jest jej desygnat.
- Pedagog powinien ujmować człowieka w perspektywie całego życia. Użycie tego nazewnictwa bardziej podkreśla ciągłość rozwoju tej samej istoty, brak podmiotowej (jakościowej) odmienności jednostki przed i po urodzeniu, co jest zgodne z aktualnie silnym trendem rozpatrywania życia człowieka w całym jego przebiegu.
- Pedagogika nie musi zapożyczać terminów z medycyny (tzn. embrion, zarodek, płód), jeśli istnieją inne, bardziej adekwatne dla przedmiotu jej zainteresowania. O wiele bardziej bowiem niż medycyna pedagogika zajmuje się całym człowiekiem, tym co specyficznie ludzkie, charakterystyczne dla człowieka, indywidualne i niepowtarzalne.
- Stosowanie tego pojęcia skłania do odmedykalizowania stosunku do dziecka prenatalnego i jego rodziców, dostrzeżenia dziecka nie tylko wtedy, gdy z powodu problemów zdrowotnych staje się pacjentem, ale jako osobową rzeczywistość, która z racji swej ludzkiej kondycji ma ludzkie potrzeby konieczne do zaspokojenia, w tym też potrzeby psychiczne.
- Ze względu na bliskie związki pojęcia *dziecko* z innymi pojęciami, jak: matka, ojciec, rodzice, rodzeństwo, przywiązanie, komunikacja, potrzeby emocjonalne, opieka, wychowanie – jego stosowanie wprowadza jednocześnie w okres pre- i perinatalny ludzki i rodzinny oraz opiekuńczo-wychowawczy kontekst, a tym samym nakreśla szersze ramy zainteresowań badawczych, oddziaływań edukacyjnych i implikacji praktycznych dla pedagoga. Takie rozumienie przedmiotu pedagogiki prenatalnej odkrywa nowy teren dla jego pracy zawodowej.
- Podejście do dziecka prenatalnego jako dziecka w rozwoju pozwala też łatwiej uznać pedagoga prenatalnego za ważnego profesjonalistę, współpracującego z innymi nad optymalizacją wczesnego rozwoju dziecka oraz jego relacji z otoczeniem, jak też pomagającego rodzicom w różnych przełomach prokreacyjnych.

• Wprowadzenie tego pojęcia do literatury pedagogicznej będzie kształtować świadomość pedagogów i szerszego grona nie tylko specjalistów. Zmiana postaw profesjonalistów względem dziecka przed urodzeniem modyfikuje bowiem również mentalność rodziców w tym zakresie (nie muszą już „oczekiwać dziecka", ani nie tylko „są w ciąży", ale już czują się rodzicami poczętego i rozwijającego się dziecka), ubogaca ich doświadczenia prokreacyjne, zwiększa kompetencje rodzicielskie, optymalizuje ich stosunek do dziecka, sprzyja kształtowaniu więzi z nim oraz głębszych wewnątrzrodzinnych relacji, których dziecko staje się członkiem (por. Verny, 1988; Verny, Weintraub, 1991/2000; Wirth, 2001).

• Traktowanie dziecka przed urodzeniem jako płodu wyraża postawę, w której łatwiej o negację jego podmiotowości, niepowtarzalności, indywidualności i względnej autonomii, wobec nabywanych przez niego ludzkich kompetencji i właściwych osobie ludzkiej potrzeb (nie tylko biologicznych, ale też psychospołecznych), jego członkostwa w rodzinie pochodzenia i rodzinie ludzkiej. Przez ignorowanie jego prenatalnej egzystencji jako istoty ludzkiej, ignorujemy jego ludzkie prawa, ludzkie potrzeby, ludzkie możliwości i kompetencje. Tymczasem patologia rozwoju dziecka, a zwłaszcza ta, która powstaje w wyniku porodu, może być spowodowana m.in. fałszywą mentalną reprezentacją osób dorosłych względem niego i wynikającymi z niej niewłaściwymi zachowaniami.

• Upodmiotowienie dziecka domaga się przestrzegania należnych mu praw, np. do ochrony życia i zdrowia. Zobowiązuje to do takiej zmiany mentalności, postaw i zachowań względem niego ze strony zarówno osób bliskich, jak i personelu, która sprzyjałaby optymalizacji jego rozwoju[37].

[37] Jeśli odbierze się dziecku poczętemu status istoty ludzkiej, nazwie się go zarodkiem, płodem lub ciążą, to wtedy nie budzi już moralnego sprzeciwu eksperymentowanie na nim lub jego usunięcie, analogicznie do drugiego bieguna życia: jeśli życie osoby nieuleczalnie i ciężko chorej uznaje się za życie nie-ludzkie, niespełniające kryterium życia godnego człowieka, to działania zmierzające do skrócenia jej życia (np. odstawienie aparatury, podanie określonego zastrzyku z trucizną) nazwie się „wybraniem odpowiedniej chwili", „zapewnieniem godnej śmierci", „towarzyszeniem naturze", „prawem do śmierci", „godną śmiercią", „współczującym uwolnieniem" (por. Kornas-Biela, 1996).

Rozdział piąty

Zarys statusu metodologicznego pedagogiki prenatalnej

Kto kocha – małe temu ogromnieje
i lada promyk zolbrzymia nadzieję:
Cyprian Kamil Norwid

Przemiany cywilizacyjne już od początku XX wieku spowodowały zmiany w postawach prokreacyjnych, w tym również wobec człowieka przed urodzeniem, charakteryzujące się podejściem biologistycznym, deterministycznym, zmedykalizowanym i komercyjnym, co znalazło odbicie w języku (jako wyrazie i kreatorze mentalności) oraz w opiece zdrowotnej. Obecnie obserwuje się tendencję powrotu do tradycyjnych form przeżywania prokreacji i stosunku do dziecka poczętego z uwzględnieniem dorobku nowoczesnej wiedzy (np. z zakresu embriologii, fetologii, psychologii prenatalnej i prokreacji, pedagogiki zdrowia, ekologii) i możliwości jej aplikacji. Wyraźnie zaznacza się podejście humanistyczne (rodzinne, systemowe, pozytywne, rozwojowe), integralne (ujęcie człowieka w kontekście biegu życia) i ekologiczne (łono matki traktowane jako pierwsza i ważna nisza biologiczno-psychiczno-społecznego rozwoju dziecka, zapobieganie psychogennym uwarunkowaniom zaburzeń). Te charakterystyczne cechy nowego podejścia znajdują najbardziej zintegrowany wyraz w personalistycznej koncepcji człowieka.

Na przełomie stulecia najwyraźniej widać, że pedagogika, zwłaszcza polska, stoi przed koniecznością postawienia sobie nowych pytań teoretycznych, badawczych i metodologicznych, a także nowych zadań dla praktyki edukacyjnej. W wieku XX upowszechniono pogląd, że wychowanie, jako wpływ osobotwórczy, obejmuje wszystkie etapy życia człowieka – od niemowlęctwa po starość (Janke, 2002b, s. 98). Na terenie samej pedagogiki – jak wspomniano – rozwinęły się dyscypliny zajmujące się tymi odległymi od siebie okresami życia człowieka.

Rola rodziny w kształtowaniu osobowej i osobowościowej natury człowieka oraz w jego uspołecznieniu nie podlega już obecnie dyskusji[1], problemem natomiast

[1] Np. A.W. Janke (2004d, s. 346-347): „rodzina odgrywa ważną rolę w formowaniu i kształtowaniu się jednostki w jej osobowej i osobowościowej naturze oraz w jej uspołecznieniu (socjalizacji). Ma współudział w przeobrażeniu człowieka – istoty biologicznej, cielesno-fizycznej (indywiduum) w istotę dysponującą rozwiniętą psychiką, zdolną do egzystencji społecznej i życia duchowego".

pozostaje niedostateczne docenienie jej wkładu wychowawczego na etapie rozwoju człowieka przed urodzeniem. Można by rozszerzyć stwierdzenie pedagoga z przełomu XIX i XX wieku M. Baranowskiego (1919, za: Janke, 2002a, s. 98), iż „wychowanie jest dla człowieka niezbędnie potrzebne" również na okres przed urodzeniem, gdyż wychowywać można i należy na każdym etapie życia.

Pedagogika stoi więc wobec wyzwania dania odpowiedzi na wzrastające obecnie zainteresowanie najwcześniejszym etapem życia człowieka, a za taki został już uznany okres przed urodzeniem. O ile prokreacja znalazła nieco miejsca w opracowaniach z zakresu pedagogiki rodziny i zdrowia, o tyle okres prenatalnego rozwoju człowieka wymyka się szerszemu spojrzeniu pedagogiki (Włodek-Chronowska, 1998, s. 95-96), a problemy z nim związane są zasadniczo ograniczane do czynników warunkujących rozwój na tym etapie życia (np. Bernat, 2002).

W rozdziale tym zarysowane zostaną główne zręby statusu metodologicznego proponowanej w tej rozprawie pedagogiki prenatalnej. Najpierw przedstawiona zostanie personalistyczna koncepcja człowieka, jako tzw. baza zewnętrzna, czyli antropologiczno-filozoficzną dla pedagogiki prenatalnej. Podjęty zostanie problem antropologicznych podstaw tegoż wychowania, jego istoty, dwupodmiotowego oraz interakcyjnego charakteru, osobotwórczego środowiska łona i różnorodnej komunikacji, jaka zachodzi między dzieckiem a środowiskiem osobowym jego życia. Później będą omówione elementy statusu metodologicznego tej dyscypliny pedagogicznej, czyli jej przedmiot, cele i metody.

1. Przedmiot i cele pedagogiki prenatalnej

Podejmując dyskusję nad pedagogiką prenatalną jako dyscypliną pedagogiczną, warto odnieść się, m.in. do publikacji Janke (1993, 2004a) oraz do dyskusji nad problematyką metodologiczną teorii wychowania, zaprezentowaną w publikacji pod redakcją A. Tchorzewskiego (1993a, b), a nawiązującą do literatury naukoznawczej w zakresie kryteriów wyłaniania się nowej dyscypliny lub funkcjonowania istniejącej już dyscypliny naukowej. Pomocne w tym zakresie może być również sięgnięcie do klasycznej metodologii nauk.

Za S. Kamińskim (1981, s. 167) można przyjąć, iż do podstawowych kryteriów wyróżniających każdą naukę należą: przedmiot i cel, metoda oraz logiczna struktura poznania naukowego.

1. Przedmiot pedagogiki prenatalnej

Analizując pedagogikę prenatalną, jako wyłaniającą się dyscyplinę można stwierdzić, iż spełnia ona wymogi nauki, gdyż możliwe jest wskazanie jej przedmiotu jako

opieki i wychowania dziecka przed urodzeniem oraz edukacji prenatalnej, a więc edukacji dorosłych dotyczącej szeroko rozumianej prokreacji i prenatalnego okresu życia człowieka. Pedagogika prenatalna – oprócz edukacji prenatalnej, z którą jest najczęściej utożsamiana – zajmowałaby się również teorią wychowania prenatalnego, rozumianego jako kierowanie rozwojem dziecka przed urodzeniem i wspieranie go również w trakcie procesu rodzenia się oraz w pierwszych dniach po urodzeniu; jako podjęcie pewnych zamierzonych, intencjonalnych działań, aby dostarczyć dziecku rozwojowych bodźców i doświadczeń, niwelować zagrożenia dla prawidłowego i optymalnego rozwoju, pomóc mu urzeczywistnić w pełni swoje możliwości. Pedagogika prenatalna rozumiana jako teoria wychowania prenatalnego jest nauką, która wyodrębnia się w pedagogice bardzo powoli (por. Debesse, 1996).

Nadchodzi jednak czas, by zaproponować pedagogikę prenatalną jako teorię wychowania dziecka prenatalnego oraz teorię edukacji w zakresie przygotowania do realizacji zadań, jakie stawia przed osobami bliskimi dziecku jego najwcześniejszy okres rozwoju. Wypracuje ona metody, sposoby, formy pomocy dziecku i osobom znaczącym dla jego rozwoju w tym okresie życia. Oprócz dziecka, przedmiotem zainteresowania pedagogiki prenatalnej jest bowiem również osoba matki i ojca oraz inne osoby bliskie rodzinie, których wpływ (oraz ich wzajemnych relacji i czynników pozarodzinnych) na rozwój i wychowanie dziecka jest mniej lub bardziej pośredni.

Przedmiotem zainteresowania personalistycznej pedagogiki prenatalnej jest więc człowiek w pre- i perinatalnym okresie rozwoju oraz w procesie prokreacji, ujmowany całościowo, a więc w interakcji ze środowiskiem fizycznym (procesy fizjologiczne, biochemiczne, endokrynologiczne), osobowym, społecznym i kulturowym (np. wierzenia, zwyczaje i zalecenia dotyczące ciąży i porodu). Prenatalnym środowiskiem wychowawczym od strony biologicznej są elementy wnętrza matki: macica, łożysko, pępowina, wody płodowe, zaś od strony psychospołecznej – łono matki, rozumiane szerzej, również jako to wszystko, co dociera do dziecka ze świata zewnętrznego i świata przeżyć matki (np. pośredni wpływ innych osób z otoczenia matki, konsekwencje sytuacji prawnej i postaw ludzi względem dziecka poczętego). Łono matki jako pierwsza nisza życia dziecka jest przestrzenią nie tylko fizyczną, ale też psychiczno-społeczno-duchową i takąż rolę spełnia w rozwoju nowego człowieka. Jest ona dla każdego dziecka niepowtarzalnym „światem życia", „światem przeżywanym". Przestrzeń ta, którą kreuje osoba matki, stanowi dla dziecka „cały jego świat" i wszystko, kim ona jest i co ją stanowi, ma wpływ na rozwój dziecka, a zakres i znaczenie tego wpływu nie są dotychczas w wyczerpującym stopniu poznane.

Pedagogika prenatalna, zajmując się człowiekiem w prenatalnym okresie rozwoju, przyjmuje założenie, że przedmiot jej zainteresowania – dziecko prenatalne – jest częścią natury i jego rozwój oraz przejawiane zachowania są uporządkowaną kolejnością zdarzeń, operującą w ramach schematu: przyczyna – skutek. Ludzkie zachowania w tym okresie mają także swoje poprzedniki i następniki, mogą być one badane i rozumiane. Przyczynowość odnosi się więc również do dziecka prenatalnego. Jego rozwój jest uporządkowany i przewidywalny (regularność i stałość związ-

ków, zdarzeń, podstawowych zjawisk), stąd istnieje możliwość badania, ujednolicenia wyników i rozumienia tego, co się wydarza.

2. Cele pedagogiki prenatalnej ze względu na osobę dziecka i wychowawcy

W odniesieniu do osoby dziecka celem pedagogiki prenatalnej jest przede wszystkim rozpoznanie w nim podmiotu oddziaływań wychowawczych, docenienie znaczenia prenatalnej fazy życia, podjęcie starań o podniesienie jakości jego życia, by mogło nie tylko urodzić się zdrowe i pozbawione wad, ale też rozwinąć swoje najlepsze możliwości. Cel ten można zrealizować pośrednio przez rozwój wiedzy i umiejętności, kształtowanie właściwych przekonań, postaw i motywacji dorosłych (rodziców i dziadków) oraz rodzeństwa dziecka poczętego, by chcieli i potrafili podejmować działania dobre dla niego.

Pedagogika prenatalna zajmuje się dzieckiem w kontekście rozwojowo-wychowawczym, a więc obejmuje różne problemy związane z procesem opieki i wychowania prenatalnego oraz edukacji prenatalnej osób w różnym wieku, w różny sposób zaangażowanych w proces prokreacji. Dokonuje refleksji nad ich filozoficzno-antropologicznymi założeniami, przedmiotem, formami, a także czynnikami ułatwiającymi lub (i) utrudniającymi przebieg tych procesów. Analizuje uwarunkowania pozytywnych i negatywnych konsekwencji stosowania różnych form opieki, wychowania i edukacji oraz ich braku lub nieprawidłowości. Jasno określa to, co łączy wychowanie w okresie postnatalnym z okresem prenatalnym, wypracowuje również metody, sposoby, formy pomocy dziecku i osobom znaczącym dla jego rozwoju w tym okresie życia.

W odniesieniu do rodziców jednym z ważnych celów jest ukształtowanie radosnego podejścia do rodzicielstwa, otwartości wobec powoływania dzieci na świat oraz twórczego nastawienia do wychowania. Wymaga to oddziaływania zmierzającego do zmiany hierarchii wartości i celów życiowych, pogłębienia sensu życia i przywrócenia radości z niego, ukształtowania dojrzałości do ofiarnej miłości. Najważniejszym podłożem współczesnych lęków przed rodzicielstwem jest poczucie braku głębszego sensu życia, a tym samym kryzys radości życia. Człowiek pozbawiony sensu lub realizujący go poprzez hedonistyczny i konsumpcyjny styl życia, nastawiony na zwiększanie stanu posiadania dóbr rzeczowych, zmysłowo-emocjonalnych doznań, kariery lub prestiżu wśród innych – nie ma powodu, by chcieć mieć dzieci i radować się bezwarunkowo tym, iż one się rodzą.

Brak wertykalnej wizji świata, powoduje koncentrację na zagrożeniach, lęku przed nieprzewidywalnymi katastrofami i okrucieństwami, na skutkach „cywilizacji śmierci", które budzą grozę, pesymizm i wątpienie w sens powoływania dzieci na tak nieprzychylny człowiekowi świat. Dlatego pedagogika, wychowując w kierunku realizacji najważniejszych celów, jest w stanie ukazać nie tylko niezastępowalną rolę

rodziców w życiu dziecka, ale też znaczenie dziecka w życiu rodziców i ukazać powody radości z jego obecności w ich życiu oraz sposoby osiągania tej radości.

Pedagogika prenatalna stawia sobie niewątpliwie również cel prewencyjny wobec ewentualnych zagrożeń dla zdrowia oraz życia dziecka i jego rodziców. Obecnie powszechnie już jest uznawany pogląd o wpływie prenatalnego okresu rozwoju na całokształt życia i nikt nie wątpi, że to właśnie wtedy tworzą się podwaliny zdrowia człowieka. Zdrowa populacja ma swoje korzenie w zdrowiu prokreacyjnym matek i ojców oraz w zdrowiu prenatalnym dzieci.

Rola rodziców i ich otoczenia w zapobieganiu szkodliwym czynnikom zdrowotnym, we wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu jego zaburzeń, w zapewnianiu optymalnego rozwoju dziecka przed urodzeniem, w jak najszybszym podjęciu oddziaływań wychowawczych, jest nie do przecenienia. Dlatego tak ważna jest edukacja prenatalna społeczeństwa, tym bardziej że jej koszta ekonomiczne są nieporównywalnie mniejsze, niż wydatki związane z ratowaniem zdrowia populacji z powodu, np. wcześniactwa, wad rozwojowych, skutków stosowania używek, niedożywienia, chorób matki. Troska o zdrowie, optymalny rozwój psychiczny i zaspokojenie potrzeb matki i dziecka w okresie pre- i perinatalnym, jest opłacalną inwestycją dla rodziny i społeczeństwa.

Dzięki formalnej i nieformalnej edukacji możliwe jest podniesienie poziomu wiedzy prenatalnej u szerokiego grona odbiorców, formowanie prozdrowotnych postaw w tym zakresie, a tym samym przyczynianie się do zmniejszenia niepowodzeń w prokreacji[2] i rodzenia zdrowych, dobrze rozwijających się dzieci. Szczególnie istotna, ze względu na stosunkowo dużą częstotliwość wcześniactwa oraz jego konsekwencje dla życia oraz dalszego zdrowia fizycznego i psychicznego, jest profilaktyka przedwczesnych porodów, poprzez wdrożenie programów edukacyjnych oraz oddziaływania edukacyjno-terapeutyczne wobec rodziców z ryzykiem w tym zakresie.

Reasumując metodologiczną refleksję nad celami pedagogiki prenatalnej, można cele te określić jako:

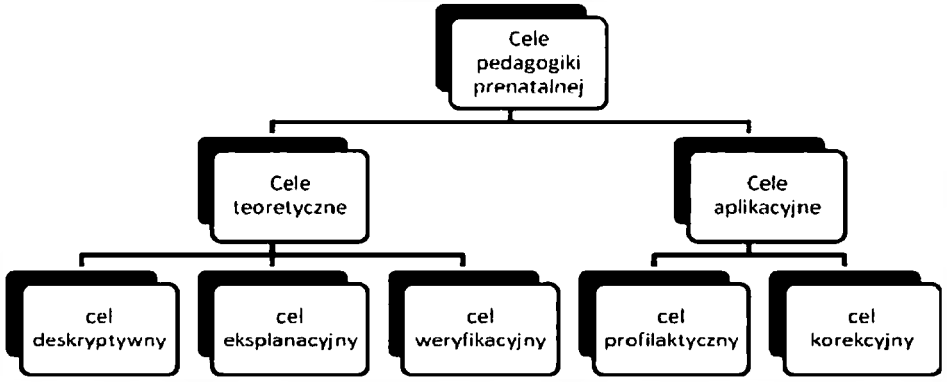
- poznanie obszaru rzeczywistości, jaki stanowi prokreacja i najwcześniejszy okres życia człowieka (cel teoretyczny) z punktu widzenia wychowania i edukacji poprzez:
  - opis (cel deskryptywny)
  - wyjaśnianie (cel eksplanacyjny)
  - weryfikację hipotez (cel weryfikacyjny);
- aplikacja wiedzy dotycząca opieki i wychowania dziecka w pre- i perinatalnym okresie życia oraz edukacji dzieci, młodzieży i dorosłych w tym zakresie (cel praktyczny). Aplikacja wiedzy może przybierać dwie formy:

[2] Np. potwierdzony jest związek między poziomem edukacji prenatalnej rodziców a śmiertelnością niemowląt (Słomko, 1986, s. 16). Należy dodać, że pedagogizacja rodziców wymaga uprzedniego rozpoznania poziomu i treści ich wiedzy (por. Opozda, 2007).

– zapobieganie wczesnym zaburzeniom rozwoju dziecka i niepowodzeniom w prokreacji (cel profilaktyczny, prewencyjny)

– niwelowanie, na ile to możliwe, przez środki opiekuńczo-wychowawczego oddziaływania wszelkich zaistniałych utrudnień lub zaburzeń w rozwoju oraz pomoc w radzeniu sobie z utrudnieniami w prokreacji (cel korekcyjny).

Powyższy podział celów pedagogiki specjalnej ilustruje rysunek 1.



Rysunek 1. Cele pedagogiki prenatalnej

Biorąc pod uwagę inne kryteria systematyzacji, można również wśród celów naukowych pedagogiki prenatalnej wymienić:

- opracowanie teorii i praktyki wychowania prenatalnego, np. jak należy rozumieć funkcje wychowawczo-opiekuńcze wobec dziecka prenatalnego, jakie warunki i środki gwarantują prawidłowe wychowanie, na czym polega jego skuteczność, jak ją oceniać;
- wypracowanie metodologicznych podstaw badań pedagogicznych nad rodziną w procesie prokreacji;
- zbadanie faktycznego stanu świadomości i wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej przez rodziny z dzieckiem prenatalnym oraz warunków i czynników ułatwiających oraz utrudniających spełnianie zadań w tym zakresie oraz opracowanie propozycji pożądanej działalności wychowawczej;
- ocena skuteczności konkretnych programów i działań wychowawczych podejmowanych wobec dziecka przed urodzeniem;
- komparatystyka, czyli porównywanie doświadczeń pedagogicznych w tym zakresie, np. w kontekście międzynarodowym (wymiana przyspieszająca rozwój w dziedzinie wychowania i kształcenia prenatalnego).

Z. Brzeziński (2000, s. 340) w odniesieniu do psychologii jako nauki przytacza dwie grupy celów: cel wewnętrzny i cel zewnętrzny. Kryterium tego podziału jest ukierunkowanie celu wewnątrz danej dyscypliny naukowej bądź poza nią. W odniesieniu do pedagogiki prenatalnej kryterium to wydaje się być przydatnym metodolo-

gicznie. Pedagogika prenatalna, współpracując ściśle z psychologią prenatalną i innymi naukami, może w ramach tych dwóch celów podejmować różne problemy i zadania.

Celem wewnętrznym pedagogiki prenatalnej powinno być w tym kontekście dokonywanie refleksji nad sobą jako nauką, jej rysem historycznym, przedmiotem, metodami badań, kierunkami teoretycznymi i problemami badawczymi, interdyscyplinarnym charakterem, organizacjami, edukacją prenatalną.

Ponadto za cel pedagogiki prenatalnej można też przyjąć poznanie prawdy (cel poznawczy) i opisanie jej (cel deskryptywny) w odniesieniu do rzeczywistości, którą stanowi jej przedmiot materialny – dziecko w prenatalnym (a szerzej: również w perinatalnym) okresie życia ujęte w kontekście środowiska fizycznego i społecznego oraz psychopedagogiczne problemy prokreacji. Do realizacji tego celu konieczne jest, m.in. poznanie rozwoju oraz funkcjonowania dziecka w wewnątrzmacicznej fazie życia. Dziecko jest traktowane w powiązaniu ze środowiskiem fizycznym, osobowym i społecznym, w kontekście wszystkich endogennych i egzogennych czynników, warunków sprzyjających, optymalizujących rozwój, jak i utrudniających lub zaburzających go oraz przeżyć i zachowań rodziców. Penetracja naukowa wykorzystuje wtedy wyniki badań podstawowych w zakresie różnych procesów psychicznych (np. spostrzegania, habituacji, przejawów uczenia się).

Przy realizacji celu poznawczego, deskryptywnego i weryfikacyjnego dominuje nastawienie nomotetyczne, tzn. na ujmowanie ogólnych prawidłowości rozwoju dziecka i przeżywania prokreacji przez rodziców lub uchwycenie różnic indywidualnych w tym zakresie. Model nomotetyczny zakłada powtarzalność, obserwowalność i mierzalność zjawisk oraz szukanie tego, co uniwersalne, powszechne (np. w przeżyciach, sposobach reagowania u kobiet w ciąży), natomiast model idiograficzny przyjmuje niepowtarzalność, jedyność, indywidualność przeżyć i jednostkowych doświadczeń (por. Strelau, Zawadzki, 2008, s. 770).

Mówiąc o prokreacji, jako przedmiocie pedagogiki prenatalnej, należy zaznaczyć, iż może ona zainteresować pedagoga nie tylko od strony edukacji kierowanej do konkretnych osób, grup, szerszego społeczeństwa (rola mediów), ale też wspierania i profesjonalnej pomocy udzielanej konkretnym osobom lub rodzinom w bardzo różnych sytuacjach życiowych związanych z faktem, iż człowiek jest istotą potencjalnie prokreacyjną (por. Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 65-69).

Pedagog prenatalny to profesjonalista, który nie tylko przekazuje wiedzę, ale też formuje, organizując środowisko i wspierając osoby w procesie prokreacji. Zakres zainteresowań pedagoga może więc obejmować takie problemy i sytuacje, jak:

- opinie, wartościowania, oceny, uczucia, decyzje, postawy i zachowania związane ze sferą prokreacji, np. ich uwarunkowania (kulturowe, rodzinne: rodziny pochodzenia i aktualnej, sytuacyjne, osobowościowe, medyczne); zagrożenia, prawidłowe i nieprawidłowe formy, możliwości zmian, warunki rozwojowe;
- psychospołeczne aspekty i pedagogiczne wyzwania, jakie pojawiają się w związku z nabywaniem lub utratą zdolności prokreacyjnych, tj. z pokwitaniem, menstruacją i menopauzą, polucją i andropauzą;

• problemy identyfikacji płciowej i ich powiązanie z prokreacją – rozwój psychoseksualny, zaburzenia, pomoc w tym zakresie;

• przeżycia psychiczne związane z badaniem ginekologicznym i położniczym, badaniem w ramach rutynowej diagnostyki prenatalnej, rola personelu medycznego;

• planowanie rodziny – psychospołeczne aspekty naturalnego planowania rodziny i antykoncepcji, przygotowanie do poczęcia, motywacje prokreacyjne, sytuacje nieakceptowanego poczęcia, pomoc psychopedagogiczna całej rodzinie;

• normalnie przebiegająca ciąża, poród, połóg, karmienie piersią – zagadnienia psychopedagogiczne;

• warunki sprzyjające i utrudniające przebieg procesów prokreacyjnych: ciąży i porodu, karmienia piersią – aspekty psychopedagogiczne, np. wpływ czynników psychicznych na laktację, konsekwencje karmienia naturalnego dla rozwoju psychicznego dziecka, przeżycia związane z karmieniem u matki i ojca, rola wsparcia;

• „ekologia łona" – warunki sprzyjające i utrudniające rozwój dziecka przed urodzeniem, np. łono matki terenem klęski ekologicznej spowodowanej czynnikami fizycznymi i psychogennymi; przejawy negatywnych konsekwencji doświadczeń prenatalnych dziecka w postnatalnym funkcjonowaniu człowieka, sposoby zaradzenia;

• przywiązanie rodziców do dziecka prenatalnego – przejawy, trudności (ich diagnoza, zapobieganie i przezwyciężanie), optymalizowanie więzi;

• psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu;

• psychospołeczne aspekty doświadczeń okołoporodowych – np. rola douli, pierwsze kontakty rodziny z dzieckiem po urodzeniu, pomoc w sytuacjach utrudnień w więzi;

• prokreacja w sytuacjach trudnych, np. matka samotna, nieletnia, starsza wiekiem, przewlekle chora, niepełnosprawna, z niepełnosprawnością umysłową, chora psychicznie, zarażona wirusem HIV;

• utrudnienia w prokreacji:

– sytuacja ryzyka genetycznego, poradnictwo genetyczne i diagnostyka prenatalna (ultrasonografia, biopsja kosmówki, amniocenteza, fetoskopia, kardiotokografia), badania przesiewowe w ciąży, aborcja selektywna i tzw. przyspieszony poród;

– komplikacje ciążowo-położnicze, w tym: poronienie samoistne, gestozy, poród przedwczesny, opóźniony, z interwencją medyczną, m.in. cesarskie cięcie, psychogenne podłoże komplikacji, ich konsekwencje psychospołeczne, przeżycia rodziców i rodzeństwa, reakcja i trudności doświadczane przez personel, pomoc personelowi;

– deprywacja potrzeby prokreacyjnej; niepłodność, sztuczne unasienienie i zapłodnienie, macierzyństwo surogatowe (zastępcze), „prenatalna adopcja";

– aborcja: postawy społeczne, uwarunkowania decyzji, przebieg procesu decyzyjnego, przeżycia związane z procedurą aborcyjną, konsekwencje psychiczne aborcji dla kobiety, ojca, rodzeństwa, systemu rodzinnego, personelu, skutki społeczne, problem „ocaleńców" z aborcji, pomoc rodzicom w sytuacji trudności z akceptacją poczęcia, pomoc osobom zranionym aborcją;

– niepowodzenia prokreacyjne: reakcje i przeżycia rodziców oraz reakcje i rola personelu medycznego w sytuacjach: urodzenia dziecka martwego, śmierci dziecka w okresie okołoporodowym, urodzenia dziecka z wadą lub chorego, pomoc w radzeniu sobie ze stratą;

– zaburzenia psychiczne związane ze sferą prokreacji: zespół przedmiesiączkowy, depresja poporodowa, psychoza poporodowa, zaburzenia w menopauzie, zespół poaborcyjny;

– zagadnienia specjalne – np. prokreacja osób doświadczonych przemocą (rodzaje przemocy, przyczyny, objawy, diagnoza, konsekwencje, zapobieganie, pomoc ofiarom przemocy).

Cel zewnętrzny pedagogiki prenatalnej polega na udzielaniu odpowiedzi na pytania i problemy, jakie wysuwane są w stosunku do jej przedmiotu. Oczekuje się, że będzie ona trafnie opisywać, wyjaśniać oraz przewidywać przyszłe stany rzeczywistości, tak by można zgromadzoną wiedzę wykorzystać w praktycznej działalności zawodowej, w życiu. Opis i wyjaśnianie, spełniając funkcję eksplanacyjną, realizują teoretyczny cel nauki, natomiast przewidywanie spełniając funkcję prognostyczną, realizuje praktyczny cel nauki (model nomotetyczny ma w tym wypadku ograniczone możliwości eksploracyjne – por. Biela, 1992, s. 61). Oba cele, teoretyczny i praktyczny, wzajemnie się dopełniają i drogi badawcze w ich realizacji są w wielu punktach zbieżne.

Cel teoretyczny pedagogika prenatalna realizuje (jak to zostało wcześniej wspomniane) poprzez poznanie, zrozumienie i wyjaśnianie zjawisk rozwojowych i opiekuńczo-wychowawczych zachodzących w prenatalnym okresie życia oraz ściśle związanych z nimi doświadczeń i zadań prokreacyjnych człowieka dorosłego (z uwzględnieniem aspektu biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego) jak też zjawisk edukacyjnych dotyczących omawianego obszaru. Poznawanie i wyjaśnianie przedmiotu badań i refleksji odbywa się w ramach różnych koncepcji człowieka, różnych poglądów co do istoty zjawisk psychicznych i charakteru oraz mechanizmu zmian, jakim one podlegają (por. Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 1996, s. 37-43) oraz różnych paradygmatów, związanych z podstawowymi kierunkami we współczesnej psychologii i pedagogice.

Przykładem zaangażowania pedagogiki prenatalnej w aplikację wiedzy celem rozwiązania problemów praktycznych, jest jej współpraca nie tylko z innymi dyscyplinami pedagogicznymi, ale też z innymi naukami, jak medycyna (np. z poradnictwem genetycznym) i psychologia stosowana (np. z psychologią kliniczną, psychoterapią). Cel praktyczny realizowany może być na wiele różnych sposobów i nie wyczerpując go treściowo, można podać kilka przykładów zadań zmierzających do jego osiągnięcia.

Po pierwsze – może on być realizowany wobec różnych grup społecznych, np.:

– przekazywać wiedzę dotyczącą pre- i perinatalnego rozwoju człowieka;

– kształtować przekonanie o specyficznie ludzkich kompetencjach i potrzebach dziecka prenatalnego tak, by mogły być one zaspokajane;

– wyrabiać nawyk stosowania nazewnictwa, które respektuje podmiotowość matki i dziecka poczętego, sprzyja akceptacji rodzicielstwa i tworzeniu więzi z dzieckiem;

– podnosić kompetencje w zakresie różnych form komunikacji z dzieckiem i pogłębiania więzi z nim;

– kształtować właściwe postawy wobec macierzyństwa i ojcostwa, wobec dziecka prenatalnego, stanu ciąży i porodu oraz karmienia piersią;

– uświadamiać potrzebę i sposoby ochrony przed „klęską ekologiczną w łonie i w kołysce", spowodowaną różnymi czynnikami, w tym pochodzenia psychogennego;

– opracowywać i wdrażać, a potem sprawdzać efektywność programów i pomocy możliwych do zastosowania w edukacji prenatalnej kierowanej do różnych grup społecznych.

Po drugie – cel praktyczny może być realizowany bezpośrednio wobec rodziców (będących w różnych sytuacjach życiowych, co wymaga opracowania programów pomocy różnych pod względem merytorycznym i sposobu wdrożenia) i zmierzać do tego by, np.:

– rozwijać rodzicielskie kompetencje, np. w zakresie stymulacji i optymalizacji rozwoju dziecka prenatalnego, komunikacji prenatalnej i kształtowania więzi rodziców z dzieckiem oraz pogłębiających ich relacje małżeńskie;

– pomóc rodzicom z trudnościami, np. w akceptacji dziecka poczętego, w adaptacji do sytuacji ciąży, ze słabą więzią z dzieckiem, stosujących przemoc wobec dziecka, z lękiem przed porodem, w radzeniu sobie ze stresem usług medycznych, jak też rodzicom z różnymi niepowodzeniami prokreacyjnymi;

– wspomagać rodziców korzystających z diagnostyki prenatalnej, zwłaszcza zagrożonych niepomyślną diagnozą prenatalną, przygotowujących się do urodzenia dziecka z problemem zdrowotnym, zmagających się ze stresem decyzji i konsekwencjami selektywnej aborcji, konfrontowanych z diagnozą o letalnej chorobie dziecka, przygotowujących się na jego śmierć i doświadczających żałobę po stracie (perinatalna opieka hospicyjna);

– rozwijać programy psychoprofilaktycznego przygotowania się do porodu i pierwszych kontaktów z dzieckiem po urodzeniu;

– wspomagać zapewnienie warunków dla porodu naturalnego, rodzinnego, z uwzględnieniem potrzeb psychicznych kobiety rodzącej, jej dziecka oraz osób bliskich; współtworzyć pozytywny rozwojowo (dla dziecka i rodziców) ekosystem porodu i pierwszych kontaktów z dzieckiem;

– opracować formy pomocy rozwiązywania problemów, mających swe źródło w okresie prenatalnym, np. u dzieci po okołoporodowych adopcjach, wcześniaczych.

Po trzecie – cel praktyczny pedagogiki prenatalnej może być związany z oddziaływaniem na profesjonalistów, np.:

– poprzez różne formy przekazu zmieniać podejście do dziecka prenatalnego, ciąży, porodu i żywienia noworodka (zmiana zbyt zmedykalizowanego podejścia, stosowanie nazewnictwa sprzyjającego akceptacji rodzicielstwa i tworzeniu więzi rodziców z nim oraz pozytywnych postaw wobec porodu);

– kształtować aktywną i twórczą postawę personelu wobec promowania pozytywnych odniesień do prokreacji i dziecka przed urodzeniem;

– wyrabiać umiejętności efektywnego przekazu problematyki prenatalnej i prokreacyjnej różnym grupom społecznym, np. jak stworzyć warunki badania prenatalnego nie tylko zwiększające wiedzę rodziców o dziecku, lecz również ułatwiające im urealnienie jego obecności i nawiązanie z nim uczuciowego kontaktu;

– wyposażyć w psychopedagogiczne umiejętności pracy z małżonkami przygotowującymi się do poczęcia, z rodzinami oczekującymi urodzenia dziecka (zwłaszcza w sytuacjach trudnych, np. ciąży ryzyka, ciąży nastolatki, oczekiwania na badania związane z diagnostyką prenatalną, wystąpienia wrodzonej choroby u dziecka, komplikacji ciążowych lub porodowych, po stracie dziecka), z rodzącymi, z noworodkami i ich rodzicami;

– podnosić kompetencje związane z rolą zawodową, by np. umieć diagnozować i zaspokajać potrzeby klienta (np. potrzeby w trakcie badania ginekologicznego, położniczego[3], w trakcie porodu), rozwijając jego własne zasoby; unikać błędów jatrogennych, umieć diagnozować sytuacje zaburzonych zachowań i reagować na nie, zapobiegać negatywnym ubocznym skutkom, np. hospitalizacji, badania diagnostycznego;

– udzielać efektywnego wsparcia profesjonalistom pracującym z rodzicami w procesie prokreacji – pomagający też wymagają wsparcia;

– wdrażać różne formy pomocne w samokształceniu i udoskonalaniu kompetencji osobistych, np. umiejętności komunikacji.

Realizacja celu profilaktycznego (prewencyjnego) odbywa się poprzez upowszechnianie wiedzy prenatalnej, tzn. przekazywanie informacji w formie zrozumiałej i przystępnej dla niespecjalistów. Edukacja w tym zakresie powinna rozpocząć się już od okresu pierwszych pytań dziecka o własną historię przyjścia na świat, o różnice płciowe, o rozumienie wydarzeń w otoczeniu i docierających do dziecka z mass mediów (np. oczekiwanie dziecka w rodzinie, urodzenie rodzeństwa, kobieta w ciąży lub karmiąca) i trwać przez okres szkolny, młodzieńczy, narzeczeński, a zintensyfikować się w okresie przedkoncepcyjnym oraz w okresie ciąży. Obecnie, przy szerokim dostępie do różnych środków przekazu, popularyzacja staje się łatwiejsza, chociaż dla odbiorcy nie zawsze jest proste dotarcie do wiarygodnych informacji i ich przyswojenie. Propagowanie medycznej i psychopedagogicznej wiedzy dotyczącej najwcześniejszego okresu życia człowieka oraz roli rodziców z nim związanych, jak też przyswajanie potrzebnych im umiejętności, musi być przystępne i atrakcyjne, motywujące do wysiłku, rzetelne, ułatwiające osobistą ocenę i podejmowanie decyzji, użyteczne, podporządkowane celom służącym dobru rozwijającego się w łonie i rodzącego dziecka oraz całej rodziny.

Praktyczne cele pedagogiki prenatalnej (w tym cel edukacyjny i wychowawczy) wyznaczają dość szerokie pole dla działalności zawodowej pedagoga. W miarę jak

[3] Polska literatura na ten temat jest uboga w porównaniu z innymi formami badań lekarskich (zob. Pisarski, 2002).

pedagogika prenatalna będzie się usamodzielniać, popularyzować swoje osiągnięcia, a wykształcenie w zakresie jej problematyki stanie się wśród pedagogów oraz współpracującego z nimi personelu medycznego coraz bardziej powszechne, zostanie również dostrzeżone zapotrzebowanie na włączenie go nie tylko w tradycyjne formy edukacji, ale też w profilaktykę, interwencję kryzysową i terapię dotyczącą problemów związanych z prokreacją i prenatalnym okresem rozwoju człowieka.

II. Wychowanie prenatalne jako przedmiot i cel pedagogiki prenatalnej

Do podstawowych funkcji rodziny zaliczana jest jej funkcja wychowawcza. Powstaje jednak pytanie: od kiedy rozpoczyna się wychowanie człowieka, na czym to wychowanie może polegać i czego oczekuje się od rodziców w tym zakresie i czego oni sami mogą od siebie oczekiwać? Rodzice mają potoczną wiedzę o wychowaniu dziecka, nie jest ona jednak odnoszona do okresu przed jego urodzeniem, a ich relacje z nim kształtowane są bardziej w oparciu o intuicję, spontaniczne reakcje, niż przemyślane refleksje i wiedzę pedagogiczną. Dostępne coraz częściej poradniki dla rodziców oczekujących urodzenia dziecka, pomagają im w optymalizowaniu jego rozwoju, podnoszą ich wiedzę i kompetencje, ale nie znajduje to dostatecznej reperkusji w dyskursie prowadzonym na terenie pedagogiki.

Warto tu przytoczyć trzy interpretacje relacji między pedagogiką i potoczną wiedzą o wychowaniu przedstawione przez R. Lepperta (2007, s. 514) i odnieść je do wiedzy potocznej oraz pedagogicznej w odniesieniu do prenatalnego okresu życia człowieka oraz ludzkiej prokreacji. Zgodnie z pierwszą interpretacją, pedagogika prenatalna jako nauka stanowiłaby poszerzenie i pogłębienie wiedzy, którą przeciętny człowiek ma na temat rzeczywistości prenatalnej i prokreacyjnej. Podstawą tego stanowiska byłaby zasada jedności poznania, głoszona przez współczesnych pozytywistów. Wedle drugiego stanowiska wiedza potoczna oraz pedagogiczna w omawianej kwestii to odmienne obszary cechujące się innym nastawieniem poznawczym, gdzie myślenie potoczne bardziej odpowiada na pytanie „co robić?", „jak się zachować?", zaś myślenie pedagogiczne zmierza do odpowiedzi na pytanie „dlaczego?". Trzecie z wyodrębnionych stanowisk stwierdza, że wiedza potoczna i wiedza pedagogiczna to dwa różne poziomy znaczenia rzeczywistości, która jest jedynie lingwistyczną konwencją, gdyż istnieje wiele różnych i ciągle zmieniających się rzeczywistości związanych z prenatalnym okresem życia oraz prokreacją.

Wyodrębnienie wychowania człowieka w prenatalnym okresie jego rozwoju z całego procesu wychowania i potraktowanie go jako przedmiotu pedagogiki prenatalnej ma charakter konstrukcji teoretycznej, która jest możliwa ze względu na niezmienną tożsamość osobową człowieka od poczęcia do śmierci oraz jedność celu

i generalnych założeń wychowania (Kornas-Biela, 2005g). Działalność wychowawczą w tym zakresie należy traktować jako składową postępującej wiedzy i specjalizacji oraz rozwoju form praktycznych zastosowań, z których pedagogika korzysta. Powinna ona stanowić integralną część teorii wychowania (pedagogiki), obok wychowania związanego z pozostałymi okresami życia człowieka[4]. Każda pedagogika odnosząca się do jakiegoś okresu rozwojowego musi bowiem uwzględnić fakt, że wychowanie człowieka rozpoczęło się właśnie tam, w łonie matki, które było jego pierwszym środowiskiem wychowawczym, a matka – pierwszą wychowawczynią[5].

Podstawą wychowania prenatalnego jest akceptacja faktu, iż człowiek od poczęcia ma wpisane w sobie tendencje rozwojowe. To wszystko, co dzieje się z nim, co wpływa na niego, jest uczeniem się, które go zmienia i stanowi o jego, tzw. osobistym doświadczeniu życiowym. Fakt, że konstytutywny dla osoby jest rozwój i możliwość zmiany tego, co jest, w to, co możliwe, dzięki i poprzez kontakt z drugim człowiekiem, otwiera pole dla wychowania. Możliwość rozwoju osoby i jej podatność na zmiany domaga się traktowania jej od poczęcia jako podmiotu wychowania wrażliwego na czynniki wychowawcze.

Rozwój technik medycznych pozwala coraz wyraźniej udokumentować fakt, iż dziecko w łonie jest istotą odbierającą bodźce ze środowiska fizycznego i osobowego, reagującą na nie, czującą, zapamiętującą i formującą pierwsze nawyki i preferencje, a emocjonalny stan matki ma wpływ na jego samopoczucie i zachowanie[6]. Osiągnięcia neurofizjologii i psychologii uzasadniają znaczenie edukacji prenatalnej rodziców oraz dają podstawy do wychowania prenatalnego, rozumianego jako dynamiczny proces, w którym aktywną rolę odgrywa nie tylko matka, ale też ojciec lub najbliżsi oraz samo dziecko prenatalne (Foldera, 2000).

1. Antropologiczna podstawa wychowania prenatalnego

Pedagogika, jako nauka zajmująca się wychowaniem, odpowiada sobie na pytanie: kim jest człowiek, gdyż do niego odnosi się wychowanie. A dokonuje się ono zawsze w kontekście wartości (Kukołowicz, 1996), stąd potrzeba aksjologii zawierającej koncepcję typów wartości, ich klasyfikację i hierarchię (Kukołowicz, Nowak, 1997; Olbrycht, 1994, 1999, 2000; Ostrowska, 2006). Wyznaczając cele i ideały wychowawcze,

[4] Trzeba bowiem pamiętać, że w konkretnym życiu o wychowaniu decydują, nie zawsze zaplanowane, najczęściej wręcz spontanicznie powstałe sytuacje wychowawcze, których jest nieskończenie wiele, a tym bardziej nie decydują o nim arbitralnie ustalone działy wychowania, rozpoznane naukowo środowiska wychowawcze, przyjęte klasyfikacje nauk pedagogicznych czy przedmioty nauczania – por. M. Demel, 1985, s. 596.

[5] Wymaga to odrzucenia antypedagogicznego postulatu o niewychowalności, który tak łatwo adaptuje się do prenatalnego okresu życia człowieka.

[6] Chamberlain, 1986, 1992; Krasnegor i in., 1987; Smotherman, Robinson, 1988; Nijhus, 1992; Lecanuet, 1995; Kornas-Biela, 1993d/1997c, 2002, 200b/2004, 2003a, 2004.

pedagogika musi odwołać się do koncepcji człowieka oraz koncepcji wartości, by formułować pożądany wzór osobowy oraz cele wychowania (por. Michalski, 2000).

Wyodrębnienie wychowania prenatalnego, jako przedmiotu pedagogiki, jest możliwe nie tylko na podstawie rezultatów postępów medycyny (por. Kaim, Klimek, 1992), ale przede wszystkim na gruncie personalistycznej koncepcji człowieka (Granat, 1985; Adamski, 1993, 1999; Homplewicz, 1996, 2000; Kunowski, 2000; Rynio, 2004, s. 350-375; Chudy, 2007b; Nowak, 2008b, s. 81-82, 275-278; Kiereś, 2009).

Rozpowszechnione biologiczne podejście do okresu ciąży i porodu oraz prenatalnego rozwoju odrzuca możliwość wychowania prenatalnego, gdyż nie ma w nim miejsca na dziecko – wychowanka i jego rodziców jako wychowawców. Koncentruje się ono jedynie na ciąży kobiety, a dziecko jest traktowane jako potencjalny człowiek i określane terminami medycznymi, jego rozwój jest opisywany w kategoriach biologicznego wzrostu i różnicowania, zaś troska przyszłych rodziców ogniskuje się wokół ciąży oraz porodu i polega na poddawaniu się częstym i zróżnicowanym badaniom medycznym oraz przestrzeganiu zaleceń lekarskich. Biologiczne podejście do dziecka prenatalnego prowadzi do ograniczonego ujmowania opieki prenatalnej, która przybiera jedynie znamiona edukacji prenatalnej, tzn. edukacji „przyszłych rodziców", oczekujących urodzenia dziecka. Ze względu na brak obecności osoby dziecka jako podmiotu wychowania, edukacja ma wtedy jedynie charakter troski o prawidłowy rozwój płodu poprzez przestrzeganie zaleceń higienicznych, żywieniowych, lekarskich oraz psychoprofilaktyczne przygotowanie się do porodu. Według tegoż podejścia funkcjonuje wiele placówek zajmujących się edukacją prenatalną. Brakuje w nim jednak antropologicznych podstaw pod koncepcję wychowania prenatalnego, które domaga się założeń personalistycznych.

Przyjęcie personalistycznej koncepcji człowieka ukazuje inną wizję rzeczywistości prenatalnej (por. Pawłucki, 2002). Podejście to traktuje całe życie człowieka jako niepodzielną całość. Pomimo mnożenia konkretnych doświadczeń, dojrzewania i ulegania modyfikacjom wraz z upływem czasu osobie ludzkiej przysługuje trwałość, ciągłość, bycie zawsze sobą. Wartość osoby przysługuje człowiekowi od poczęcia, natomiast sam człowiek od tego momentu jest osobą w wieku rozwojowym, charakteryzującą się szczególną plastycznością i ogromnym dynamizmem zmian, realizującą swoją niepowtarzalną tożsamość, osobowość oraz indywidualność.

Człowiek jest już na tym etapie rozwoju w sensie ontycznym w pełni osobą (jest bytem osobowym i nic w tym zakresie nie będzie dodane), ale „staje się" jako osoba i ujawnia się jako ktoś „właśnie taki" poprzez rozwój jego osobowości (i jest to proces ciągły, aż do śmierci). Człowiek ma wpisane w swoje istnienie tendencje rozwojowe, autorealizację, osobową dynamikę umożliwiającą progresywną personalizację. A.J. Nowak wyraża tę myśl następująco: „z osobą mamy do czynienia od chwili poczęcia, w miarę zaś rozwoju osobniczego osoba wyraża się coraz doskonalej w świadomości, aktywności, autonomii, odpowiedzialności, w historyczności, nabywając określony model zachowania, który nazywamy osobowością" (1992, s. 41). Personalizacja to proces genetycznie zaprogramowany, ale realizowany w konkret-

nych warunkach społecznych i pod wpływem własnej aktywności jednostki oraz czynnika losu. Rozwija się ona przez całe życie jako osoba, rozwija się ku pełni autonomii i dojrzałości, rozwija swoje potencjalne zadatki, swoją osobowość.

Realizacja możliwości zawartych w osobie już od poczęcia oraz możliwości, jakie wynikają dla niej z otoczenia (osobowego, rzeczowego), z konkretnego kontekstu jej rozwoju (historycznego, geograficznego, społecznego, kulturowego), jest niepowtarzalnym układem warunków rozwojowo-wychowawczych[7]. Przebiega ona w czasie i w zmieniającej się przestrzeni, zawsze jednak człowiek jest bytem aktualizującym swoją potencjalność, jak i transcendującym inne byty i cały świat przyrody. Dzięki własnej sile życia, uczy się nieustannie czegoś ze zdarzeń, które niesie życie. To wszystko, co dzieje się z nim, co wpływa na niego, jest jego osobistym doświadczeniem, uczeniem się, które go zmienia. To wszystko, przez co przechodzi „na własnej skórze", jest niepowtarzalne (nawet jeśli dotyczy jednojajowych bliźniaków).

Historia osoby ludzkiej obejmuje to, co było jej doświadczeniem od poczęcia, obecne „teraz" oraz energie rozwojowe, tendencje realizacji swojej zindywidualizowanej struktury, dążenie do samorealizacji i zmian, przekształceń, innowacji. Człowiek poczyna się bowiem z zadatkami, które są rozwijane od początku jego istnienia, a dokonuje się to, m.in. pod wpływem różnych czynników, w dużym stopniu zależnych pośrednio lub bezpośrednio od oddziaływań rodziców. Tym samym wychowalność osoby zaczyna się nie od urodzenia, jak to było dotychczas przyjmowane, ale od poczęcia (Kornas-Biela, 2005g).

Ostatecznym uzasadnieniem wychowalności jest godność osobowa człowieka, ogniskująca wszystkie wymiary ludzkiego życia, niezmienna, niezbywalna i nienaruszalna, będąca najwyższym kryterium aksjologicznym ludzkiego działania (Kiereś, 2009). Godność człowieka jest „wymagająca" – wymaga rozpoznania, uznania i aktualizacji jego potencjalności, by mógł stawać się osobą, na miarę swej osobowej wartości. Człowiek, ze względu na swą osobową godność (przysługującą mu od poczęcia), powinien być wychowywany. Wychowanie to ukazywanie człowiekowi jego szczególnej ważności jako podmiotu „ja", mającego niezwykłą wartość w świecie, to doprowadzenie człowieka do odkrycia własnej godności osobowej. Najlepszą metodą w tym względzie jest świadectwo, polegające na okazywaniu szacunku dla godności drugiej osoby, w tym wypadku dziecka prenatalnego, afirmacji jego istnienia i odnoszeniu się do niego z respektem należnym osobie (Chudy, 2005; 2009, s. 158-163).

Działalność wychowawcza powinna brać po uwagę całe jawiące się człowieczeństwo drugiego, uwzględniać jego osobową naturę. Oznacza to kierowanie się normą

[7] Rodzicowi czy – jak wyraża to M. Nowak – pedagogowi zadana jest konkretna jednostka ludzka, która dąży do „swojego rozwoju według własnej, wewnętrznej logiki", jednak nikt „nie rozpoczyna tej drogi z punktu zerowego, z niczego, zawsze mamy do czynienia z określonym miejscem, czasem, kontekstem i przeszłością, z dziedziczeniem i konkretnym środowiskiem rodzinnym" (Nowak, 2008b, s. 167).

personalistyczną jako imperatywem kategorycznym wobec rozpoznanej osobowej godności własnej oraz dziecka prenatalnego. Dzięki tej normie człowiek od poczęcia jest zabezpieczony przed traktowaniem go jako przedmiotu (użytecznie, instrumentalnie), przeciwnie ma zapewnione odnoszenie się do niego uwzględniające jego dobro (Wojtyła, 1991). Dla rodzica, będącego w roli wychowawcy, oznacza to z jednej strony rozpoznanie w sobie predyspozycji do uczestniczenia w człowieczeństwie drugiego człowieka, jakim jest dziecko prenatalne (przez moje „ja" w „ty"), z drugiej strony rozpoznanie odpowiedzialności za siebie i drugiego, za konstytuowaną relację (Wojtyła, 1986; 1994, s. 332). Ze względu na godność dziecka prenatalnego, jego wielkie powołanie i przeznaczenie, ma ono prawo, by być podmiotem w relacji z innymi, by nie skąpić mu daru z siebie, by być wychowywanym (Kornas-Biela, 1999, s. 23).

Człowiek ma nie tylko możliwość bycia wychowywanym od poczęcia, ale też ma do tego niezbywalne prawo. Ze względu na status człowieka, przysługują mu bowiem już przed urodzeniem wszystkie prawa ludzkie, np. do ochrony życia i zdrowia, do godnego rozwoju. Stąd sprawowanie przez rodziców opiekuńczo-wychowawczej funkcji wobec dziecka już w okresie jego prenatalnego rozwoju jest nie tylko realizacją jego naturalnej potrzeby, ale również jego prawa jako istoty ludzkiej. Jako osoba ma ono bowiem już od poczęcia prawo, by być wychowywanym integralnie, a więc być objęte troską o prawidłowy rozwój nie tylko fizyczny, ale też psychiczny, społeczny i duchowy.

Wychowanie, uwzględniając bytowy status osoby i jej godność, zmierza ku dobru człowieka, do pełnej aktualizacji jego osobowej potencjalności, jego całościowego rozwoju. Korczak pisał: „Jest piękny wyraz polski: wychowywać, chować. Nie niemieckie: *erziehen* – ciągnąć, wlec, wyciągać. Chować to chronić, osłaniać, zabezpieczyć..." (1937/1983, s. 108). Podobnie na etapie przed urodzeniem – wychowanie, jako realizacja naturalnej potrzeby i prawa człowieka, wiąże się z dostępnością do opieki, zapewnieniem troski opiekunów o pełny rozwój dziecka, zabezpieczeniem jego podstawowych potrzeb i ciągłości pozytywnych doświadczeń. Osoba dziecka poczętego jest w centrum tego oddziaływania i domaga się dowartościowania jej godności, znajomości przez rodziców jej potrzeb[8] i sprzyjających jej rozwojowi warunków, przyjęcia właściwych celów wychowania i swoistych zadań w tym zakresie oraz gotowości do podjęcia odpowiedzialności za jej rozwój i wychowanie od poczęcia. Istnieje więc m.in. konieczność takiego ustawienia celu wychowania oraz środków do jego realizacji, aby był wspomagany osobowy rozwój wychowanka[9].

[8] Potrzeby dziecka prenatalnego są potrzebami ludzkimi, a więc są najważniejszymi potrzebami człowieka przez całe jego życie, chociaż sposób ich zaspokajania uzależniony jest od okresu rozwojowego.

[9] Konieczność ta stawia przed pedagogiką zadanie podjęcia zarówno badań, jak i wypracowania koncepcji wychowania prenatalnego.

Temu prawu dziecka do opieki i wychowania od poczęcia wychodzą naprzeciw obowiązki rodziców. W obecnych czasach trudno przedziera się wśród haseł o osobistej autonomii, wolności i niezależności, o prawie do samostanowienia, samorealizacji, samoaktualizacji, samospełnienia – zobowiązanie do troski o drugiego człowieka, która nieraz wymaga ogromnego poświęcenia, a nawet heroizmu. Jeśli jednak w wychowaniu człowieka chodzi nie tylko o stan faktyczny, zajmowanie się tym, co aktualnie jest, ale też tym, co może być, co może się stać w wyniku naszego zaangażowania i oddziaływania (Nowak, 2008b, s. 163), to rodzice jako wychowawcy dziecka są zobowiązani do uczynienia jego egzystencji „jak najbogatszą i najpełniejszą" (Nowak, 2008b, s. 163, 167).

2. Dwupodmiotowy charakter wychowania prenatalnego

Prymat osoby w podejściu do okresu przed urodzeniem pozwala na dostrzeżenie nie tylko rodziców jako wychowawców, ale też dziecka prenatalnego i jego podmiotowości. Trzeba przyznać, iż nie jest jednak łatwo zmienić mentalność współczesnego człowieka, by dziecko od poczęcia traktowano jako osobę w rozwoju, a więc również jako podmiot wychowania. Wychowanek jako osoba i podmiot wychowania nie może być użyty jako środek do realizacji celów leżących poza nim (np. osobistych celów rodziców, systemu opieki zdrowotnej), a tak się niestety dzieje (Kiereś, 2009). Jako podmiot już od początku istnienia kształtuje swoją cielesność i strukturę psychiczną, swoją osobowość na podstawie sobie właściwej natury i możliwości rozwojowych, a rodzic – wychowawca oraz różne wspierające go w tym systemy (np. prawodawstwo, służba zdrowia) muszą uwzględniać odrębność ontyczną każdego wychowanka, tzn. dziecka poczętego i traktować go jako osobę.

Przy czym należy wyjaśnić, że w okresie życia prenatalnego dziecko nie ma poczucia własnej podmiotowości, gdyż nie jest świadome siebie, nie potrafi przeprowadzić refleksji nad samym sobą. Samoświadomość i samowiedza wyłaniają się stopniowo w okresie życia postnatalnego. Kształtowanie podmiotowości wymaga długoletniej pracy wychowawczej w kierunku „przygotowania wychowanka do poznania prawdziwościowego, przyporządkowania dobru i do twórczości" (Kukołowicz, Całka, 1993, s. 83). Brak odczucia odrębności od innych i własnej podmiotowości u dziecka prenatalnego nie oznacza, iż nie jest ono podmiotem. Również brak rozeznania przez rodziców, że dziecko jest odrębną od matki istotą i nie można zawęzić jego istnienia do stanu ciąży, gdyż jest ona wynikiem fizjologicznych procesów umożliwiających wzrastanie i rozwój człowieka – nie oznacza, że ono nie jest podmiotem.

O podmiotowości człowieka decyduje fakt poczęcia z ludzkich rodziców. Podmiotowość jest bowiem kategorią ontologiczną każdego człowieka jako osoby, a więc przysługuje mu od poczęcia. Za J. Maritainem podmiotowość tę można określić jako inicjalną (Kukołowicz, Całka, 1993, s. 84), gdyż przysługuje każdemu, niezależnie od etapu rozwoju, uznania go za podmiot przez innych lub rozpoznania siebie jako

podmiotu (zob. też: Maritain, 1991, 1993). Natomiast podmiotowość finalna, tzn. „umiejętność kierowania sobą, ciągłe «tworzenie siebie», związane z głęboką świadomością odpowiedzialności za własne życie, za każdy swój czyn" oraz zdolność do podejmowania dobra i twórczości wymaga – jak wspomniano – długoletniego wysiłku ze strony otoczenia i samego wychowanka. Proces ten rozpoczyna się już przed urodzeniem, niestety, wiedza na ten temat jest na razie niewielka.

Każda sytuacja wychowawcza ma charakter dwupodmiotowy, tzn. zarówno wychowawca, jak i wychowanek są podmiotami. Ze względu na ciągłość procesu wychowania, również do okresu prenatalnego należy odnieść model podmiotowości obojga partnerów interakcji wychowawczej. Oznacza to faktyczne przyjęcie modelu dwupodmiotowości. Każdy z partnerów jest odrębnym od drugiego, a ich wspólne działanie (o tym samym przedmiocie działania, jakim jest sytuacja) tworzy sytuację interakcji.

Dwupodmiotowość wychowania prenatalnego nie oznacza partnerstwa we wspólnocie działania, rozumianego jako równość pod każdym względem. Każdy z partnerów jest równy w godności osobowej, ale różny pod wieloma innymi względami i to głównie dorosły wychowuje dziecko, chociaż niewątpliwie sam przez to jest również wychowywany. Z faktu podmiotowego charakteru samego procesu wychowania wynika dwukierunkowość wpływów, wzajemne oddziaływanie na siebie osób uczestniczących w tej sytuacji (por. Kukołowicz, Całka, 1993, s. 85). Dlatego można mówić o relacyjnym charakterze wychowania prenatalnego i rozpatrywać go w kontekście międzyosobowej komunikacji (por. Opozda, 2008, 2008, s. 119-121).

3. Istota wychowania prenatalnego

Wychowanie prenatalne może być rozpatrywane jako działalność, interwencja wychowująca, jako relacja interpersonalna, jako efekt (por. Nowak, 1995, s. 115), a rodzina w tym okresie jako „środowisko wychowawcze", „życiowa przestrzeń emocjonalna" dla dziecka, wobec którego rodzice starają się stworzyć korzystny układ warunków i z którym wejdą w optymalną dla jego rozwoju relację osobową (por. Nowak, 2006a, s. 137-141). Wychowanie jest tu rozumiane bardzo szeroko, jako zawierające „w sobie to wszystko, co odnosi się do wzrostu i rozwoju oraz budowania struktur osobowości jednostki poprzez liczne i zróżnicowane interwencje", i wszelkie oddziaływania, które już na prenatalnym etapie rozwoju „odnoszą się w istocie do strukturalizacji tych możliwości, które są w jednostce od poziomu biologii aż po perspektywę religijną" (Nowak, 2008b, s. 168).

Inaczej mówiąc, można – posługując się słowami M. Nowaka – powiedzieć, że wychowanie prenatalne „obejmuje wszelkie oddziaływania na człowieka współtworzące jego osobową indywidualność", co wymaga od rodziców, ich otoczenia oraz personelu, zwłaszcza medycznego „troskliwej opieki, chronienia przed ewentualnymi niebezpieczeństwami i zagrożeniami (prewencji) oraz prowadzenia wychowanka

«ku pełni rozwoju»" (Nowak, 2008b, s. 189). Ale wychowanie prenatalne może też być rozumiane w węższym znaczeniu i odnosić się do zamierzonych oddziaływań rodziców na dziecko, w określonym celu i w określonej sytuacji (Nowak, 2008b, s. 190). Ma to zwykle miejsce w stymulacji prenatalnej, zwłaszcza dotykowej lub dźwiękowej, gdy rodzice starają się rozwijać pewne zdolności dziecka do dyskryminacji określonych bodźców, wyrabiać preferencje i rozwijać podłoże dla konkretnych zdolności. Jednak i takie oddziaływania mają wpływ na „całe dziecko", na rozwój jego sfery poznawczej, emocjonalności i podwalin osobowości.

Poszukując inspiracji dla wychowania prenatalnego w teorii warstwicowej Kunowskiego, można by odnieść się do oddziaływań wychowawczych określanych jako *sanare*, które łączą się z biologiczną stroną życia, troską o zdrowie i odpowiednie warunki (właściwe biologiczne podłoże) wzrostu i rozwoju. A jednocześnie wychowanie prenatalne można odnieść do wspomnianej przez autora odmiany edukacji, jaką jest *educere* – wydobywanie czegoś, wyzwalanie i włączanie (Kunowski, 2004). Wychowanie w tym okresie życia polegałoby na stwarzaniu takich warunków i dostarczaniu dziecku tego wszystkiego, co może rozwijać jego niezwykłą potencjalność, czyli bycie tym, kim na razie nie jest, a kim może się stać (por. Larocca, Foroni, 2001).

Na etapie rozwoju prenatalnego wychowanie personalistyczne musi być rozumiane jako wychowanie do odległych celów, gdyż stwarza podstawy, by mogły się one zrealizować. Ma za zadanie służyć człowiekowi od poczęcia w ustawicznym procesie jego stawania się coraz pełniej osobą, również kiedyś poprzez prokreację. Wychowanie to ma więc swoisty charakter – jest wychowaniem przenikniętym szczególnym rodzajem nadziei, że dziecko niezależnie od tego, jak wydawać się może czymś niepozornym i dopiero potencjalną istotą ludzką – tak naprawdę już od teraz, dzięki wysiłkowi wychowawczego oddziaływania, może stawać się tym, kim powinno być i realizować swoje transcendentne, duchowe *ja*. Potrzebne jest w tym przeświadczenie rodziców, iż ich prenatalnie podjęte opiekuńczo-wychowawcze wysiłki są ważnym czynnikiem rozwoju dziecka.

Wychowanie, zgodnie z założeniami personalizmu, służy przede wszystkim człowiekowi – podmiotowi wychowania i ma mieć na celu jego dobro – ukształtowanie osoby zdolnej osiągnąć swój cel ostateczny. Gdy wychowanie realizuje ten cel, służy również społeczeństwu, gdyż osoba ukierunkowana na dążenie do celu ostatecznego żyje jednocześnie dla dobra społeczności. Tym samym jest to wychowanie integralne, w służbie osobowego życia i wzrastania, uwzględniające wszystkie relacje, w jakie wprzęgnięta jest ludzka egzystencja od początku istnienia, stąd również transcendentny wymiar człowieka. Chociaż podmiot oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych jest dopiero na początku swego rozwoju, to rodzic-wychowawca ujmuje jego istnienie nie w perspektywie jednowymiarowej (np. biologicznej, traktując go jako embrion, płód), ale wielowymiarowo, patrząc na dalekosiężny cel – jakim jest „wzbudzenie osoby", wspieranie jej we wzrastaniu do pełni człowieczeństwa, pobudzanie do osobowego sposobu życia już na tym etapie (por. Nowak,

2008b, s. 202-203). Jan Paweł II w *Liście do Rodzin* (nr 16) wyraził to słowami: „Wychowanie jest przede wszystkim obdarzaniem człowieczeństwem".

„Wychowanie w duchu personalistycznym zmierza poprzez harmonijny rozwój wrodzonych właściwości fizycznych, intelektualnych i moralnych" (Adamski, 1993, s. 14) do kształtowania osobowości i jest wychowaniem do miłości, wolności, prawdy, odpowiedzialności. Celem wychowania jest pomoc człowiekowi od poczęcia w dynamicznym rozwoju stawania się tym, kim jest, w takim kształtowaniu się, by być człowiekiem, w „doskonaleniu się w swym istnieniu" (Adamski, 1993, s. 12) i rozwinięciu w nim wszystkich wartości istotnych dla niego jako osoby ludzkiej (np. osobistej godności, wolności, prawdy, dobra, piękna).

Według J. Maritaina wychowanie jest „budzeniem w człowieku tego, co ludzkie" (Ożóg, 1993, s. 159). I niezależnie od etapu wychowania musi być ono ukierunkowane na pomoc wychowankowi w odkrywaniu horyzontu prawdy, dobra i piękna (w tym prawdy o sobie, dobra w sobie, piękna własnej osoby i jej istnienia). Już od tego wczesnego okresu życia proces wychowania polega na wspieraniu wychowanka w rozwoju, celem ukształtowania zdolności do podejmowania zadań związanych z uzyskaniem podmiotowości finalnej. Jego owocem jest pełny rozwój duchowy człowieka. Ideałem wychowania jest doskonałość osobowa (szczególnie moralna).

Powstaje oczywiście pytanie, jak to zrealizować wobec dziecka przed narodzeniem i jak sprawdzić, czy nasze starania były efektywne? Z jednej strony oczywiste jest, że powyższe twierdzenia mają charakter teoretycznej refleksji nad istotą wychowania i muszą być w praktyce sprowadzone do konkretnych postaw i zachowań rodziców względem dziecka, z drugiej wydaje się, że nauka i jej zastosowania aplikacyjne są w tym zakresie dopiero u początku rozwoju. Jednak każde oddziaływanie rodziców na dziecko, jako oddziaływanie osoby na osobę, ma znaczenie dla budzenia w nim tego, co ludzkie, a tym samym ma znaczenie wychowawcze.

Wychowanie prenatalne jest w gruncie rzeczy wychowaniem naturalnym. Ze względu na nieuniknioną zależność dziecka od matki naturalny proces wychowania jest powszechny. Każda narodzona istota ludzka, niezależnie od późniejszych doświadczeń społecznych i kulturowych, musiała się zetknąć ze światem materialnym i osobowym łona, musiała reagować na jego cechy fizyczne i parametry fizjologiczne (np. reagować ruchowo, co niewątpliwie go kształtuje) oraz kontekst psychiczno-społeczny, musiała rozwijać się pod wpływem tego wszystkiego, co łono matki stanowiło dla niej. Wychowanie prenatalne jako naturalny proces przebiega samoistnie i może się wydawać, że zamierzone i zorganizowane wychowanie jest wtedy zbędne.

Jednocześnie wobec zmian cywilizacyjnych (np. higienicznych, żywieniowych, trybu życia, np. zmniejszona ruchliwość matek) oraz zmian w systemie opieki medycznej wychowanie prenatalne może również przybrać postać pedagogicznej ingerencji w naturalny przebieg rozwoju prenatalnego. Ma to miejsce w przypadku, gdy rodzice starają się rozwijać, pobudzać, korygować wszystkie funkcje organizmu

dziecka, stanowiące podstawę jego rozwoju ku pełni człowieczeństwa. Wychowanie prenatalne zależy więc nie tylko od przypadkowych i niezamierzonych oddziaływań biologiczno-społecznego środowiska na dziecko, ale również od celowo podjętych zabiegów będących wyrazem poziomu kultury pedagogicznej rodziców. Kultura ta jest związana z potoczną wiedzą rodziców o wychowaniu, ich potoczną teorią na ten temat, przy czym nie chodzi tu o jakiś zasób konkretnej wiedzy, ale o praktyczne umiejętności, które człowiek stosuje spontanicznie w kontakcie z dzieckiem prenatalnym, bez zgłębiania, kierując się życiowym doświadczeniem (por. Nowak, 1999, s. 184-185; Opozda, 2007).

Opieka i wychowanie dziecka w okresie przedurodzeniowym polega na zapewnieniu mu warunków prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego. Nie może jednak ono ograniczać się tylko do dbałości przez matkę o stan własnego zdrowia, do przestrzegania zaleceń lekarskich, higienicznych, dietetycznych, troski o wypoczynek, czy kolekcjonowania zdjęć USG i zakupu dziecięcych akcesoriów[10]. Wychowawcza rola rodziców polega na stwarzaniu korzystnych warunków i sytuacji zabezpieczających rozwój osoby – podmiotu, udostępnianiu bodźców wyzwalających w nim jego rozwojowe potencjalności.

Podstawą wychowawczej troski rodziców jest ich przekonanie o ludzkim statusie embrionu lub płodu, o tym, że to nie tylko kobieta „jest w ciąży", ale przede wszystkim zaistniało i rozwija się ich dziecko, istota psychofizyczno-społeczna, wrażliwa na sygnały o uczuciowym stosunku otoczenia do niej, mająca potrzeby społeczne (np. akceptacji, afiliacji i miłości), zdolna do międzyosobowej komunikacji i aktywna w tym zakresie.

Przekonanie rodziców o znaczeniu tego okresu w życiu dziecka oraz ich roli w tym zakresie umożliwia otoczenie dziecka prenatalnego akceptacją, miłością, czułością, danie mu poczucia bezpieczeństwa, przynależności do rodziny i wartości – jest pierwszą lekcją uczuć, pierwszym doświadczeniem, że świat jest przyjazny, ludzie życzliwi, a ono samo warte kochania. Dziecko przyswaja uczucia otoczenia i są one dla niego „rozwojowym pokarmem", który wykorzystuje w „pracy" nad swoim rozwojem. Te wczesne doświadczenia tworzą nieuświadamiane podwaliny poczucia własnej wartości, pozytywnego obrazu siebie i ludzi, pogodnego stosunku do świata. Dziecko, do którego docierały w czasie prenatalnego rozwoju hormony matki odpowiadające jej pozytywnym emocjom, rodzi się spokojne i radosne, ufne i otwarte na świat. Taki zaś stosunek do siebie i świata jest podstawą rozwoju zdrowej koncepcji siebie, m.in. jako istoty płciowej i potencjalnie prokreacyjnej (Kornas-Biela, 2004).

[10] Wiedza i przygotowanie rodziców do intencjonalnego wychowania prenatalnego są powszechnie bardzo niskie. Można sądzić bowiem, że ze względu na obiektywne trudności związane z „ukrytym życiem" dziecka i słabą dostępnością do odpowiednich materiałów edukacyjnych, świadomość wychowawcza rodziców jest jeszcze mniejsza, niż wobec dziecka urodzonego, a i w tym wypadku wielu rodziców przyznaje się do braku wiedzy i kompetencji (por. np. Cudak, 2000; Opozda, 2003a).

4. Prenatalne środowisko wychowawcze

Egzystencja człowieka przed urodzeniem związana jest z organizmem matki i zlokalizowana w konkretnej przestrzeni, jaką jest macica. Biologistyczne podejście ujmuje ją jako „zbiornik" biologicznego wzrostu, różnicowania i dojrzewania organizmu płodu. Natomiast przyjmując personalistyczne spojrzenie na prenatalny okres rozwoju człowieka, należy podkreślić, że macica nie istnieje bez matki, dlatego najważniejszym pryncypium wychowania prenatalnego jest osoba matki. W tym kontekście nasuwa się potrzeba przypomnienia wprowadzanej tu definicji pojęcia łona matki, rozumianego jako prenatalne środowisko wychowawcze, obejmujące przestrzeń fizyczną, którą stanowi macica (jej wnętrze, łożysko, pępowina, wody płodowe, funkcjonowanie organizmu matki), oraz przestrzeń psychologiczno-społeczną, jaką stanowi psychika matki i to, co poprzez nią do dziecka dociera ze świata zewnętrznego i świata przeżyć matki.

Mówiąc więc o łonie matki, jako środowisku życia, rozwoju i wychowania dziecka, mam na myśli wszystkie struktury materialne i procesy fizjologiczne zachodzące w macicy i w całym organizmie matki, a związane z ciążą, oraz te wszystkie jej przeżycia, a także oddziaływania środowiska fizycznego i osobowego, które od matki i poprzez matkę docierają do dziecka. Łono matki, będąc dla dziecka środowiskiem życia (Kornas-Biela, 2000a), jest zawsze środowiskiem życia człowieka, tzn. zawiera w sobie takie cechy konstytuujące, które pozwalają osobie być i rozwijać się jako osoba. Stąd jego integralny fizyczno-psychiczno-społeczno-duchowy charakter.

Dotychczas prenatalną egzystencję człowieka odnoszono do środowiska wewnątrzmacicznego, a wychowanie kojarzono z zabiegami podejmowanymi przez rodziców wobec dziecka już urodzonego. Obecnie refleksja nad prenatalnym okresem życia prowadzi do konstatacji, iż w szerszym rozumieniu prenatalnym środowiskiem wychowawczym jest rodzina, ale bezpośrednią niszą wychowawczą jest łono matki, przez które świat pozamaciczny (materialny i osobowy) oddziałuje na dziecko. O łonie matki jako środowisku wychowawczym pisał już Jan Amos Komeński, który przedstawiając w *Wielkiej dydaktyce* (1956) periodyzację rozwoju psychofizycznego człowieka, uznał sześcioletni okres po urodzeniu jako wiek niemowlęcy, dla którego szkołą jest łono matki (Turos, 1999, s. 55-56). Spełnia ono rolę „gniazda" rodzinnego, miejsca „wylęgu" nowego członka rodziny.

O ile o rodzinie można mówić jako o instytucji, o tyle wychowawcze środowisko łona instytucją nie jest. Udział całego środowiska rodzinnego w wychowaniu prenatalnym jest jednak niepodważalny, co wobec odpowiedzialności za wychowanie młodego pokolenia w sytuacji kryzysu rodziny ma dalekie konsekwencje; tym bardziej że rodzina jest wtedy jedyną niszą wychowawczą dziecka, gdyż inne formy zinstytucjonalizowanej opieki docierają do niego pośrednio, poprzez korzystanie przez matkę z różnych usług medycznych lub związanych z edukacją prenatalną. Nie ulega też wątpliwości, że jedynie w rodzinie, stanowiącej pierwsze środowisko wychowawcze dziecka, mogą być w pełni i prawidłowo spełnione wszystkie funkcje

opiekuńczo-wychowawcze. Samotne macierzyństwo już na tym etapie prokreacji napotyka wiele zagrożeń dla życia i rozwoju dziecka.

Nie jest możliwe wychowanie człowieka jako osoby poza relacjami osobowymi. Wychowanie już od poczęcia polega na tworzeniu, podtrzymywaniu i utrwalaniu więzi osobowych z dzieckiem. Warstwa istnieniowa tej relacji polega na rozpoznaniu przez matkę (rodziców) faktu zaistnienia dziecka oraz przejawów jego istnienia, jakimi są: realność, prawda i dobro. Warstwę istotową tej osobowej relacji stanowi to, co osoby sobie przekazują (Gogacz, 1997a, s. 26). Na tym etapie rozwoju dziecka będą to przede wszystkim ze strony matki jej wyobrażenia, postawy, uczucia, nastrój i zachowania, a ze strony dziecka jego pierwotne emocje i operacje umysłowe, zmysłowe i ruchowe doznania oraz reakcje, stany dobrostanu lub jego braku. Stała współobecność matki i wypełnienie tego okresu nieustannym byciem w więzi z nią, czyni życie prenatalne unikalnym pod tym względem, co najbardziej ludzkie – otwarcie na drugą osobę.

Osobotwórczy charakter łona matki związany jest nie tylko z umożliwieniem realizacji genetycznie uwarunkowanych zadatków i nieustannym oddziaływaniem matki na drodze przekazu fizjologicznego i neurohormonalnego, ale też psychicznego i duchowego. To ona w głównej mierze decyduje o wychowaniu dziecka, dlatego tak istotne jest, kim jest matka jako osoba, gdyż jako osoba nawiązuje relacje z dzieckiem jako również osobą. Dynamiczna, twórcza, dojrzała (również duchowo) osobowość matki (rodziców) sprzyja uwzględnianiu osobowej godności dziecka poczętego, wzięciu odpowiedzialności za jego życie, dokonywaniu takich wyborów i przyjmowaniu takiego stylu życia, że służy to dobru dziecka prenatalnego i jego rozwojowi jako osoby. Poprzez oddziaływania matki i pośrednio również ojca dziecka oraz osób bliskich następuje realizowanie się (spełnianie się) osoby dziecka prenatalnego w konkretnych warunkach rozwojowo-wychowawczych, w których jego biologiczna egzystencja jest stale wzbogacana o bodźce świata społecznego.

5. Interakcyjny charakter wychowania prenatalnego

Wychowanie prenatalne można rozpatrywać z różnej perspektywy. Ze względu na ubogi na razie dorobek nauki w tej dziedzinie, można jedynie przez analogię do wychowania po urodzeniu zaproponować jedno z możliwych do zastosowania podejść. W obecnym opracowaniu odwołuję się do podejścia interakcyjnego, które ujmuje dziecko w interakcji z osobowym i fizycznym środowiskiem życia.

Okres rozwoju prenatalnego przebiega w środowisku, które nie jest zbiorem dwóch osób, ale wspólnotą, i to swoistą, bo obie osoby są ściśle od siebie uzależnione – powodzenie ciąży matki zależy od zdrowia dziecka, zaś życie i zdrowie dziecka zależy od życia i zdrowia matki, jej trybu życia, zachowania. Przy czym nie tylko matka oddziałuje na dziecko, ale również ono wpływa na jej stan psychiczny. Istnieje w tym zakresie wzajemny ścisły związek między nimi o charakterze soma-

topsychicznym i psychosomatycznym[11]. Dzięki stałej i bardzo bliskiej relacji dziecka z matką oraz z innymi, zwłaszcza z jego ojcem, życie prenatalne ma charakter społeczny.

Relacyjny i społeczny wymiar środowiska prenatalnego można rozpatrywać w specyficznie rozumianym paradygmacie ekologicznym (Kornas-Biela, 2000a)[12]. Dziecko prenatalne pozostaje w relacji do kręgu najbliższego otoczenia społecznego matki, jakim jest system rodzinny (w rodzinie nuklearnej – ojciec i inne dzieci, w rodzinie poszerzonej – dziadkowie, krewni, czasem bliscy przyjaciele domu); do kręgu środowiska lokalnego (np. sąsiedzi, współpracownicy, osoby zatrudnione w instytucjach, które są w zasięgu codziennego kontaktu rodziców); do kręgu środowiska narodowego i państwowego (media, tradycja, kultura, prawo, instytucje społeczne); do kręgu cywilizacyjnego (np. dominująca religia, filozofia, poziom życia). Elementy każdego z tych kręgów mają wpływ na przeżycia i zachowania rodziców w procesie prokreacji oraz na samo dziecko prenatalne (Dryll, 2003, s. 133).

Dziecko od poczęcia staje się elementem systemu rodzinnego i z każdym z członków rodziny łączą go specyficzne relacje. Poczynając się w łonie matki, zmienia podsystem mąż – żona i ubogaca go w podsystemy swoich relacji z nimi, z rodzeństwem, z dziadkami i innymi osobami znaczącymi. Ważne jest wzajemne oddziaływanie całego systemu na każdego członka rodziny, ale też każdego z nich na ten system. Wzrasta niepomiernie ilość relacji silnie nasyconych więzią emocjonalną. System sprzężeń zwrotnych obejmujących całą rodzinę jest rzeczywistością relacyjną i dynamiczną. Przy czym należy zwrócić uwagę na rolę i znaczenie wzajemnego wspierania się małżonków i innych członków rodziny, a nie tylko, jak to było tradycyjnie, na konieczność wspierania kobiety w ciąży (Kornas-Biela, 1995c). To wzajemne wspieranie się jest wyrazem społecznej interakcji.

[11] Nie mamy empirycznych dowodów na istnienie związku o charakterze psychoduchowym między matką i dzieckiem, ale jeśli istnieje on na poziomie somatycznym i psychicznym, można też zakładać, iż istnieje na poziomie duchowym, co nie oznacza opowiedzenia się autora książki za podejściem transpersonalnym. Teza o związku psychoduchowym między matką i dzieckiem prenatalnym jest uzasadniona na gruncie analogii do paralelizmu funkcjonowania struktur somatycznych i psychicznych.

[12] Paradygmat ekologiczny trzeba w odniesieniu do prenatalnego okresu życia rozumieć inaczej, niż jest on rozwijany w rozlicznych ruchach, organizacjach, inicjatywach, ekoreligiach i ekosektach, w działaniach politycznych, gdyż zasadniczo ujmują one człowieka jako byt zagrażający naturalnemu środowisku, a każde poczęte dziecko jako „następną gębę do wykarmienia" i „następne worki śmieci". Ekolodzy rysując „globalną perspektywę świata" jako zagrożonego przez nadmierną konsumpcję oraz niszczenie zasobów środowiska naturalnego, widzą ratunek dla ginącego świata w ograniczaniu liczby ludności przez antykoncepcję, aborcję i sterylizację. Absolutyzowanie biosfery z odmówieniem poszanowania dla poczętego życia ludzkiego jest postawą samobójczą. W odniesieniu do takiej ekologii Jan Paweł II powiedział w czasie pielgrzymki w Niemczech (1987): „nie można poważnie traktować żadnej partii ekologicznej, jeśli zamyka ona oczy na eksterminację niezliczonej liczby dzieci w łonach ich matek".

Wychowanie jest zawsze pewną formą kontaktów międzyludzkich, procesem interakcji, wzajemnej wymiany, ma relacyjny charakter (Opozda, 2008). Jest ono spotkaniem, a więc bezpośrednim kontaktem dwóch podmiotów – osób: wychowawcy i wychowanka. Jeden z nich jest „do wychowania", a drugi „działa wychowawczo", wpływa na niego, czyli coś mu przekazuje (Nowak, 2008b, s. 197), przy czym w wychowaniu prenatalnym przekaz dotyczy nie tyle treści rzeczowych, ile stanów emocjonalnych.

Ze względu na unikalność każdej z tych osób, również relacja między nimi jest wyjątkowa i jedyna, niepowtarzalna. Środowisko wychowawcze jest „zmienną pośredniczącą" dla wszystkich osób wprzęgniętych w wychowanie, przy czym dla każdej z nich relacje z tym środowiskiem są inne i co innego znaczą. Każdy z partnerów interakcji jest inną osobą, a więc niepowtarzalną, konstytutywnie odrębną istotą i dla każdego z partnerów interakcji sytuacja wychowawcza jest specyficzna i jedyna.

Wychowanek przez swoją obecność umożliwia zaistnienie sytuacji wychowawczej, przez cechy swojego rozwoju i zachowania wpływa na zakres i rodzaj oddziaływań, przez recepcję bodźców zmienia siebie i swoje relacje ze środowiskiem wychowawczym, jakim jest głównie osoba matki. Następuje tu również zjawisko sprzężenia zwrotnego. Prenatalne środowisko wychowawcze wpływa na rozwój i kształtowanie osobowości dziecka, a jednocześnie ono poprzez swój rozwój i aktywność – przekształca środowisko. Prenatalne środowisko wychowawcze cechuje bowiem interakcyjny, dynamiczny charakter zachodzących w nim złożonych procesów, sytuacji, sekwencji zachowań i oddziaływań dorosłych wobec dziecka i siebie samych, które w różnorodny, odmienny dla każdego sposób, stymulują uczestników tego środowiska.

Dziecko poczęte wnosi w wewnętrzny świat matki nowe treści i przeżycia, wyprowadza ją poza siebie samą, inicjuje aktywność, inny sposób spostrzegania i doświadczania rzeczywistości, dzięki czemu okres ciąży i porodu jest okresem intensywnego osobistego rozwoju. Tak jak dla dziecka matka jest wtedy „całym jego światem", tak i dla matki oraz innych członków rodziny dziecko poczęte i stan ciąży są jednostkowymi i niepowtarzalnymi doświadczeniami, a kontakt z dzieckiem jest sytuacją wychowawczą nie tylko dla niego, ale też dla jego matki i osób bliskich.

Prenatalna egzystencja człowieka jest stale wzbogacana o bodźce świata społecznego. Diada matka–dziecko prenatalne jest spotkaniem o charakterze interakcji społecznej, polegającej na komunikacji między dwoma autonomicznymi podmiotami. Interakcja ta ma charakter wychowawczy nie w znaczeniu teoretycznej definicji interakcji wychowawczej, ale potocznego jej rozumienia. Pozostawanie w tej diadzie dla każdego z jej członków ma charakter wychowawczy, gdyż każda z tych osób jest dla drugiej znacząca i to, co się dzieje między nimi, jak też ze względu na ich współegzystencję, jest istotne dla osobistego rozwoju każdej z nich. Pośrednio dotyczy to również ojca i bliskich dziecku osób w rodzinie. Oczywiście nie wszystkie zdarzenia w obrębie relacji interpersonalnej matka–dziecko mają intencjonalnie charakter wychowawczy, a nawet przeciwnie – jest ich stosunkowo mało, natomiast

z natury rzeczy relacja ta stwarza nieustanną sytuację wychowawczą, bo wszystko służy rozwojowi lub go zaburza.

We właściwie rozumianym wychowaniu prenatalnym następuje specyficzne spotkanie człowieka z człowiekiem, gdyż jeden z nich – dziecko prenatalne – musi być postrzegany jako równy rodzicom i innym ludziom (w sensie ontycznym, co nie jest łatwe), chociaż zarazem jako inny niż oni. Inność dziecka pod wieloma względami w porównaniu z jego rodzicami nie przeczy i nie niszczy symetryczności, jest ono tak jak i inni – osobą. Bez względu na różnice rozwojowe i osobnicze każdego uczestnika tego nietypowego wielomiesięcznego zazwyczaj spotkania[13], identyfikuje tożsamość osoby. Jest to tym bardziej specyficzne spotkanie, że człowieczeństwo nie jest tutaj przysłonięte żadną maską, grą, cenionymi społecznie wartościami, jak np. wiek, prestiż, przynależność, bogactwo, zdrowie.

W prenatalnej relacji matka–dziecko oba człony osobowego kontaktu skupione są na doświadczaniu tego fenomenu spotkania, na byciu razem. Obie osoby w tym stanie egzystencjalnym nie są same dla siebie, ale dla drugiego. Jako osoba rodzic-wychowawca czuje, iż nie może ani dziecka, ani też siebie traktować instrumentalnie, tzn. nie może nigdy pozwolić na wykorzystywanie siebie przeciw obiektywnemu dobru dziecka i starać się zawsze dostrzegać swoje oddziaływania wychowawcze w perspektywie prawdziwego dobra podmiotu wychowania.

Każde środowisko wychowawcze określa szereg czynników, które decydują o jego niepowtarzalnym charakterze. Również prenatalne środowisko wychowawcze jest niepowtarzalne dla każdego dziecka, nawet dla jednojajowych bliźniaków. Jest ono zawsze indywidualnym i unikalnym „światem życia", „światem przeżywanym". Dziecko zanurzone w konstelacji oddziaływań tegoż środowiska, doświadcza i uczy się „świata znaczeń" (jaki jest świat?) i kontaktu z nim. Z perspektywy dziecka prenatalne środowisko wychowawcze jest „światem jedynym możliwym", poprzez który uczestniczy w szerszym świecie. Dzieje się to poprzez matkę, gdyż związek w diadzie matka–dziecko prenatalne, naturalny w sensie biologicznym, psychologicznym i społecznym, ma charakter wyjątkowo ścisły i niezastępowalny.

Świat dociera do dziecka głównie poprzez „świat przeżyć" matki (jej przekonań, ocen, uczuć, oczekiwań, obaw, marzeń) i jej interakcje z nim. Nie wiemy dokładnie, czy, w jakim stopniu i jak dochodzi do tego, że system znaczeń matki, świat jej przeżyć, zostaje dziecku przekazany, odebrany przez nie, ale obserwuje się, iż wobec niektórych z tych oddziaływań reaguje ono, stając się partnerem interakcji. Wiemy jednak, że dziecko staje się (nie tylko w sensie ontologicznym, ale też psychologicznym) człowiekiem dzięki temu, że jest „dzieckiem swojej mamy", rozwija ludzkie potencjalności dzięki kontaktom z nią, a poprzez nią ze światem zewnętrz-

[13] Dziecko może obumrzeć przed urodzeniem, czasem na początkowym stadium swego rozwoju, jednak ze względu na fakt zaistnienia pozostawia ono swoją obecnością ślad w psychice rodziców, a jego odejście wymaga procesu odżałowania straty (por. np. Kornas-Biela, 1992e, 1999a, 2001d).

nym (por. Dryll, 2003, s. 134-135). W zależności od osobowych interakcji społecznych już w okresie prenatalnym rozwija się w specyficznie ludzkim sensie. Na obecnym stanie wiedzy empirycznej nie wiemy wprawdzie dokładnie, w jakim stopniu procesy te zaczynają się już przed urodzeniem, jednak hipotetycznie tego rodzaju kierunek zależności można zakładać z uwagi na *quasi*-deterministyczny charakter środowiska życia dziecka przed urodzeniem.

Ze względu na specyficzną sytuację prenatalną dziecka rodzice przyjmują wobec niego inny stosunek niż ten, który jest charakterystyczny już po urodzeniu, gdy rodzi się w nich spontanicznie poczucie powinności wychowawczej. Wtedy dominuje system pozycjonalny, w którym dziecko jest traktowane z góry, jako obiekt wychowania, podporządkowania się wymaganiom, poleceniom i rozkazom. W okresie prenatalnym nie jest to możliwe. W kontakcie z dzieckiem nie mają znaczenia takie potrzeby, jak wywieranie dobrego wrażenia, dążenie do podtrzymania dobrego imienia, chęć zdobycia uznania, ani nawet, jak to jest zazwyczaj w wychowaniu postnatalnym, wymaganie posłuszeństwa, egzekwowanie podporządkowania, górowanie na mocy władzy rodzicielskiej, sprawowanie kontroli. Interakcja prenatalna jest dynamicznym procesem konstruowanym przez jej uczestników poprzez różne formy aktywności komunikacyjnej.

Dziecko, nawet w okresie prenatalnym, gdy zdaje się nie być aktywne w interakcji z rodzicami, nie może być traktowane jako „materiał do obróbki", tworzywo będące przedmiotem oddziaływań dorosłego, a rodzice nie są podmiotami działającymi na zasadzie maszyny zaprogramowanej na sprawność w technologii wychowania. Już wtedy wychowanie jest nastawione na kształtowanie osobowości dziecka, co nie oznacza, że jest ono tylko przedmiotem oddziaływania dorosłych. Przeciwnie – staje się ono stopniowo aktywnym partnerem interakcji.

Rozwój technik medycznych (np. ultrasonografii) oraz badań z zakresu psychologii prenatalnej pozwala coraz wyraźniej udokumentować omawiany już wyżej fakt, iż dziecko w łonie jest istotą odbierającą bodźce ze środowiska fizycznego i osobowego, reagującą na nie i czującą, a emocjonalny stan matki ma wpływ na jego samopoczucie i zachowanie (np. Krasnegor i in., 1987; Smotherman, Robinson, 1988; Nijhuis, 1992; Prechtl, 1993; Provine, 1993; Lecanuet, 1995; Kornas-Biela, 2003a, b, 2004). W miarę rozwoju nawiązuje ono coraz więcej i bardziej znaczących relacji i związków z wychowawczym środowiskiem łona, a nawet nabywa umiejętności emocjonalnego ustosunkowania się do niego, nadawania pierwotnych znaczeń (np. jako bodźce pożądane lub niepożądane). Nie są to oczywiście ze strony dziecka relacje uświadomione, zamierzone rozwojowo.

6. Wychowanie prenatalne jako komunikacja

Gdy mamy do czynienia z dwoma osobami, które są w relacji ze sobą, czymś oczywistym jest ich wzajemne porozumiewanie się, stąd można przyjąć, że istotą

oddziaływania wychowawczego w okresie życia prenatalnego są procesy komunikacji między matką i dzieckiem oraz innymi osobami. Proces wychowawczy jest procesem komunikowania się, w którym zarówno rodzic-wychowawca, jak i dziecko-wychowanek, są nadawcami i odbiorcami komunikatów. Podstawą oddziaływań wychowawczych jest porozumienie. Osoby zaangażowane w kontakt posługują się kodami znaczeniowymi (znakami i symbolami), kanałami i formami przekazu informacji. W poszczególnych aktach komunikacyjnych następuje wzajemna ekspresja i percepcja stanów psychicznych własnych i drugiej osoby. Komunikacja zakłada, że odbiorca rozumie kod, jakim porozumiewa się z nim nadawca. Jednak problemem może być w tym wypadku to, jak odczytać drogi przekazu informacji, kody komunikacji, jej rodzaj i treść.

Pomimo iż dziecko prenatalne jest jeszcze rozwojowo bardzo niedojrzałe i mogłoby się wydawać, że to jedynie rodzice, a zwłaszcza matka, organizują mu docierające do niego bodźce i troszczą się o jego rozwój, a jego rola polega na biernym odbiorze tych oddziaływań i poddawaniu się im, to jednak relacja między wychowankiem i środowiskiem wychowawczym jest również „relacją współtworzenia". Jako istota społeczna już w okresie prenatalnego rozwoju komunikuje się z otoczeniem, wchodzi w kontakt inicjowany przez dorosłego, jak też aktywnie konstruuje sytuacje społeczne, staje się „partnerem w komunikacji" (Chamberlain, 1986, 1992; Kornas-Biela, 1995a, 1993d/2002, 2000b/2004).

Wychowanie jest zawsze spotkaniem osób. To spotkanie jest podstawą dialogu, wzajemnej komunikacji. Przez cały okres prenatalnego rozwoju oraz rodzenia się trwa aktywny, nieprzerwany i twórczy dialog między dzieckiem (a nie ciążą lub płodem) i matką (na poziomie psychiczno-emocjonalnym i biochemiczno-endokrynologicznym) oraz jej psychospołecznym środowiskiem (szczególnie ojcem i innymi znaczącymi osobami). Obie osoby – dziecko i matka – towarzyszą sobie w drodze życia, chociaż specyfika tego towarzyszenia jest po stronie każdej z osób inna. Im większe umiejętności interpersonalne rodziców, tym lepsza umiejętność komunikacji z dzieckiem prenatalnym.

Dialog prenatalny „będący «sposobem życia», a nie tylko metodą działania, stanowi główną zasadę wychowania" (Przecławska, 1993, s. 128) w tym okresie życia człowieka, a proces wychowania powinien bazować na dialogu (por. Szkudlarek, Śliwerski, 1991, s. 38). Oczywiście dialog ten ma różne stopnie, różne formy realizacji, różny kontekst osobowy ze względu na unikalność każdej z tych osób. Dialog prenatalny wymaga:

– rozpoznania poza rzeczywistością ciąży matki – realności istnienia dziecka;

– personalizacji istoty ludzkiej przed urodzeniem;

– afirmacji dziecka prenatalnego jako wychowanka, podatnego na oddziaływania wychowawcze;

– uznania siebie jako rodzica w wychowawczej roli wobec dziecka;

– przyjęcia odpowiedzialności za proces wychowania, za doświadczenia wychowanka;

– rozpoznania możliwych sytuacji wychowawczych;
– umiejętności odnalezienia form wychowawczego wpływu na dziecko;
– umiejętności nadawania sygnałów i rozpoznania ich ze strony dziecka, a tym samym komunikacji z nim;
– obowiązku refleksji nad przebiegiem wychowania, dokształcania się i wzbogacania swoich wychowawczych kompetencji;
– nadawania sensu wychowawczej komunikacji z dzieckiem;
– rozpoznania pozytywnych walorów wychowawczego wpływu na siebie jako osobę rodzica – osoby dziecka jako wychowanka.

Idea komunikacji prenatalnej i wpływu matki na dziecko poprzez jej uczucia kierowane do dziecka nie jest pomysłem XX wieku. Już w starożytności istniało przekonanie, że wychowanie człowieka rozpoczyna się od wychowania jego rodziców. W starożytnych Chinach tworzono prenatalne kliniki, w których uczono matki nie tylko troski o dziecko, lecz również nawiązywania z nim kontaktu. Przeświadczenie o wpływie przeżyć psychicznych matki na rozwijające się w jej łonie dziecko było bardzo żywe przez tysiąclecia. Arystoteles w dziele stanowiącym kompendium wiedzy embriologicznej, wskazywał na ważność uwolnienia od trosk i pogodnego usposobienia matki w okresie ciąży, gdyż dziecko odbiera jej przeżycia niczym roślina, która korzeniami tkwi w glebie. Wyraził też przekonanie, że łono matki poprzez jej uczucia do dziecka może dostarczać mu „soków odżywczych" do rozwoju lub stanowić poprzez uczucia negatywne – „glebę nieurodzajną", a poprzez uczucie obojętności – „ugór", z powodu czego dziecko może rozwijać się nieprawidłowo a nawet obumrzeć[14].

Leonardo da Vinci w *Quaderni d Anatomica* podkreślał wspólnotę doświadczeń matki i dziecka, twierdząc, iż „ten sam duch rządzi obu ciałami [...] to czego pragnie matka, można często odnaleźć odbite w dziecku, które ona nosi [...], jakaś chęć, wielkie pragnienie, lęk lub ból psychiczny ma większy wpływ na dziecko, niż na matkę i dziecko może stracić życie z tego powodu" (za: Verny, 1988, s. 34; Sikorski, Sikorska, 1997). W Nowym Testamencie mamy znaczący przykład oddziaływania przeżyć matki na dziecko, gdy Jan w odpowiedzi na radość Elżbiety z pozdrowienia Maryi poruszył się z radości w Jej łonie (Łk 1,41-45). Do dziś w wielu kulturach pierwotnych przetrwało głębokie przekonanie, że matka swoimi przeżyciami „żłobi" psychikę dziecka i ma wpływ na to, kim się ono staje.

Komunikacja prenatalna wymaga szczególnej potrzeby oraz umiejętności oddziaływania wychowawczego i wrażliwości wychowawczej od rodziców, ogromnej empatii wobec potrzeb dziecka, by umieć wychodzić im naprzeciw. Ale przede wszystkim wymaga miłości. Wszystkie oddziaływania rodziców wobec dziecka prenatalnego, jeśli nie będą nasycone szacunkiem, akceptacją, włączeniem w przynależność do

[14] I. Foroni w rozdziale „Alle origini dell'educazione prenatalne" prezentuje uzasadnienie dla edukacji prenatalnej poprzez odwołanie się do poglądów myślicieli starożytności, jak Pitagoras, Platon, Arystoteles, Plutarch (Larocca, Foroni, 2001, s. 17-20).

rodzinnej wspólnoty („jesteś nasz") i nasycone życzliwością, serdecznością i bezinteresowną miłością, tracą na swej sile pozytywnego wpływu na dziecko.

Szczegółowa problematyka dotycząca interakcji i komunikacji między rodzicami i dzieckiem w okresie prenatalnym znalazła odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu już w latach osiemdziesiątych XX wieku (Chamberlain, 1992; Kornas-Biela, 1995a, 1993d/2002, 2004). Ponad 20 lat temu na Kongresie ISPPPM w Bad Gasttein (1986) poświęcono wiele uwagi porozumiewaniu się matki z dzieckiem w łonie, wpływem jej stanu psychicznego na sposób i jakość dialogu z dzieckiem, jego różnymi formami (np. ideomotoryka, śpiew, fantazje) jako czynnikiem tworzenia się przywiązania do dziecka oraz rozwoju jego inteligencji i osobowości, jak też nabywaniu przez rodziców umiejętności rozumienia odpowiedzi przesyłanych do nich przez dziecko.

Zarówno pośrednie, jak i bezpośrednie metody komunikacji z dzieckiem oraz stymulacji prenatalnej przyczyniają się do kształtowania przywiązania rodziców do niego (co jest ogromnie ważne, gdy uprzednio postawy wobec niego były negatywne lub ambiwalentne), jak też powodują rozwój mózgu dziecka, jego neurohormonalnej dojrzałości oraz zmniejszają negatywne skutki czynników ryzyka. Poza tym wpływ prenatalnych form kontaktu między rodzicami i dzieckiem zaznacza się również w okresie po urodzeniu, np. w zakresie interakcji matka – noworodek, dlatego wskazuje się na ich profilaktyczny charakter (np. Van den Bergh, 1992; Bielawska-Batorowicz, 1995).

Pytanie, od kiedy należy rozpocząć wychowanie człowieka, na gruncie personalistycznej koncepcji człowieka wydaje się retoryczne. Odpowiedź jest bowiem zawarta w pytaniu – jeśli rozumiemy, kim jest człowiek i czym jest wychowanie, to wiemy, iż wychowanie człowieka rozpoczyna się od chwili jego zaistnienia i proces ten będzie trwać aż do śmierci, przyjmując z wiekiem coraz bardziej formę samowychowania i samorozwoju[15].

7. Formy wychowawczego oddziaływania na dziecko prenatalne

Rozwijający się w łonie matki człowiek nie jest samotnikiem, ale na stałe przebywa w środowisku społecznym. W miarę rozwoju nawiązuje coraz bardziej intensywny kontakt z matką i najbliższymi. Ze strony rodziców większość znaczących oddziaływań na dziecko jest przez nich podejmowana spontanicznie i jest nieuchwytna. Wychowawcze oddziaływanie na dziecko prenatalne jest bowiem naturalnym procesem przebiegającym samoistnie, ale może być również podjęte intencjonalnie

[15] Można tu przytoczyć sparafrazowane przez M. Nowaka zdanie P. Braido: „Wychowanie jest faktem wpisanym w złożoność i wielorakość ludzkiej egzystencji, zarówno fizycznej, jak i duchowej, osadzonej w przeszłości, zachodzącej w teraźniejszości i projektującej się ku przyszłości (a nawet ku wieczności)" (Nowak, 2008b, s. 199).

i obejmować zabiegi (interwencje) wychowawcze, będące wyrazem wzrastającej więzi z dzieckiem oraz pedagogicznej wiedzy rodziców, określanej jako świadomość opiekuńczo-wychowawcza.

Prenatalna działalność wychowawcza obejmuje zespoły czynności zmierzających do optymalnego zaspokojenia wszystkich (tzn. biologicznych, psychicznych, społecznych i duchowych) potrzeb dziecka w najwcześniejszym okresie życia. Jako bodźce lub zespoły bodźców działające stale lub powtarzające, spełniają one rolę czynników rozwojowo-wychowawczych i wpływają pozytywnie na jego rozwój. Mają one znaczenie, np. stymulacyjne, interakcyjne, adaptacyjne, terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne, profilaktyczne. Wspólnie spędzony czas – chwile rozluźnienia, wyciszenia, intymności, kontemplacji, tworzonej wspólnoty myśli i uczuć, unikalnego dialogowania i wchodzenia w interakcje z dzieckiem, komunikacji z nim – kształtuje więź uczuciową z nim i rozwija każdego z partnerów relacji. Dziecko staje się stopniowo aktywnym partnerem interakcji.

Wychowanie prenatalne prowadzone przez rodziców wobec dziecka prenatalnego to nie nauka typu szkolnego ani tresura, to nawet nie stymulacja prenatalna, gdyż w wychowaniu tym nie chodzi o to, by czegoś dziecko nauczyć, ale by stworzyć takie warunki jego rozwoju, by mogło stawać się w pełni człowiekiem na miarę swych prenatalnych możliwości. Wychowanie jest zawsze pewną formą kontaktów międzyludzkich i już od poczęcia polega przede wszystkim na kreowaniu warunków kształtowania się więzi osobowych z dzieckiem[16]. Dlatego oddziaływanie wychowawcze ma charakter międzyludzkiego dialogu, miłosnej interakcji, wzajemnej wymiany komunikatów, która ma różne formy realizacji, np. kontakt cielesny ciała dziecka z otaczającym go ciałem matki (otulenie); fizyczny, dotykowy kontakt z dzieckiem przez powłoki brzuszne; ruchy ciała matki; metabolizm matki będący odpowiednikiem jej stanu psychicznego; dźwięki i pozalingwistyczne cechy języka mówionego w otoczeniu dziecka (np. zabarwienie emocjonalne głosu). Poprzez różnego typu oddziaływania rodziców i osób bliskich na dziecko następuje jego osobowy rozwój.

Oprócz samoistnie przebiegającego oddziaływania matki na dziecko może ona podjąć intencjonalnie pewne formy kontaktu z dzieckiem, będące wyrazem jej więzi z nim i kształtujące ją, a coraz częściej będące również wyrazem pedagogicznej kultury matki i innych osób, które włączają się w ten kontakt (Schwartz, 1980/1991). Wśród matek (i innych członków rodziny) wszystkich epok i kultur istnieją rozbudowane sposoby towarzyszenia dziecku w jego prenatalnym rozwoju poprzez różne formy prenatalnej komunikacji (Kornas-Biela, 1992a, 1993a, 1995a, 2004). Szczególnie polecane są więc nie specjalne ćwiczenia z programem ściśle określonych bodźców emitowanych do dziecka, które mają rozbudzić w nim potencjalność geniusza, ale normalny kontakt mentalny, słowny, dotykowy, ruchowy.

[16] Wychowanie to musi być przeniknięte miłością do dziecka, która jest postawą, i jako taka rozwija się stopniowo, wymaga chęci zainwestowania w nią czasu i energii, zaangażowania całego siebie w kontakt z dzieckiem.

Rodzice mogą na różne sposoby towarzyszyć dziecku prenatalnemu w jego rozwoju (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 80-111; 1995a, s. 53-60; 2004, s. 47-59). Niektóre z nich, jak kontakt werbalny, dotykowy i muzyczny zostały omówione w książce *Wokół początku życia ludzkiego* (Kornas-Biela, wyd. 2, 2002, s. 90-110). Wśród szczególnie polecanych form wychowawczego oddziaływania na dziecko, towarzyszenia mu w rozwoju i kontaktu z nim można wymienić takie, jak np.:

- pozytywne myślenie o dziecku; fantazjowanie i wizualizacja na jego temat oraz przyszłych relacji z nim (np. w czasie porodu, karmienia piersią, kąpieli, zabaw);
- rozmowy z dzieckiem – w myślach lub głośne; intencjonalnie kierowane do niego słowa, opowiadające mu o świecie otaczającym, o wydarzeniach, w których wraz z matką uczestniczy, o uczuciu rodziców do niego, o ich problemach, troskach i niepokojach oraz o radościach, oczekiwaniach, marzeniach; uspokajanie dziecka poprzez słowa otuchy, zapewnienia o bezpieczeństwie i miłości; zachęcanie dziecka, np. do zmiany pozycji, pozostania w łonie lub rodzenia się; opowiadanie mu bajek i czytanie wierszy;
- pisanie pamiętnika ciążowego oraz pamiętnika rozwoju dziecka; pisanie bajek dla dziecka; pisanie do dziecka listów, tzw. deklaracji miłości; uzupełniania zdań niedokończonych; malowanie na brzuchu;
- słuchanie z dzieckiem muzyki; śpiewanie mu piosenek; granie dla niego na instrumencie, wystukiwanie rytmów;
- bujanie go i kołysanie oddechem i ruchem (np. w rytm muzyki, śpiewu); tańczenie z nim (spokojne, opływowe, rytmiczne ruchy);
- różne formy kontaktu dotykowego – muskanie, głaskanie, masowanie, obejmowanie, pukanie, poklepywanie, utulanie, pieszczenie dziecka; zabawy z dzieckiem;
- skupienie się na odczytywaniu różnych sygnałów pochodzących od dziecka, tzw. mowy dziecka prenatalnego;
- obserwacja ruchów dziecka (liczby, siły, jakości) i reagowanie na nie oraz nadawanie im znaczenia;
- różne formy twórczości artystycznej na jego rzecz (np. komponowanie wierszy i muzyki, malowanie, rzeźbienie, haftowanie);
- wykonywanie różnych rzeczy dla niego;
- przygotowywanie dla dziecka ubranek, kącika w pokoju;
- trwanie w stałej świadomości obecności dziecka i włączanie go w całość biegu własnego życia;
- kontemplacja przyrody, piękna sztuki, tajemnic życia;
- medytacja, np. tekstów biblijnych związanych merytorycznie ze stworzeniem człowieka, z doświadczeniami rodzicielskimi postaci biblijnych, dotyczących Wcielenia i narodzenia Jezusa oraz życia Świętej Rodziny;
- modlitwa za dziecko, błogosławienie mu i włączanie go w różne formy kontaktu z Bogiem (w tym również w formy sakramentalne).

Badania etnologiczne wykazują, iż szczególnie powszechną formą kontaktu z dzieckiem jest dotykanie brzucha. Matki wszystkich kultur, niezależnie od poziomu

zaawansowania cywilizacyjnego, dotykają dziecko często i na różne (podobne) sposoby. Motywy dotykania są bardzo rozbudowane, np. chęć przekazania dziecku swoich uczuć do niego (np. czułości); chęć wywołania w nim poczucia bezpieczeństwa przez okazanie swojej bliskości i wyrażenie solidarności z nim; uspokajanie dziecka w razie jego silnych ruchów lub własnego zdenerwowania; wyraz cieszenia się dzieckiem i okazania mu tego; dostarczenie sobie przyjemności.

Przy czym w kulturach pierwotnych oraz wschodnich dotykowa forma kontaktu z dzieckiem jest działaniem bezrefleksyjnym, spontanicznym wyrazem potrzeb matki i jej przekonania o takiej samej potrzebie u dziecka. W kulturze zachodniej odruchowe, bez namysłu dotykanie brzucha przez matkę brzemienną występuje rzadziej, gdyż rodzaj ubioru oraz społeczne zaangażowanie kobiet utrudnia wyzwolenie się tych spontanicznych zachowań. Natomiast częstsze jest intencjonalne podejmowanie tych czynności, specjalne gesty w określonych sytuacjach, czasem dopiero wskutek edukacji w tym zakresie podkreślającej ich znaczenie (wspomaganie rozwoju dziecka, komunikacja z nim, np. Field, 1995).

To, co rodzice mogą szczególnie ofiarować dziecku nieurodzonemu ale i sobie, to jest wspólnie spędzony czas – chwile rozluźnienia, wyciszenia, intymności, kontemplacji, wspólnoty myśli i uczuć. Każda matka i ojciec oraz jego starsze rodzeństwo znajduje swoje własne, unikalne sposoby spędzania wspólnego czasu z dzieckiem prenatalnym i porozumiewania się z nim. Najważniejsze jest to, aby one były i rozwijały się w miarę, jak dziecko rośnie. Przy czym matka, jako bliższa dziecku fizycznie, musi zapraszać ojca na spotkania z dzieckiem i umożliwiać mu poznanie go, zrozumienie języka jego ruchów i sygnałów, jakie wysyła, aby dać znać o swoim samopoczuciu, udostępnić ojcu dziecko, aby mógł posłuchać uderzeń jego serca, przemówić do niego, pogłaskać, zapukać, zaśpiewać.

Stosując różne formy prenatalnego kontaktu z dzieckiem, te z nich, które są nastawione na kierowanie rozwojem dziecka i wspomaganiem go, muszą bazować na jego genetycznie przekazanym potencjale biopsychicznym i uwzględnić trzy elementy składowe:

– aktualny poziom rozwoju dziecka wyznaczający jego zasoby i możliwości;

– działania innych wobec dziecka (towarzyszenie mu, aktywne przedsięwzięcia, ochrona, stymulacja, komunikacja, leczenie i terapia), jak też więź między nimi oraz łączącą ich z dzieckiem;

– właściwości środowiska łonowego i pozałonowego, jako środowiska życia dziecka, które mogą oddziaływać rozwojowo lub hamująco a nawet zagrażająco względem dziecka. Korzystne warunki i możliwości składają się na środowiskowe zasoby wychowawcze, nie zawsze aktualnie widoczne, ale potencjalnie możliwe do uruchomienia (np. wsparcie społeczne).

Każda forma wychowania prenatalnego realizuje wartości różnych funkcji wychowawczych, ma bowiem jednocześnie znaczenie profilaktyczne, stymulacyjne, kompensacyjne i terapeutyczne. Komunikacja prenatalna poprzez różne omówione powyżej formy aktywizuje dziecko, zwłaszcza jego system nerwowy, który dzięki

temu rozwija swoje funkcje. Można by powiedzieć, że podejmowany z dzieckiem kontakt stwarza jakby „rusztowanie" (*scaffolding* – por. Dryll, 2003, s. 140-141) dla aktywności dziecka, która staje się coraz bardziej skoordynowana i celowa, a zaangażowane w działanie dziecka właściwości doskonalą się (np. umiejętność reagowania na tę samą melodię śpiewaną przez matkę). Dziecko uczy się poprzez reakcję na oczekiwania i zachowania rodziców oraz ich zwrotną reakcję na jego zachowanie – wyrażania swoich pragnień i ustosunkowań w sposób czytelny dla otoczenia.

Dostarczanie dziecku pozytywnych bodźców rozwojowych (o charakterze fizycznym i psychicznym) zapobiega różnym formom przemocy wobec niego, pobudza ogólną dynamikę rozwojową, pomaga mu w adaptacji do zmieniających się warunków w łonie oraz podczas rodzenia się, kompensuje możliwe braki rozwojowe, działa terapeutycznie, naprawczo wobec powstałych utrudnień rozwojowych, pozwala na rozpoczęcie interwencji, jeśli diagnoza prenatalna wskazuje na jakieś zaburzenia. Tym samym pojęcie *wczesna interwencja* zostaje zakresowo poszerzone, obejmując przedurodzeniowy okres życia[17]. Tak zwana terapia płodowa może dotyczyć więc nie tylko zabiegów naprawczych związanych ze zdrowiem fizycznym, ale też psychicznym.

Koncepcja tak wczesnej interwencji opiera się na współczesnej wizji rozwoju człowieka, która jest optymistyczna, przyznając istocie ludzkiej od poczęcia wewnętrzny dynamizm do prawidłowego rozwoju i wykorzystywania swojej energii do jak najlepszego uaktualniania swoich potencjalności, do przekraczania ograniczeń i radzenia sobie z tym, co może zagrażać. Wczesna interwencja byłaby więc pewną formą pomocy dziecku w sytuacji, gdy nie jest w stanie sprostać wymaganiom stawianym mu przez warunki rozwoju w łonie. Trudno mierzyć jej efekty dla dziecka, ale dla więzi rodziców z nim, które już teraz jest dzieckiem „specjalnej troski", znaczenie tych form wychowawczego oddziaływania jest nie do przecenienia.

Wychowanie a stymulacja prenatalna

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat obserwuje się radykalny zwrot w postawach wobec dziecka prenatalnego i występowanie dwóch przeciwstawnych postaw: niedocenianie jego kompetencji (psychika dziecka jako *tabula rasa*) lub też przecenianie ich i skoncentrowanie na stymulowaniu umiejętności (prenatalne szkoły geniuszów). Tworzone są „prenatalne uniwersytety", produkowane różnorodne stymulatory, aby dotrzeć do dziecka i poprzez emitowane bodźce uzyskać jego reakcję oraz efekt uczenia się. Dlatego należy dokonać ważnego rozróżnienia, iż czym innym jest

[17] Dotychczas przez wczesną interwencję rozumie się pomoc interdyscyplinarnego zespołu udzieloną dziecku lub całej rodzinie jak najszybciej po jego urodzeniu – por. Kmita, Kaczmarek, 2004; Kwaśniewska, 2007.

stymulacja prenatalna, a czym innym komunikacja prenatalna, poprzez którą dokonuje się wychowanie prenatalne.

Przykładów stymulacji prenatalnej można szukać w ramach różnych form zwanych „nauczaniem prenatalnym", które mają na celu konkretną stymulację rozwoju dziecka już przed urodzeniem (por. Lewis, 1988; Rocławski, 1998). Bazują one na dużej już liczbie badań dokumentujących możliwość uczenia się przez dziecko w zakresie modalności zmysłowych, prostych emocji, np. P. Eimas (1977) stosował systematyczne nauczanie rozróżniania fonemów (sylab podobnych do siebie) i wykazał, że taki program zastosowany przed urodzeniem w istotnym stopniu ułatwia uczenie się mowy, wczesną edukację dwujęzyczną oraz zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń mowy.

T. Blum (1991, 1993) badał uczenie się prenatalne, wykorzystując bardzo precyzyjnie regulowane bodźce stymulujące układ somatosensoryczny, przedsionkowy i słuchowy dziecka oraz odpowiedź na nie w postaci elektromagnetycznej aktywności mózgu. Większość programów prenatalnego uczenia dziecka wymaga stosowania różnych przyrządów (np. stymulatorów dźwiękowych) w określonej sekwencji czasu, ma więc ściśle rozpisany dla rodziców harmonogram ćwiczeń (kiedy, jak często, ile minut, jaki materiał). Rodzice są zobowiązani do ścisłego przestrzegania zasad prowadzenia ćwiczeń.

Szczególnie dopracowaną i popularną formą uczenia prenatalnego jest haptonomia. Jej twórca – F. Veldman[18] (1992, 1994, 2001, 2004) wychodzi z założenia, że istnieje możliwość i potrzeba wzajemnego kontaktu rodziców z dzieckiem przed urodzeniem, a sposób przeżycia okresu prenatalnego, rodzenia się, traktowania noworodków jest źródłem wielu cierpień ludzi dorosłych. Haptonomia jest przykładem uczenia dziecka, ale nie na podstawie ścisłego programu stymulacji, gdyż u jej podłoża leży „filozofia wzajemnego kontaktu". Kontakt ten przebiega w ramach trio: ono oraz rodzice lub osoba bliska matce. Jest to sposób komunikacji emocjonalnej rodziców z dzieckiem, w którym jest ono aktywnym partnerem w dialogu, głównie dotykowym. Kontakt ten powinien zacząć się jak najwcześniej, gdyż dziecko potrzebuje towarzyszenia mu w rozwoju. Matka uczy się doświadczać łono jako miejsce schronienia dziecka, ożywia swój pozytywny stosunek do niego oraz do siebie i swego ciała, jako miejsca przebywania dziecka. Łono traktowane jest jako dom dziecka, jako jego kołyska – matka uczy się relaksować mięśnie macicy, by przestrzeń dla dziecka była przyjazna, kołysać dziecko, przesuwać dziecko bliżej ręki położonej na brzuchu, „przytulać", „przybliżać go do serca", „kłaść spać", a w czasie porodu nie „wyrzuca" dziecka z siebie, ale powoli otwiera mu drogę wyjścia na świat zewnętrzny. Dziecko aktywnie odpowiada na inicjowany kontakt, samo też czasem „zaprasza" rodziców do kontaktu, co Veldman nazywa konfirmacją afektywną, mającą znaczenie dla strukturalizacji komunikacji w osobowym trio. Kontakt dotykowy

[18] W języku greckim *hapto* oznacza dotykać, aby potwierdzić daną osobę, zaopiekować się nią.

pomaga zaspokoić podstawowe potrzeby emocjonalne dziecka i „otworzyć go na świat" (Field, 1995; Dolto, 1991, 1995, 1997; Dolto-Tolitch, 2001)[19].

Literatura dotycząca haptonomii jest stosunkowo bogata (Potthoff, 1991), ale większość materiałów dostępna jedynie w języku francuskim (np. Revardel, 2003), które publikowane są w specjalistycznym piśmie *Présence haptonomique* (np. Revardel, 1995; This, 2001). Autorzy tych publikacji podkreślają, jak ważnym zmysłem jest dotyk dla rozwoju psychicznego człowieka, gdyż jest zmysłem, który pojawia się jako pierwszy, obejmuje całe nasze ciało i służy do doświadczania siebie, kształtowania własnej tożsamości i komunikacji ze światem (zob. „scalająca funkcja skóry" w: Kornas-Biela, 2003a, s. 181-182). Jest on zwany „organem psychicznym" (Lucier, 2007). Dlatego też nieprzerwany od urodzenia dotykowy kontakt typu „skóra-skóra" matki z noworodkiem, zaspokajając potrzeby dziecka (potrzebę bezpieczeństwa, bycia zakorzenionym, „przytwierdzonym", objętym – potrzeby „noszaka"), ułatwia mu lepszą adaptację do nowych warunków życia i jest ważnym stymulatorem dojrzewania jego mózgu (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 132-135). Stąd tak ważny jest system *rooming in*, zapewniający matce nieprzerwany kontakt z noworodkiem, zwłaszcza w okresie określanym przez wielu autorów jako krytyczny, czy – jak należałoby uważać – okres sensytywny, szczególnej wrażliwości – pierwszych dni, a zwłaszcza pierwszych dwóch godzin po urodzeniu. Sprzyja to nie tylko lepszemu rozwojowi dziecka, ale też optymalizuje kontakt matki z dzieckiem, który jest wtedy nasycony empatią, wyczuciem potrzeb dziecka, intuicją, dawaniem mu racjonalnej swobody (Buckley, 2003).

Dotyk zastosowany wobec dzieci wcześniaczych pozwala im przezwyciężyć trudności tego okresu i uniknąć niebezpieczeństw rozwojowych związanych ze skróceniem życia prenatalnego (Weiss, Goebel, 2003). Dzieci trzymane na rękach, dotykane, głaskane i obejmowane od urodzenia często i z czułością, mają wyższą sprawność układu odpornościowego, mniejszą wrażliwość reagowania na stres, mniejszą podatność na przeżywanie lęku.

Wcześniaki, dla których matki lub opiekunki (np. pielęgniarki pediatryczne) stanowią rolę „inkubatorów", trzymając je często na rękach, najlepiej pionowo, przytulone do nagiej piersi, lepiej radzą sobie z niebezpieczeństwami przedwczesnego urodzenia. Wcześniaki „kangurowane" mają mniej trudności z oddychaniem, snem i odżywianiem, lepiej przybierają na wadze, rzadziej mają zaburzenia neurologiczne, rzadziej zapadają na choroby, znacząco lepiej rozwijają się pod względem poznawczym oraz emocjonalnym. Dzieci, z którymi nawiązywano częsty bliski kontakt fizyczny, lepiej rozwijają swoje potencjalne możliwości, wykazują lepsze parametry stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, mniejszą podatność na stres, lepsze samopoczucie i pogodny nastrój, są mniej napięte a bardziej spokojne i uważne, lepiej

[19] Znaczenie prenatalnego dotyku jest coraz bardziej doceniane (np. Mrozkowiak, Mrozkowiak, 2000).

przystosowane społecznie, ciekawe świata i twórcze (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 148-149; Eliot, 2003, s. 198-202).

Dla pedagoga bardzo istotna jest znajomość rozwojowo-wychowawczych i psychoterapeutycznych właściwości dotyku[20], gdyż staje się ona bazą dla uczenia rodziców nie tylko form dotykowej komunikacji z dzieckiem przed urodzeniem, ale też z noworodkiem (zwłaszcza gdy jest wcześniakiem) i niemowlęciem. Rodzice powinni być zachęcani i podtrzymywani w takich formach kontaktu z dzieckiem, jak masowanie, głaskanie i pocieranie, kangurowanie, noszenie na rękach (w tzw. „kole dotykowym"), huśtanie, spanie z dzieckiem, później zaś: zabawy paluszkowe, baraszkowanie, poklepywanie, obejmowanie (Ludington-Hoe, Golant, 1993; Olechnowicz, 1999; Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 148-149, 150-156; Eliot, 2003, s. 201-202).

Zachęcanie do jak najczęstszego kontaktu dotykowego z dzieckiem przed urodzeniem oraz niemowlęciem jest ważnym elementem każdego programu mającego na celu wsparcie więzi rodziców z nim, zwłaszcza jeśli istnieje ryzyko jej zaburzeń (np. Lucier, 2007), czego przykładem może być sytuacja wcześniactwa, w której wiele matek radzi sobie z traumą przez zachowanie dystansu wobec dziecka (Kmita 2000, 2003b). Dotykowy kontakt jest również elementem terapii dzieci, które rodzą się z chorobą wrodzoną (Kornas-Biela, 1988b; Olechnowicz, 1999), są chore psychosomatycznie lub są obciążone ciężką nieuleczalną chorobą (Eliot, 2003, s. 201).

Podobną rolę wychowawczą spełnia intencjonalnie przez matkę podejmowany kontakt słowny z dzieckiem. Badania prowadzone przez Vedova, Tomasoni, Imbasciati (2006) zilustrowały fakt, iż przyszłe kompetencje komunikacyjne i lingwistyczne dziecka nie zależą od żadnych bodźców dźwiękowych płynących do dziecka z normalnego środowiska życia matki w okresie ciąży (np. liczby godzin korzystania przez nią z telewizji, radia, mówienia do innych osób, częstotliwości i natężenia głosów i dźwięków w otoczeniu), natomiast zależą od ekspozycji dziecka na głos matki, kierowany bezpośrednio do niego przed urodzeniem.

Tylko intencjonalna komunikacja, a ściślej mówiąc: częstotliwość mówienia słów bezpośrednio kierowanych do dziecka, ma znaczenie dla szybszego po urodzeniu rozwoju u niego rozumienia języka, używanego zasobu słów, prawidłowości gramatyki oraz komunikacji poprzez gesty i działania. Kontakt słowny matki z dzieckiem jest wyrazem a jednocześnie bodźcem rozwojowym jej umiejętności wyodrębniania dziecka od siebie, traktowania go jako osoby z indywidualnymi charakterystykami,

[20] Pomocna jest też wiedza odnośnie do różnic międzypłciowych w tym zakresie, gdyż liczne badania ilustrują, jak inny sposób dotykania (rodzaj dotyku, jego częstotliwość) stosują matki i ojcowie, jak inaczej dotykani są chłopcy, a inaczej dziewczynki, jak uwarunkowane płciowo są konsekwencje dla rodziców dotykowego kontaktu z dzieckiem, jak bardzo zależny on jest od doświadczeń z własnego dzieciństwa. Wiedza ta może pomóc zróżnicować oddziaływania pedagogiczne związane z komunikacją dotykową rodziców z dzieckiem, gdyż innej pomocy i rady wymagają matki, innej ojcowie (Weiss, Goebel, 2003).

przypisywania mu zdolności komunikacyjnych oraz jej empatii i przywiązania do dziecka.

Taki rodzaj komunikacji, w którym matka relacjonuje dziecku swoje przeżycia, opowiada mu o świecie otaczającym, stara się wyrazić swoje uczucia do niego, snuje marzenia z nim związane, wycisza jego niepokój odczuwany przez rodzaj ruchów, troszczy się o jego komfort, wyjaśniając dotyczące ich zdarzenia – tworzy bezpieczne środowisko dla dziecka, sprzyja wzajemnej więzi oraz rozwija potrzebę i umiejętności kontaktu z nim po urodzeniu. Prenatalna komunikacja jest naturalną lekcją wzajemnego kontaktu owocującą po urodzeniu dziecka.

Wyjaśniając różnicę między wąskim rozumieniem stymulacji a wychowaniem prenatalnym, w którym akcent postawiony jest na komunikację z dzieckiem, należy zauważyć, że stymulacja prenatalna jest rodzajem interakcji społecznej, której cel jest węższy – chodzi o dostarczanie dziecku bodźców, wywoływanie zmian w jego zachowaniu, podniesienie jego konkretnej kompetencji. Polega ona na celowym oddziaływaniu, które zmierza do kierowania rozwojem dziecka oraz pobudzania jego procesów uczenia się poprzez dobieranie docierających do niego bodźców fizycznych, chemicznych, dotykowych, słuchowych, ruchowych i ich charakterystyk (np. zmian w częstotliwości, natężeniu). Niewątpliwie motywacją takich odniesień stymulacyjnych jest chęć wzmożenia procesów rozwojowych, pobudzenie wzrostu różnych psychofizycznych i psychospołecznych parametrów, dostarczenie impulsów wpływających korzystnie na postęp w rozwoju.

Stymulacja jest wykorzystaniem pewnych bodźców do pobudzania układu nerwowego dziecka, jego zmysłów i ruchliwości, do reakcji na nie i mobilizacji procesów uczenia się. Nie powinno się jednak do niej ograniczać całego wychowawczego kontaktu rodziców z dzieckiem. Może być ona jego elementem, natomiast jeśli jest traktowana jako cel sam w sobie (wąskie ujęcie stymulacji prenatalnej), niesie pewne niebezpieczeństwa.

Stymulacja jest oddziaływaniem jednokierunkowym, w którym podmiot stymulujący (np. matka, ojciec, rodzeństwo) zakłada, iż przesyłane dziecku prenatalnemu bodźce o różnym charakterze, są w stanie wpływać na niego – na jego zdrowie, samopoczucie, tworzącą się psychikę. O ile komunikacja prenatalna wymaga docenienia psychospołecznych kompetencji dziecka, gotowości do komunikacji i umiejętności w tym zakresie, jak też możliwości oddziaływania na otoczenie, tak stymulacja nastawiona jest na wzmaganie czynników korzystnych dla rozwoju, ale nie wymaga, by ich odbiorca wchodził w interakcję z nadawcą stymulacji. Tak więc stymulacja prenatalna ma bardziej przedmiotowy charakter, komunikacja zaś bardziej podmiotowy, gdyż wtedy dziecko nie jest traktowane jako przedmiot „do obróbki", do spełnienia wygórowanych oczekiwań i aspiracji rodziców, ale jako podmiot o własnym kierunku i tempie rozwoju.

Intencją prenatalnej stymulacji jest nie tyle „cieszenie się dzieckiem", zabawy z nim, traktowanie łona matki jako „grajdołka" do „prenatalnych igraszek dziecka", ile tzw. poważne podejście wychowawcze, wyrażające się przekonaniem o obowiąz-

ku wczesnego uczenia dziecka pewnych umiejętności. Powodem do radości rodziców jest spowodowanie pewnych zmian rozwojowych, zauważalnych już teraz lub przewidywanych w przyszłości, a nie samo dziecko, fakt jego istnienia, to kim jest i jakie jest w związku ze specyfiką tego właśnie etapu rozwojowego i co już potrafi. Stałe nastawienie na przyszłość dziecka a nie na zaangażowanie w bycie razem z dzieckiem „tu i teraz", wywołuje ciągłe niezadowolenie rodziców z tego, że dziecko nie jest tym kimś, kim może być w przyszłości.

To fakt, że wcześniejszym okresom rozwojowym przypisuje się cel, jakim jest przygotowanie do przyszłości, do późniejszych zadań rozwojowych. Jednak żadnego, również okresu prenatalnego, nie można traktować jedynie jako przygotowania do następnego, w tym wypadku, postnatalnego okresu życia, gdyż oprócz znaczenia przygotowawczego, ma on również sobie właściwe cechy i specyficzne dla niego doświadczenia i osiągnięcia. Niedocenienie tych osiągnięć i komparatywna koncentracja powoduje dostrzeganie jedynie niedorozwoju dziecka prenatalnego w porównaniu z noworodkiem (czego mu brakuje) i negatywnego charakteru rozwoju (czym się ono różni na niekorzyść od tego etapu starszego, bo urodzonego już dziecka).

Dużą rolę odgrywa tu system oczekiwań rodziców wobec kompetencji, jakimi powinno się charakteryzować dziecko i jakie może w efekcie ich zabiegów osiągnąć. Stymulacja prenatalna jest bardziej nastawiona na rozwijanie „strefy najbliższego rozwoju" (Wygotski, 1989), przyspieszanie przesunięcia jej „w górę", niż na wspólnie realizowaną aktywność w postaci kontaktu, wzajemnej wymiany sygnałów, jak to ma miejsce w komunikacji prenatalnej. Inicjowane przez rodziców lub rodzeństwo formy kontaktu również uczą dziecko, ale nie nauka jest tu celem, ale sam kontakt, jego emocjonalne znaczenie. Fakt, że bliscy widzą zmianę, efekty uczenia się przez dziecko reakcji jest stymulatorem więzi i nawiązywania dalszych kontaktów.

To stopniowe nabieranie znaczenia funkcjonalnego poszczególnych bodźców dla dziecka można by, np. określić językiem dorosłego, jako przejście z konstatacji: „kiedy przybliżam się do ściany brzucha, jestem głaskany", na: „aby być głaskanym, muszę przybliżyć się do ściany brzucha". Ta pierwotna komunikacja polega na realizacji sekwencji bodźców i reakcji zawierającej znaki, które nabierają znaczenia dla obu partnerów prenatalnej interakcji. Oboje bowiem uczą się siebie i uczą się siebie nawzajem, swoich oczekiwań i sposobów ich spełnienia. Uczą się wzajemnej komunikacji. Poza tym prenatalne formy oddziaływania wychowawczego są interakcją nasyconą silnymi emocjami rodziców i mają ogromne znaczenie w rozwoju uczuciowym dziecka.

O ile więc w komunikacji prenatalnej rodzice są nastawieni na „wspólne bycie z dzieckiem", a nie na jego osiągnięcia, o tyle w stymulacji prenatalnej chodzi o nabycie przez dziecko pewnych zdolności i wykazanie się nimi w przyszłości. Rodzice są bowiem nastawieni na osiągnięcie sukcesu w postaci przyspieszonego rozwoju dziecka po urodzeniu. Programy prenatalnej stymulacji podnoszą aspiracje rodziców w tym względzie, motywując ich do ćwiczeń z dzieckiem, aby po urodzeniu wcześniej niż rówieśnicy opanowywało różne umiejętności. Nie jest to właściwe

podejście wychowawcze, gdyż zbyt wybujałe oczekiwania rodziców względem dziecka grożą im rozczarowaniem oraz przyjęciem niewłaściwych postaw rodzicielskich typu nadmiernych wymagań i ścisłej kontroli dziecka. Taki pozycjonalny styl wychowawczy, charakteryzujący się postawą „nad dzieckiem" zamiast „z dzieckiem", uformowany już przed jego urodzeniem, źle rokuje na przyszłe odniesienia rodziców do dziecka (np. opóźnienie rozwoju mowy z powodu zbyt kontrolującego i wymuszającego stylu wychowania – Brzezińska i in., 1995).

Wydaje się, że podjęcie przez rodziców form stymulacji prenatalnej jest w głównej mierze realizacją uwewnętrznionych oczekiwań społecznych wobec osiągnięć rozwojowych dziecka, a w pewnym sensie może też być objawem projekcji ich własnych wysokich aspiracji i oczekiwań wobec siebie. Akceptowany w pewnych kręgach styl życia nastawiony na wybitne osiągnięcia, może powodować „gorączkę wychowawczą" rodziców, którzy już nie mogą doczekać się osiągnięć swojego dziecka. Stymulacja prenatalna daje im poczucie, że zrobili wszystko, co możliwe, aby zoptymalizować jego rozwój i teraz tylko dziecko powinno odwdzięczyć się im odpowiednio szybkim tempem rozwoju poszczególnych umiejętności. Taka postawa nie jest pożądana z wychowawczego punktu widzenia i dlatego propagowanie różnych form kontaktu z dzieckiem jako prenatalnej stymulacji może przynieść negatywne efekty zarówno dla dziecka, jak i rodziców.

Tabela 1. Porównanie charakterystycznych cech komunikacji i stymulacji prenatalnej

Komunikacja prenatalna	**Stymulacja prenatalna**
Dziecko traktowane podmiotowo	Dziecko traktowane przedmiotowo
Interakcyjny styl wychowawczy	Pozycjonalny styl wychowawczy
Postawa „z dzieckiem"	Postawa „nad dzieckiem"
Interakcja społeczna – dwustronna	Jednostronne oddziaływanie otoczenia na dziecko
Motywem – kontakt społeczny	Motywem – wywoływanie zmian rozwojowych
Akcent na „bycie z dzieckiem"	Akcent na osiągnięciach dziecka
Koncentracja na „tu i teraz"	Koncentracja na postnatalnej przyszłości
Brak konkretnych oczekiwań wobec dziecka	Konkretne oczekiwania wobec efektów uczenia się
Okres prenatalny okresem kontaktu i zabawy z dzieckiem	Okres prenatalny okresem uczenia dziecka przez rodziców
„Prenatalny maminy grajdołek"	Prenatalny uniwersytet
Radość z kontaktu z dzieckiem	Radość z osiągnięć dziecka
Radość z istnienia dziecka – miłość bezwarunkowa	Radość z tego, jakie dziecko jest – miłość warunkowa
Większość niespecyficznych zachowań rodziców	Specyficzne zachowania z użyciem przyrządów, np. „walkmana dla płodu"

Rozwojowe znaczenie dla rodziców prenatalnej komunikacji z dzieckiem

Przegląd podręczników z zakresu pedagogiki (np. andragogiki) pozwala na sformułowanie twierdzenia, iż zbyt mało miejsca poświęca ona kreacyjnym możliwościom rodzicielstwa, stawiając je na równi a nawet umniejszając, w porównaniu z zaangażowaniem w aktywność seksualną, dokształcanie, pracę zawodową, sport i inne sposoby spędzania czasu wolnego, działalność społeczną i polityczną (por. Turos, 1999, np. s. 128, 260[21]). Sfera rodzicielskiego zaangażowania, zwłaszcza we wczesnym okresie rozwojowym dziecka, nadal nie jest dostatecznie doceniana, co sprawia wrażenie, że rodzice tylko dają, nie otrzymując nic w zamian w procesie wychowania dziecka. Świadczy również o niedocenianiu rozwojowego znaczenia rodzicielskiego zaangażowania na tle innych obszarów aktywności dorosłych (świat pracy zawodowej i społecznej, nauki, sztuki, rozrywki, polityki). W działalności pozarodzinnej widzi się główne źródło osiągania dojrzałości psychicznej, rozwoju duchowego, życiowego sukcesu i osobistego szczęścia.

Już H. Radlińska (1947), przekonana o plastyczności psychicznej i całożyciowym procesie rozwoju człowieka, w swojej koncepcji wychowania ludzi dorosłych wskazywała na rodzicielski stosunek do biologicznej odnowy życia, jako na najcenniejszą cechę dorosłości. Realizacja „oświeconego instynktu rodzicielskiego" wyzwala, jej zdaniem, przeobrażenia duchowe i rozwój osobowości. Dorośli mają obowiązek pracy nad sobą, doskonalenia się, zdobywania nowych doświadczeń, wiedzy i umiejętności (tamże, s. 11-13). Nawiązując do poglądów Radlińskiej, można by powiedzieć, że edukacja prenatalna motywująca rodziców do podjęcia wychowania dziecka od poczęcia jest zgodna z „instynktem rodzicielskim", z ich potrzebami (nawet nieuświadomionymi), z ich zadaniami życiowymi, a tym samym jest czynnikiem wspierającym ich rozwój osobisty. Aktywność rodziców w zakresie wychowania dziecka już przed urodzeniem jest aktem kreatywnym, gdyż tworzy wartości osobowe w drugim człowieku, a tym samym rozwija je w nich samych.

Społeczny kontekst wspólnoty osób: matka – ojciec – dziecko prenatalne umożliwia ciągle zmieniające się formy interakcji, której charakter jest rozwojowy dla każdej z tych osób i skłania do wychowywania siebie. Towarzyszenie dziecku w prenatalnym rozwoju jest szansą dla budujących i rozwijających człowieka doświadczeń. Wymagania stawiane przez tę specyficzną sytuację (jak też przez wszystko, co związane jest z prokreacją) zawierają duży ładunek wychowawczy – stymulują do rozwoju dojrzałej osobowości, doskonalenia się, samorozwoju, samokształcenia i samowychowania.

Podjęcie tej szansy rozwoju wymaga zainwestowania czasu i własnego zaangażowania w kontakt z dzieckiem, w twórcze poszukiwanie coraz to nowych różnorodnych form wzajemnego porozumiewania się i wyrażania dziecku swych uczuć.

[21] Autor przyznaje, że „poszczególne dyscypliny andragogiczne nie rozwijają się równomiernie", „w wielu dziedzinach mamy jeszcze białe plamy" (Turos, 1999, s. 261).

Oznacza też, że rodzic-wychowawca jest otwarty na nowe doświadczenia, jakich może mu dostarczyć kontakt z dzieckiem prenatalnym. Sytuacja ta otwiera go na nieprzewidywalne widoki własnego rozwoju; może wzrastać i kształtować w sobie nowe zdolności; odważnie wyzbyć się tego, co jest rutyną i przyzwyczajeniem; ukierunkować się na drugiego człowieka z niespotykaną do tej pory dozą empatii.

Poczęcie dziecka oraz podjęcie przez rodziców kontaktu z nim inicjuje niezliczoną liczbę okazji do aktualizacji swoich potencjalnych możliwości, ujawnienia się nowych zdolności i przymiotów (np. wrażliwości uczuciowej, empatii, cierpliwości, czułości, tkliwości, pozawerbalnego porozumiewania się), nabycia nowych umiejętności (np. związanych z kompetencjami rodzicielskimi, komunikacją z dzieckiem), ukształtowania wartościowych postaw i podjęcia pozytywnych działań. Uczestniczenie w sposób świadomy i czynny w rozwoju nowego człowieka i zapewnianie mu już w okresie prenatalnym „odżywczego uczuciowo" środowiska życia, nadaje specyficzny koloryt uczuciowości, stanowi dla każdej osoby uczestniczącej w kontakcie specyficzną „szkołę miłości" i stwarza szczególną szansę psychospołecznego i psychoseksualnego rozwoju. Ta unikalna sytuacja prenatalnej relacji JA–TY zapewnia doświadczenie „całości", pełności, spełnienia, zakotwiczenia. Wymaga też, by „więcej być, niż mieć".

Spotkanie z dzieckiem prenatalnym poprzez różne formy kontaktu z nim stwarza unikalną okazję do spotkania ze sobą samym, gdyż każdy z nas był też kiedyś taki mały. Poczęcie dziecka wprowadza rodziców w świat jego doznań, ale też własnych wspomnień i tęsknot, inicjuje powrót do osobistej przeszłości, nadaje sens własnemu dzieciństwu i całemu życiu, które minęło (zmiana swego stosunku do doświadczonych w dzieciństwie konfliktów, deprywacji i zranień), usposabia do przepracowania stosunku do własnych rodziców i okazania im wdzięczności.

Rodzice podejmując prenatalne formy wychowania dziecka od pierwszych chwil jego życia (a nie od urodzenia – por. np. Dryll, 2003, s. 146), traktują go jako osobę i przypisują mu ludzkie potrzeby, pragnienia, myśli i uczucia. Ta personalizacja dziecka skłania ich do większej troski o jego zdrowie i przestrzegania zaleceń higienicznych, żywieniowych i lekarskich, co, jako styl koncentracji na zaspokajaniu potrzeb dziecka, stanowi fundament ich rodzicielskiej troski o niego po urodzeniu. Traktowanie dziecka jako osoby skłania ich też do komunikacji werbalnej z nim, do wymiany myśli w językowy sposób.

Oprócz wspomnianej już roli językowych komunikatów dla rozwoju psychicznego dziecka, jego zdolności odpowiadania na nie już po urodzeniu (noworodek partnerem w dialogu z rodzicami, co jest niezmiernie stymulujące do zacieśniania więzi z nim), mają one również znaczenie dla samych rodziców. Prenatalna komunikacja werbalna odbywa się bowiem za pomocą tzw. pseudodialogów, w których rodzice (bliscy, np. rodzeństwo) rozmawiają z dzieckiem, stając w jego pozycji i samemu odpowiadając sobie na stawiane dziecku pytania (por. Schaffer, 2005), a to ogromnie rozwija ich zdolności empatii, odczytywania sygnałów, jakie emituje noworodek, rozumienia jego potrzeb, odpowiadania na nie w zróżnicowany sposób,

a jednocześnie jest dla nich nagradzające i daje im poczucie spokoju, kompetencji i bycia „dostatecznie dobrymi rodzicami".

Poza tym, wchodząc w komunikację z dzieckiem, rodzice starają się zrozumieć potrzeby dziecka i wyjść im naprzeciw. W ten sposób na długo przed jego urodzeniem kształtują w sobie tę ważną sprawność rodzicielską – rozumienia dziecka, jego potrzeb i reakcji, rozumienia znaczenia tego, co dziecko chce przekazać w pozajęzykowy sposób. Poszukiwanie sposobów zrozumienia przejawów funkcji fizjologicznych i psychicznych (co oznacza dana reakcja, np. silne długotrwałe kopnięcia, brak ruchów), wczuwanie się w jego stany emocjonalne (czy jest zadowolone, niespokojne, napięte, odczuwa przyjemność czy lęk), odgadywanie potrzeby zmiany jego nastroju (czy nie potrzebuje uspokojenia, zaktywizowania?) i wyszukiwanie sposobów wpływania na jego samopoczucie (jak je uszczęśliwić, jak dać mu znać, żeby się nie martwił razem ze mną) – uczy rodziców dziecka. Przy czym uczy ich nie tylko tego oto dziecka, ale również rozumienia i empatii, adekwatnej reaktywności emocjonalnej jako właściwości psychicznych. Rodzice dzięki temu lepiej funkcjonują w rolach rodzicielskich, łatwiej radzą sobie z rodzicielskimi zadaniami (np. łatwiej im również rozumieć i wczuwać się w przeżycia zbuntowanego nastolatka, z którym kontakt werbalny jest trudny) oraz w relacjach interpersonalnych.

Rodzice wchodząc w kontakt z dzieckiem prenatalnym, mają wyobrażenia i wstępną wiedzę co do tego, jak dziecko wygląda, jakie ma potrzeby, co czuje i potrafi. W miarę zaangażowania w kontakt z nim, odkrywając, „jakie ono jest", przypisując określonym reakcjom dziecka funkcję komunikowania stanów emocjonalnych i potrzeb, rodzice zdobywają „prywatną teorię o życiu dziecka prenatalnego" – dopracowują się sądów o dziecku, rozumienia go, a to buduje ich system oczekiwań wobec niego. System ten jest bardzo istotny w przebiegu interakcji rodziców z dzieckiem, gdyż podlega on mechanizmowi samospełniania się. Rodzice bezwiednie tak się zachowują i takie znaczenia nadają zachowaniom dziecka, że ich oczekiwania względem interakcji z nim spełniają się (efekt Rosenthala lub Pigmaliona, por. Dryll, 2003, s. 147).

Nie wiemy dokładnie, w jaki sposób dochodzi do przekazania dziecku oczekiwań rodziców (zwłaszcza ojca, rodzeństwa), jaki jest mechanizm automatycznego „zarażania się" dziecka emocjami otoczenia, ale istnieją dowody na to, że oczekiwania rodziców w toku interakcji z dzieckiem zostają przez nie odczytane i jego reakcja jest zgodna z oczekiwaną (np. dziecko podsuwa się pod powłoki brzuszne w miejscu, gdzie ojciec położył rękę w oczekiwaniu na taką właśnie jego reakcję).

Wychowawcze znaczenie prenatalnej interakcji z dzieckiem dotyczy również innych osób, które wchodzą w relacje z nim, np. babci, dziadka, rodzeństwa, osób bliskich rodzinie. Częstotliwość, rodzaj i treść różnych form kontaktów członków rodziny z dzieckiem prenatalnym ma wieloaspektowe znaczenie dla ich osobistego rozwoju. Każdy zyskuje coś innego, zależnie od okresu własnego rozwoju.

Stosunek uczuciowy bliskich do dziecka przez okres oczekiwania na jego urodzenie ma również znaczenie dla jakości ich oddziaływania wychowawczego po

urodzeniu. Jeśli rodzice, chociaż nieraz z trudem, zaakceptują pojawienie się dziecka, otoczą go ciepłymi uczuciami i pogodnymi myślami, to mają szansę na rozwój bogactwa uczuć rodzicielskich, które będą nie tylko ważnym kapitałem dla dziecka, ale również znaczącym czynnikiem ich osobistego rozwoju. Uczucia te, w miarę kontaktów z dzieckiem, będą wzbogacane o nowe treści i dostosowane do wyzwań kolejnych okresów rozwojowych.

III. Edukacja prenatalna jako przedmiot i cel pedagogiki prenatalnej

Obecny rozdział obejmuje zagadnienia związane z edukacją prenatalną i proponuje rozwinięcie jej rozumienia, by można było uzasadnić włączenie nie tylko edukacji prenatalnej, ale i teorii wychowania prenatalnego, do wyodrębniającej się pedagogiki prenatalnej[22].

1. Edukacja prenatalna na tle współczesnego dyskursu humanistycznego

Edukacja prenatalna jest tematem coraz częściej podejmowanym w literaturze. Jednocześnie jest ona różnorodnie rozumiana i różne jej formy służą odmiennym celom. Najogólniej można powiedzieć, że obejmuje ona poznanie, gromadzenie i rozpowszechnianie wiedzy (informacji naukowej), głównie medycznej i psychologicznej, dotyczącej problemów seksualnych i prokreacyjnych, zaś w mniejszym stopniu odnosi się do dziecka przed urodzeniem oraz warunków i czynników zagrażających rozwojowi lub wspierających i optymalizujących jego harmonijny rozwój fizyczny i psychiczny w pre- i perinatalnym okresie życia.

Na terenie pedagogiki edukacja prenatalna jest najczęściej traktowana jako element edukacji zdrowotnej, pedagogiki zdrowia, andragogiki, pedagogiki rodziny. W literaturze medycznej jest ona określana jako edukacja przedporodowa, forma edukacji prozdrowotnej, a prowadzenie jej jest łączone z pracą nie tylko ginekologa i położnika, ale przede wszystkim lekarza rodzinnego, odpowiedzialnego za profilaktykę patologii rodziny i promocji zdrowia (Oppenheim, 1997).

Tak rozumiana edukacja prenatalna jest skierowana do ludzi dorosłych lub szerzej – do tych, którzy wchodzą w rolę rodzicielską – przygotowują się do małżeństwa, planują poczęcie dziecka lub już oczekują na jego urodzenie. Edukacja prenatalna

[22] Ten rozdział książki jest zmodyfikowaną wersją rozdziału w publikacji Kornas-Bieli (2005b).

jest dotychczas najczęściej zawężana do dostarczania wiedzy i usprawniania w potrzebne kompetencje tzw. „przyszłych rodziców", czyli tych, którzy bezpośrednio przygotowują się do poczęcia i tych, którzy już oczekują na urodzenie dziecka. Jest ona najczęściej realizowana w ramach tzw. oświaty dorosłych. Stanowi też przedmiot studiów na poziomie uniwersyteckim.

Osiągnięcia współczesnych badań naukowych, jak też zapotrzebowanie społeczne przyczyniają się do dostrzeżenia konieczności poszerzenia przedmiotu i celów edukacji prenatalnej. Wydaje się, że może ona być rozumiana szerzej, nie tylko jako przekaz wiedzy i umiejętności związanych z procesami prokreacyjnymi osobom bezpośrednio tym zainteresowanym, ale jako element całokształtu zabiegów mających na celu takie wychowanie człowieka, aby był zdolny realizować swoją płciowość w służbie miłości w ramach małżeństwa i rodziny (Rostowski, 1987), otwierając się tym samym na przyjęcie daru życia nowej istoty ludzkiej i podjęcie wychowania jej od poczęcia.

Edukacja prenatalna nie powinna ograniczać się do „rodziców w ciąży", uczestników różnego typu szkoleń przedporodowych, ale poszerzać przedmiot swoich zainteresowań do przekazu wiedzy, postaw i umiejętności związanych z realizowaną prokreacją, niezależnie od wieku odbiorcy, osoby edukatora czy formy przekazu. Nauczająca i popularyzatorska działalność powinna być skierowana zarówno do środowiska medycznego, jak i samych rodziców oraz do dzieci i ludzi młodych, niebędących rodzicami.

Terenem zainteresowania tak rozumianej edukacji prenatalnej są działania edukacyjne o charakterze kształcenia i samokształcenia (szkolnego, równoległego, poszkolnego, ustawicznego), podejmujące problematykę prokreacyjną i prenatalną, kierowaną do dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Edukacja prenatalna w tym rozumieniu jest nauką skoncentrowaną na kształtowaniu tych, którzy poprzez swoje postawy, zachowania, przeżycia będą mieli lub mają wpływ na wczesny rozwój dziecka, a zwłaszcza na rodzinę w procesie prokreacji, w tym na matkę, gdyż to ona jest pierwszym pracownikiem ochrony zdrowia rodziny (Słomko, 1985, 1986, s. 16). Etapem, w którym występuje szczególne zapotrzebowanie na edukację prenatalną, jest cały okres prokreacyjny życia kobiety, zwłaszcza przed urodzeniem pierwszego dziecka.

Nowe wyzwania, jakie stają przed edukacją, związane są z poszerzeniem jej zadań oświatowych o zadanie przygotowania dzieci, młodzieży i dorosłych do dojrzałych zachowań prokreacyjnych oraz do roli wychowawców dziecka w najwcześniejszej fazie życia. Edukacja prenatalna zawiera więc nie tylko cele ściśle edukacyjne, związane z nauczaniem, przekazem wiedzy i kształtowaniem umiejętności, ale też cele formacyjne i wychowawcze. Mamy więc tu do czynienia z propozycją poszerzenia rozumienia edukacji prenatalnej o przygotowanie rodziców do roli wychowawców prenatalnych oraz edukacyjne towarzyszenie im w doświadczeniach prokreacyjnych i w kształtowaniu więzi z dzieckiem poprzez prenatalną komunikację z nim. Wydaje się, że „wychodząca na światło dzienne" pedagogika prenatalna może

poszerzyć rozumienie edukacji prenatalnej o te aspekty i włączyć ją w przedmiot swego zainteresowania. Tak rozumiana edukacja prenatalna wiąże się z troską o przygotowanie dzieci i młodzieży do życia w rodzinie poprzez kształtowanie warunków sprzyjających dojrzewaniu osobowości. Jedynie bowiem dojrzała osobowość umożliwia satysfakcjonujące funkcjonowanie w małżeństwie oraz pozytywne spełnianie zadań rodzicielskich (Rostowski, 1987, 1990; Rostowska, 2003a, b).

Rodzicielstwo nie zaczyna się bowiem od urodzenia dziecka, a tym bardziej nie, jak to sugeruje mentalność kultury zachodniej przełomu wieków XX i XXI, od decyzji rodziców, że są rodzicami (np. po odczuciu pierwszych ruchów dziecka przez matkę, po urodzeniu)[23]. Wzrastająca wiedza w społeczeństwie dotycząca prenatalnego rozwoju człowieka wyzwala zmianę w świadomości z „bycia w ciąży" w „bycie matką" i „bycie ojcem" oraz potrzebę lepszej troski o dziecko, także bardziej dojrzałe przeżycie wczesnego etapu rodzicielstwa. To zaś rodzi zapotrzebowanie na edukację i profesjonalne wsparcie ze strony służb psychologiczno-pedagogicznych.

Biorąc pod uwagę tak wiele niewłaściwych postaw wobec dziecka prenatalnego we współczesnym świecie oraz znaczenie prokreacji w życiu człowieka, ważne staje się przeciwdziałanie temu wszystkiemu, co nie pozwala optymalnie wykorzystać doświadczeń prokreacyjnych dla rozwoju dojrzałej osobowości oraz stworzyć sprzyjające warunki do pozytywnego rozwoju dziecka. Edukacja prenatalna powinna propagować ideę tzw. wczesnego rodzicielstwa, czyli aktywnego zaangażowania na rzecz dziecka od rozpoznania jego poczęcia, a nawet poprzez przygotowanie się do poczęcia. Postawa ta wynika ze świadomości, że możliwość poczęcia i jakość zdrowia dziecka zależą m.in., od wielu czynników prekoncepcyjnych, działających na wiele miesięcy a nawet lat przed poczęciem dziecka.

Małżonkowie, zanim zaproszą dziecko na świat, mogą już z rodzicielską troską podjąć starania, by stworzyć jak najlepsze warunki do jego poczęcia i rozwoju. Mogą więc już czuć się rodzicami dziecka, które zamierzają począć. Takie podejście wpisuje się w tradycję pedagogiki dorosłych, nieograniczającej swego zainteresowania do nauki o wychowaniu dzieci i młodzieży, ale rozwijającej problematykę wychowania człowieka dorosłego poprzez oświatę i edukację oraz proces samowychowania.

Rozwój edukacji prenatalnej powinien zmierzać do pobudzania świadomości społecznej w zakresie psychologicznych aspektów procesów prokreacyjnych, psychogennego podłoża trudności i niepowodzeń w prokreacji, psychofizycznego rozwoju dziecka przed urodzeniem (m.in. jego kompetencji i potrzeb), rozwojowego znaczenia doświadczeń pre- i perinatalnych dla całego życia człowieka oraz propagowania zmian w zakresie opieki przed- i okołoporodowej.

[23] Coraz częściej bowiem staje się popularny pogląd, że rodzicielstwo jest konsekwencją świadomej decyzji o podjęciu się tej roli, nie jest zaś wyznaczone faktem poczęcia dziecka, a nawet jego urodzenia. Rodzicem byłby więc nie ktoś, z którego materiału genetycznego dziecko się poczęło lub kto je urodził, ale kto podjął decyzję: „jestem rodzicem" tego dziecka. Decyzję tę, niestety, można także odwołać.

Wszelkie formy edukacji prenatalnej prowadzone zgodnie z omówionym wyżej „nowym podejściem" mają na celu nie tylko przekaz medycznej i higienicznej wiedzy oraz umiejętności związanych z okresem ciąży, porodu i połogu, opieki nad niemowlęciem i zapobiegania niepowodzeniom prokreacji, ale również rozpowszechnianie wiedzy dotyczącej rozwoju psychofizycznego dziecka przed urodzeniem, form i znaczenia komunikacji prenatalnej, psychologicznych i społecznych aspektów ciąży, porodu i okresu po urodzeniu dziecka. Obejmuje ona również informacje dotyczące prawidłowości rozwoju, warunków i czynników zagrażających, jak też wspierających oraz optymalizujących harmonijny fizyczny i psychiczny rozwój człowieka w pre- i perinatalnym okresie życia.

2. Zasadność szerszego rozumienia edukacji prenatalnej

W kontekście nasilającego się od kilkudziesięcioleci procesu „starzenia się" społeczeństw krajów rozwiniętych, wynikającego z obniżania się liczby rodzących się dzieci, coraz większego znaczenia nabierają wszelkie oddziaływania zmierzające do kształtowania motywacji do rodzicielstwa, ukazywania jego sensu i znaczenia jako szansy osobistego rozwoju, przygotowania do niego, by nie budziło ono lęku, optymalizacji wczesnego rozwoju dziecka i procesu jego rodzenia oraz wczesnej opieki nad noworodkiem, zwłaszcza gdy jest on włączony do grupy ryzyka ze względu na stan swego zdrowia. Nie chodzi tu tylko o profilaktykę zgonów i zaburzeń, istotną szczególnie, gdy dzieci jest mało, ale też o zapewnienie szczęśliwego dzieciństwa od poczęcia i szczęśliwego rodzicielstwa, – co jest działaniem o wielorakich konsekwencjach społecznych.

Kształcące i profilaktyczne znaczenie proponowanego poszerzenia zadań pedagogiki prenatalnej jest szczególnie istotne, gdyż zmiany cywilizacyjne XX wieku spowodowały, że przekaz z rodziny pochodzenia wzorców przeżywania procesów prokreacyjnych oraz podejmowania związanych z nimi ról jest słabszy. Wzrastanie w rodzinie nuklearnej, brak młodszego rodzeństwa i doświadczeń opieki nad nim, brak możliwości kontaktu z małymi dziećmi we własnym dzieciństwie, ograniczone wzorce pełnienia ról rodzicielskich i możliwości zabaw identyfikacyjnych oraz zróżnicowanych płciowo zabaw w role – zmniejsza poczucie kompetencji rodzicielskich i powoduje niechęć do podjęcia tych ról oraz lęk przed dzieckiem. Stąd, młodym ludziom, mniej obecnie dojrzałym i przygotowanym do podjęcia funkcji rodzicielskich, potrzebne są różne formy zdobywania wiedzy i umiejętności pomocnych we właściwym przeżyciu ciąży i porodu oraz w pielęgnacji noworodka, różne formy psychologiczno-pedagogicznego przygotowania do prokreacji.

Dla pokolenia młodych ludzi wychowanych „z kluczem na szyi", poziom ich funkcjonowania w roli rodzica dziecka prenatalnego zależy w dużym stopniu od jakości edukacji prenatalnej, od jakości dostarczanej im wiedzy i wzorów zachowań

oraz od dostępności konkretnych form wsparcia w pełnieniu tej roli. Nie do przecenienia jest wcześnie i właściwie prowadzona edukacja prenatalna wobec tych, którzy z własnych rodzin, nuklearnych i małodzietnych, nie wynieśli doświadczeń z opieki nad rodzeństwem oraz z obserwacji opieki dorosłych nad małymi dziećmi. Pokolenie to sygnalizuje potrzebę zdobycia wiedzy i umiejętności koniecznych do zabezpieczenia jak najlepszego rozwoju potencjalnych możliwości dziecka, zwłaszcza że jedno lub dwurazowy wysiłek prokreacyjny ma być natychmiast zwieńczony sukcesem urodzenia nie tylko zdrowego, ale też „udanego" dziecka, zaspokajającego wyobrażenia i aspiracje rodziców.

Jednocześnie, nawet gdy wszystko przebiega pomyślnie i prokreacja dotyczy młodych, którzy wyszli z pełnych i funkcjonalnych rodzin, mając doświadczenie uczestniczenia w przełomach prokreacyjnych swoich rodziców (np. u starszego rodzeństwa w rodzinach wielodzietnych), to jednak rozwój różnych form edukacji prenatalnej wychodzi naprzeciw również ich oczekiwaniom, gdyż pragną oni znaleźć swoje własne sposoby zaangażowania się w te procesy, zwłaszcza że obecny kontekst doświadczeń prokreacyjnych (możliwości, oferty, zagrożenia) jest zupełnie inny od tego, znanego ich rodzicom. Odwoływanie się do doświadczeń praktycznych pokolenia rodziców, których własne doświadczenia prokreacyjne były naznaczone zmedykalizowaniem ciąży i porodu, przedmiotowym traktowaniem kobiety ciężarnej, upowszechnieniem aborcji jako nic nie znaczącego zabiegu, szpitalnym porodem z oddzieleniem matki od dziecka i lekceważącym stosunkiem do naturalnego karmienia – nie jest edukacyjnie korzystne.

Pedagogika musi również zwrócić uwagę na oczekiwania młodych ludzi, którzy wchodząc w rodzicielstwo, mogą korzystać z archaicznej wiedzy dotyczącej „rozwoju ciąży" i przestarzałych postaw wobec ciąży i porodu pokolenia wychowanego na biologiczno-medycznym paradygmacie podejścia do prokreacji. Dlatego szczególnie teraz, gdy wiedza o życiu prenatalnym może być rodzicom udostępniana, gdy istnieją możliwości doświadczania rodzicielstwa od poczęcia, naturalnego i rodzinnego porodu oraz nawiązania nieprzerwanych bliskich relacji z dzieckiem od chwili jego urodzenia wraz z podjęciem karmienia piersią, tak ważne jest włączenie się pedagogiki w nurt kształcenia i wychowania dorosłych w tej dziedzinie.

Również zmiany w upowszechnianiu coraz większej liczby ofert dotyczących specjalistycznych form pomocy medycznej, stawiają przed rodzicami coraz większe wymagania co do ich kompetencji. Młodzi ludzie konfrontują się z koniecznością ustawicznego dokształcania się, poszerzania wiedzy i umiejętności (np. w związku z ofertami dostępnych usług). Proces permanentnego kształcenia w tym zakresie obejmuje komplementarne formy kształcenia formalnego w ramach nauki szkolnej, nieformalnego, odbywającego się poprzez kursy, seminaria, szkolenia, oraz incydentalnego, będącego skutkiem różnych wpływów środowiska, w tym mediów oraz własnej aktywności człowieka związanej z samokształceniem.

Wyzwaniem dla rozwoju różnych form edukacji prenatalnej jest nie tylko deficyt wyniesionych z dzieciństwa wzorców zachowań na różnych etapach prokreacji, ale

również obiektywna trudność w liczeniu na pomoc najbliższych. Zawodzi nie tylko intuicja rodzicielska, ale też dostępność bezpośredniej pomocy otoczenia. Zmiany społeczne w postaci migracji ludności, urbanizacji, atomizacji życia, uprzemysłowienia, przebywania przez większość dnia poza domem, spowodowały osłabienie, a nawet zerwanie więzi rodzinnych i międzypokoleniowych, a tym samym deficyt wsparcia ze strony innych osób oraz ceremonii, rytuałów, zwyczajów religijnych i obyczajowych, koniecznych w radzeniu sobie z problemami, jakie wnosi prokreacja. Zadania, jakie stoją przed rodzicami (lub samotnym rodzicem) borykającymi się z trudami życia, przewyższają ich możliwości adaptacyjne i wywołują lęk przed dzieckiem, niedojrzałe formy reagowania w sytuacji poczęcia, niewłaściwe postawy wobec procesów prokreacyjnych i dziecka.

Ważne jest też uzmysłowienie dorosłym potrzeby dokształcania i umotywowanie ich do wzbogacania swojego doświadczenia rodzicielskiego. Niewątpliwie najlepszym czasem gwarantującym gotowość do przyswojenia wiedzy i umiejętności, jest okres planowania poczęcia, a zwłaszcza oczekiwania na urodzenie dziecka. Oczywiście, kształcenie i samokształcenie w tej dziedzinie ma również wartość wychowawczą dla rodziców. Permanentne samokształcenie i kształcenie podejmowane przez młodzież i dorosłych, aby coraz dojrzalej przeżywać wczesny (przedporodowy) etap rodzicielstwa i wywiązać się ze swojej rodzicielskiej odpowiedzialności w tym zakresie, musi stać się przedmiotem zainteresowania pedagogiki. Takie właśnie zadania, i nie tylko, stoją przed edukacją prenatalną, która wchodzi w zakres pedagogiki prenatalnej.

Włączenie poszerzonego rozumienia edukacji prenatalnej w ramy pedagogiki prenatalnej zdaje się być logiczną konsekwencją faktu, iż rodzące się dziecko ma za sobą dziewięć miesięcy intensywnego rozwoju, w czasie którego następuje kształtowanie się podwalin jego osobowości i umysłu i nie jest obojętne, jakie doświadczenia będą jego udziałem. Już w tym okresie życia człowiek jest podmiotem nie tylko opieki ze strony rodziców, ale również oddziaływań wychowawczych. Niezależnie od intencjonalnie podejmowanych oddziaływań, wszelkie formy kierowanej wobec niego opieki, jak i kontakty z nim oraz przeżycia najbliższych związane z jego osobą, mają również walor wychowawczy dla dziecka i osób oczekujących na jego urodzenie.

Edukacja prenatalna powinna więc obejmować zarówno rodziców, jak i najbliższych (rodzeństwo, dziadków, osoby znaczące dla rodziny), aby mogli tworzyć środowisko pozytywne dla rozwoju i życia dziecka. Powinna ona rozpocząć się przed jego poczęciem i być wprzęgnięta w proces przygotowania do roli rodzicielskiej na terenie własnej rodziny i w czasie edukacji szkolnej. Nie do przecenienia jest również w tym zakresie rola środków społecznej komunikacji oraz polityki prorodzinnej państwa, które tworzą ogólny klimat społeczny dla prokreacji i rodzicielstwa. Powinien on sprzyjać radosnemu otwarciu na każde nowe życie i wejściu z entuzjazmem w rolę macierzyńską i ojcowską już w prenatalnym okresie życia dziecka.

3. Edukacja rodzeństwa – zaniedbane pole edukacji prenatalnej

Edukacja prenatalna powinna zmierzać do wychowania człowieka i realizować swój dalekowzroczny cel, którym jest zdolność do miłości wyrażającej się w darze z siebie dla drugiego, w tym również dla dziecka prenatalnego[24]. W tym kontekście nasuwa się pytanie: „Czy tego wszystkiego da się nauczyć w ramach realizacji przedmiotu zwanego edukacją seksualną?" Jeśli pytanie to określiliśmy jako retoryczne, to znaczy, że to nie szkoła, lecz przede wszystkim dom rodzinny jest tym miejscem, w którym powinno odbywać się wychowanie do integralnego przeżywania płciowości, prokreacji oraz nabywanie umiejętności przeżycia wydarzeń prokreacyjnych jako rozwojowych dla siebie i innych (por. Michalski, 1999). Rodzice mają nie tylko prawo, ale i obowiązek wychowania dziecka od poczęcia do dojrzałej postawy wobec prokreacji i dojrzałego przeżywania prenatalnego okresu życia swojego potomstwa (a ich wnuków w przyszłości). Formy edukacji prenatalnej zmieniają się na każdym etapie życia człowieka (Kornas-Biela, 1997e, 2005c).

Szczególnie korzystnym okresem dla edukacji prenatalnej jest czas oczekiwania na urodzenie rodzeństwa. Badania psychologiczne dokumentują, iż zwłaszcza pojawienie się drugiego dziecka w rodzinie możeć u pierwszego w czasie ciąży matki wywoła zmiany w zachowaniu, np. różne trudności wychowawcze, napady złego humoru, gniewu i złości, kurczowe trzymanie się matki, zaburzenia snu (Harris, John, Sharp, 1989), zahamowania rozwoju fizycznego i psychicznego, zachowania regresywne (moczenie się), zaburzenia jedzenia, psychosomatyczne (Lemoine, 2003, s. 150-151, 157-158). Nawet małe dzieci wyczuwają zmianę, ich wrażliwość pozwala domyślać się pojawienia się „jeszcze kogoś" w rodzinie (tamże, s. 145-146).

Przeżycia dziecka zależą przede wszystkim od jakości jego relacji z matką, a na nią ma wpływ wiele czynników, wśród nich również uprzednie niepowodzenia prokreacyjne, analogiczne doświadczenia matki z jej dzieciństwa, jej postawa wobec dziecka prenatalnego i przywiązanie do niego, relacje z ojcem dziecka (Abarbanel, 1983), a nawet płeć dziecka. Matkom łatwiej zaobserwować emocjonalne problemy córek niż synów i zareagować na nie stosownym zachowaniem związanym z różnymi formami edukacji i komunikacji (np. Baydar, 1997).

Przygotowanie starszego rodzeństwa na urodzenie młodszego, to nie tylko nauczenie go koniecznej umiejętności społecznej, jaką jest panowanie nad zazdrością, złością i agresją, które to uczucia mogą się w tej sytuacji pojawić (Leniado, 2004), ale również przekazanie ważnych informacji co do tajemnicy życia, uformowanie postaw wobec spraw związanych z płciowością i prokreacją, nastawień i uczuć dziecka do siebie jako istoty płciowej, a więc potencjalnie prokreacyjnej (będziesz mamusią, tatusiem). Ważne, by dziecko odczuło zmianę życiową jako pozytywną nowość,

[24] Miłość jako dar z siebie zakłada branie odpowiedzialności za konsekwencje swoich działań, zdolność do wierności, zaufania, zachowania tajemnic, empatii, kontrolowania ekspresji uczuć, jak też zdolność do wyrzeczeń, poświęcenia, cierpliwości, przebaczania.

z którą związane jest zainteresowanie rodziców jego osobą (a nie tylko dzieckiem prenatalnym), okazanie mu czułości ze strony różnych członków rodziny, świętowanie jego „pasowania" na starszego brata lub siostrę (prezenty, gratulacje).

Ważne znaczenie wychowawcze mają rozmowy z dzieckiem na temat zmiany w życiu rodziny i zależnie od wieku oraz indywidualnej sytuacji przekazanie mu wiedzy o ciąży i porodzie, o dziecku prenatalnym i noworodku, usuwanie niepokojów dziecka, odpowiadanie na jego pytania i wątpliwości, okazanie szacunku dla jego przeżyć, wzmacnianie poczucia własnej wartości (rodzeństwo pomnoży miłość rodziców, a nie podzieli czy umniejszy, nie zastąpi dziecka rodzicom). Ogromną wartość edukacyjną jak też psychoterapeutyczną mają rozmowy z dzieckiem o życiu prenatalnym, wydarzeniach prokreacyjnych i małym dziecku na podstawie jego własnego dzieciństwa[25], w czasie których możemy odwołać się do wspomnień różnych członków rodziny, do pamiątek i zdjęć rodzinnych z tego okresu (Parker, Stimpson, 2003, s. 30-31).

Adaptacja psychiczna do faktu oczekiwania na urodzenie się rodzeństwa i jego pojawienia się angażuje wiele psychicznej energii dziecka i ma swój wyraz, m.in. w jego fantazjach, opowiadaniach, zabawach. Jednocześnie włączanie tematu posiadania rodzeństwa w twórczości, wytworach i zabawach jest spontanicznie podejmowaną przez dziecko próbą przepracowania trudnych emocji (niepokoju, zazdrości, napięcia), które wtedy się pojawiają. Radzenie sobie ze stresem urodzenia rodzeństwa (tzw. uraz detronizacyjny – np. Kasten, 1997) ujawnia się poprzez zmniejszenie intensywności zabaw z elementami fantazji, szczególnie u tych dzieci, u których występuje silne zaangażowanie w relacje rodzinne (Kramer 1996; Kramer, Schaefer-Hernan, 1994).

Jako jedną z form edukacji prenatalnej można zaproponować zabawy i gry oraz bajki tematyczne dotyczące opinii, uczuć, oczekiwań, potrzeb i obaw dziecka związanych z pojawieniem się rodzeństwa[26], jak też zabawy i opowiadania, w czasie których może być przekazana wiedza i kształtowane prawidłowe postawy wobec dziecka prenatalnego, matki w ciąży (np. rozumienie jej zmian nastrojów) oraz przyszłych relacji w rodzinie. Inną formą może być włączenie dziecka w przygotowania czynione w domu dla noworodka, np. zakupy wyprawki i sprzętów, remont i przemeblowywanie mieszkania. Pomocą dla dziecka może być również przeglądanie z rodzicami książek (np. Fijałkowski, Jędrzejewska-Wróbel, 2001; Fijałkowski, 2002), albumów (np. Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsén, 1985; Bryan, 1994; Nilsson, Hamberger, 1995; Reiner, 2001) lub filmów[27] oraz zdjęć z badań ultrasonogra-

[25] Np. rozmowy o oczekiwaniu rodziców na niego, jego rozwoju prenatalnym: „ty też byłeś kiedyś taki malutki", „na ciebie też tak czekaliśmy".

[26] Np. za pomocą lalek, kukiełek, pajacyków, zabawek, masek, przebierania, akcesoriów domowych dziecko może wymyślać historie, wyrażać swoje ambiwalentne uczucia, frustrację. Kramer (2006) sugeruje, iż takie wyładowanie emocji w zabawie tematycznej, która włącza fantazjowanie, służy pozytywnym relacjom między rodzeństwem.

[27] Np. film *Hej mamo, hej tato, hej wszyscy*, przygotowany na podstawie tekstu książeczki

ficznych, a nawet uczestniczenie wraz z rodzicami w takim badaniu, zobaczenie „przybysza" brata lub siostry na ekranie aparatu USG i posłuchanie bicia jego serca.

Bardzo ważną rolę spełnia włączanie rodzeństwa w niektóre formy komunikacji prenatalnej, np. rozmowy z dzieckiem prenatalnym, opowiadanie i czytanie mu bajek, pisanie pamiętnika ciążowego[28], pisanie listów lub układanie bajek dla rodzeństwa prenatalnego, słuchanie muzyki i śpiewanie dla niego piosenek lub granie na instrumencie, tańczenie z dzieckiem przytulonym do rodzeństwa w brzuchu mamy, różne formy pieszczot wobec rodzeństwa (np. głaskanie, masowanie, obejmowanie, pukanie, poklepywanie), odczytywanie znaczenia ruchów (np. czemu kopie, wystawia piąstkę, nie reaguje) i odwzajemnianie ich, różne formy twórczości ukazujące przeżycia dziecka (np. malowanie na brzuchu mamy) lub wykonywane dla rodzeństwa (np.: rysowanie, lepienie w modelinie, glinie, haftowanie), wspólne spacery, wybór imienia, przygotowanie ubranek, zakup akcesoriów dla dziecka, urządzanie miejsca w pokoju, do snu i kąpieli.

Dzięki tym formom bezpośredniego kontaktu z rodzeństwem dziecko ma jeszcze jedną okazję nie tylko do wyrażenia swoich ambiwalentnych lub wrogich uczuć, ale przede wszystkim do kształtowania pozytywnych odniesień i przywiązania do nowego przybysza jako wspólnika zabaw i towarzysza na chwile dobre i złe, a nie jako rywala lub intruza. Stopniowe włączanie dziecka prenatalnego w rytm życia rodziny umożliwia starszemu rodzeństwu myślenie o nim jako o realnej osobie, kształtowanie pozytywnych uczuć do niego i jego ochrony. Ma to niewątpliwie dalekosiężny walor wychowawczy i będzie miało wpływ na postawy wobec prokreacji oraz dzieci w życiu dorosłym.

W niektórych kulturach dzieci uczestniczą w porodzie. W cywilizacji zachodniej, w związku z okołoporodową hospitalizacją matek, odstąpiono od tego, ale obserwuje się wzrastającą tendencję, by wraz z aktywnym uczestnictwem ojca w porodzie, włączyć w jego przebieg również starsze rodzeństwo, przy czym forma jego obecności i roli do odegrania jest nadal dyskutowana. Obecność przy urodzeniu rodzeństwa nie powinna oczywiście oznaczać stałej obecności dziecka przy rodzącej matce, zwłaszcza w czasie badania położniczego lub w II fazie porodu (fazie skurczów partych), ale oznacza bliską dostępność do matki rodzącej, bardzo wczesny kontakt między rodzeństwem tuż po urodzeniu. Dzieci mające bliski kontakt z rodzącą matką i co dopiero urodzonym noworodkiem, okazują się być bardziej wrażliwe na potrzeby noworodka i częściej podejmują zachowania opiekuńcze wobec niego. Wspomnienia z urodzenia dziecka są pozytywnym doświadczeniem, ubogaconym

W. Breinholsta (1981), który słowami dziecka prezentuje w formie komiksu doświadczenia z okresu życia w łonie matki.

[28] Dziecko może go ozdabiać rysunkami lub prowadzić własny album, w którym maluje, pisze, wkleja do niego to, co związane z oczekiwaniem na urodzenie się rodzeństwa, z badaniami lekarskimi, z pobytem mamy w szpitalu (np. z powodu ewentualnych komplikacji, porodu) i pierwszymi kontaktami z noworodkiem.

uczuciami entuzjazmu, podekscytowania i radości, a sam poród jest oceniany jako ważne, ale normalne wydarzenie życiowe (pozbawione lęków o matkę – Del Giudice, 1986, s. 79).

Istnieje konieczność wypracowania różnego typu rekwizytów edukacyjnych dla rodziców i pedagogów (np. pracujących w przedszkolach) oraz dla samych dzieci, które służyłyby w zapoznawaniu z problemami ciąży, porodu, prenatalnego rozwoju a także opieki nad niemowlęciem, jak też opracowania metod diagnostyki problemów dziecka oraz wychowawczego i terapeutycznego oddziaływania w czasie, gdy oczekuje urodzenia rodzeństwa[29]. Szczególnym wsparciem mogłyby służyć szkoły rodzenia prowadzone jako „szkoły rodzicielstwa" (Kornas-Biela, 2007g). Rozszerzałyby swoją ofertę dla rodziców o teoretyczne i praktyczne zajęcia rozwiązujące wątpliwości rodziców oraz podnoszące ich kompetencje, np. w prowadzeniu rozmów ze starszym dzieckiem, w reagowaniu na powstające trudności wychowawcze, w radzeniu sobie z zaburzeniami zachowania dziecka oraz z własnymi emocjami.

Chodzi o to, by rodzice potrafili tak wykorzystać ciążę, poród, połóg, laktację oraz opiekę nad niemowlęciem, by dziecko miało nie tylko szansę zdobycia stosownej dla niego wiedzy, ale również rozwoju osobowego, zwłaszcza w zakresie identyfikacji i tożsamości płciowej, akceptacji siebie jako istoty płciowej i związanej z tym roli (jestem dziewczynką, kiedyś będę matką, jestem chłopcem, kiedyś będę ojcem). Z drugiej strony zmodyfikowana oferta „szkoły rodzenia" mogłaby umożliwiać dzieciom uczestnictwo w niektórych zajęciach wraz z rodzicami (np. ćwiczenia kąpieli noworodka, film o pielęgnacji niemowląt).

Pomocne mogłyby też być w tym zakresie zabawowe spotkania dzieci oczekujących urodzenia rodzeństwa, stwarzające okazję do odreagowania swoich emocji, „przećwiczenia się" w prawidłowych reakcjach, rozwiania wątpliwości. Poza tym niektóre zajęcia związane z komunikacją prenatalną mogą stanowić szczególną okazję do kształtowania przywiązania w ramach rodziny, np. rodzinne muzykowanie, tańczenie, śpiewanie[30].

Udział dzieci w specjalnych programach edukacyjnych ma charakter profilaktyczny wobec różnych zaburzeń emocjonalnych i trudności wychowawczych, jakie mogą się pojawić w odpowiedzi na ciążę matki, zwłaszcza w pewnych trudnych sytuacjach (np. po uprzedniej stracie dziecka, gdy rodzeństwo jest w żałobie; po dłuższym leczeniu wtórnej niepłodności; w czasie długotrwałej hospitalizacji matki z powodu komplikacji w przebiegu ciąży; po niepomyślnej diagnozie prenatalnej).

Przykładem programu kształcenia dzieci w zakresie edukacji prenatalnej jest program *Childbirth Education for Children* R. McGratha, który wskazał na konieczność zapoznania dzieci z problemami ciąży, porodu, połogu i prenatalnego rozwoju,

[29] Por. referat R. McGratha w czasie kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Psychologii Prenatalnej w Bad Gastein, 18-21.09.1986.

[30] Takie rodzinne formy prenatalnej komunikacji pod kierunkiem profesjonalisty są stosowane w Ameryce Południowej i Azji Wschodniej oraz w USA.

zgodnie z ich poziomem poznawczym i emocjonalnym; konieczność podsumowania wyników badań nad udziałem dzieci w porodzie; oceny przydatności różnych form pracy opiekuńczo-wychowawczej w omawianym zakresie (np. wytworów twórczości), konieczność wymiany doświadczeń osób zajmujących się edukacją prenatalną dzieci oraz opracowania nowych form oddziaływania w zakresie edukacji prenatalnej, całościowo angażujących dzieci (Kornas-Biela, 1992b).

4. Szkoła rodzenia: szkołą rodzenia i rodzicielstwa

Niezależnie od sygnalizowanego powszechnie procesu „starzenia się" społeczeństw krajów rozwiniętych oraz kryzysu wartości życia, płodności i rodziny, jaki miał miejsce w XX wieku i trwa nadal, rodzina pozostaje wciąż najważniejszym źródłem regeneracji narodu i komórką życia społecznego, a dla dziecka najważniejszym środowiskiem wychowawczym. Dlatego przygotowanie do życia w rodzinie jest istotnym zadaniem każdego pokolenia, a zabezpieczenie pozytywnych doświadczeń wczesnego rodzicielstwa jest istotnym wyznacznikiem małżeńsko-rodzicielskiej satysfakcji oraz dalszych prawidłowych relacji z dzieckiem.

Na tym tle szczególną rolę mają do spełnienia szkoły rodzenia jako forma edukacji prenatalnej[31]. Oczywiście, kobiety od wieków rodziły bez specjalnych szkół i wiedziały jak to robić, lecz potrzeba powstania szkół rodzenia ma swoje uzasadnienie na tle przemian cywilizacyjnych. Poza tym, wbrew powszechnie przyjętej nazwie, szkoły te nie tylko zajmują się przygotowaniem do procesu rodzenia, ale szerzej – do rodzicielstwa, a ich różnorodne formy i wieloletnie doświadczenia z ich funkcjonowania wskazują na wieloaspektowe i dalekosiężne oddziaływanie uczestnictwa w nich (Chazan, 2004).

Początki idei szkół rodzenia

Już w starożytnych Chinach tworzono prenatalne kliniki, w których kobiety przygotowywały się do porodu i uczyły się nawiązywać komunikację z dzieckiem przed urodzeniem. Przez pokolenia starsze kobiety uczyły młodsze sztuki rodzenia oraz towarzyszyły im przy porodzie (por. np. Fijałkowski, 2006, s. 127-132). Obecnie odnotowuje się tendencję powrotu do sprawdzonych przez wieki form przeżywania okresu ciąży, czynienia przygotowań do porodu i odbywania go w określony tradycją sposób.

Jednym z nurtów profilaktycznego nastawienia w opiece położniczej było rozwinięcie idei „psychoprofilaktyki bólów porodowych", a potem „psychoprofilaktyki porodowej". Wyszła ona z koncepcji porodu jako procesu fizjologicznego, a więc

[31] Obecny rozdział jest zmodyfikowaną wersją opublikowanego przez Kornas-Bielę rozdziału (2007g).

niebolesnego, a jego bolesność traktowano jako wynik przeobrażeń cywilizacyjnych, przyjętej przez rodzące biernej roli, skutkującej nastawieniem na cierpienie i lękiem przed porodem. Idea ta zaowocowała niezliczoną liczbą szkół rodzenia, które mają już swoją kilkudziesięcioletnią historię. Pionierami w tej dziedzinie było dwóch położników: Grantly Dick Read z Anglii i F. Lamaze z Francji, którzy są uważani za twórców nowoczesnego porodu, przy czym w odniesieniu do metody D. Reada, zgodnie z jego określeniem, mówi się o „porodzie naturalnym" (udział personelu medycznego jest w nim zminimalizowany do koniecznej pomocy, zaś kobieta jest odpowiednio psychofizycznie nastawiona do odbycia porodu), natomiast w odniesieniu do metody F. Lamaze'a mówi się o „porodzie przygotowanym".

Twórcy psychoprofilaktyki porodowej wykorzystali odkrycia I. Pawłowa i w podejściu do porodowych doznań bólowych odwołali się do mechanizmów korowych, i roli słowa jako bodźca warunkowego. Chodziło o wytworzenie na podstawie wzmożonej aktywności kory mózgowej za pośrednictwem bodźców słownych trwałych powiązań odruchowo-warunkowych i zahamowanie nastawienia na odczuwanie bolesności aktu porodowego. Wprowadzenie psychoprofilaktyki porodowej w postaci szkół rodzenia bazowało na zasadach naukowych behawioryzmu. Stanowiło to niewątpliwie początek nowej ery w położnictwie. Chociaż, jak słusznie zauważył W. Fijałkowski, pomimo zmiany nazwy, przygotowanie do porodu było nadal skoncentrowane na bólach porodowych, które chciano zwalczyć i całkowicie wyeliminować (psychoanalgezja). Stąd psychoprofilaktykę porodową kojarzono z wmawianiem kobiecie, że „poród nie boli" (Fijałkowski, 1974, s. 42).

Dick Read już na początku XX wieku (1914) zwrócił uwagę, iż poród jest naturalnym procesem, a zastosowanie anestezji jest nie tylko niepotrzebne, ale i niebezpieczne. Poród jest ciągiem fizjologicznych, perfekcyjnie zgranych procesów, które wspomagane są przez emocje kobiety towarzyszącej z radością rodzącemu się dziecku. Ze względu na świadomość doświadczeń rodzącego się dziecka, należy zmienić praktykę rodzenia, by poród był naturalny, bez zbędnej medykalizacji i „bez lęku" (Read, 1933, 1943, 1944/1972, 1946, 1951)[32]. Dlatego tak ważne jest, by nic nie zakłócało jego naturalnego przebiegu, by nie straszyć kobietę nadmiarem informacji, w tym również o możliwych powikłaniach i niebezpieczeństwach porodu. Wyjaśnił on działanie tzw. błędnego koła, jako zespołu wzajemnie warunkujących się objawów: lęk → napięcie → ból. Zostało ono nazwane „kołem Reada" (por. np. Fijałkowski, 1999, s. 69-70).

D. Read uważał, że oczekiwany z lękiem skurcz porodowy powoduje napięcie, które jest nie tylko stanem emocjonalnym, ale ma też odpowiednik w napięciu mięśni, a tym samym w ich niedotlenieniu. To zaś powoduje odczuwanie jeszcze większego bólu, a narastanie wyczerpania sprzyja komplikacjom porodowym. Nalegał, aby nie używać określenia „bóle porodowe", ale skurcze porodowe, gdyż to

[32] L. Putyński podjął próbę opracowania metody badania lęku porodowego (1997).

one są istotą procesu porodu, a jeśli kobieta opanuje lęk, ich bolesność może być znacznie zniesiona.

Kobiety cywilizacji zachodniej trzeba na nowo uczyć rodzić zgodnie z wpisanymi w ich naturę umiejętnościami, które są zakodowane jako zdolność do instynktownych zachowań w trakcie porodu i w pierwszych kontaktach z dzieckiem, a które poprzez wychowanie, m.in. chroniące przed trudami życia, zostały zablokowane. Read uczył kobiety zastępowania lęku uspokojeniem, napięcie relaksacją, rozładowania bólu oddechem i przygotowania do porodu przez ćwiczenia fizyczne oraz wiedzę o jego przebiegu. Kobieta uczy się nie traktować skurczu jako bólu, ale jako doznanie wskazujące na rozwieranie się szyjki macicy i odpowiadać na to świadomym odprężeniem, dzięki wytrenowanej umiejętności napinania i rozluźniania mięśni dna macicy oraz regulowanego rytmu wdechu i wydechu (1944/1972).

Naturalny poród wymaga również, by nie odseparowywać dziecka od matki po urodzeniu oraz zapewnić obecność ojca w trakcie porodu. Read uważał, że naturalny poród, jako doświadczenie fizyczne i duchowe, przepojony spokojem i miłością do dziecka, warunkuje pozytywną obopólną więź między matką i dzieckiem na całe życie, natomiast lęk i napięcie wpisują się w psychikę obojga, mając destrukcyjny wpływ nie tylko na ich więź, ale też na życie społeczne. Read podkreślał, że emocje matki w czasie ciąży i porodu mają większy wpływ na dalsze życie dziecka, niż czynniki genetyczne lub fizjologiczne.

Bezpośrednio po II wojnie światowej dwóch neuropsychiatrów: Platonow i Welwowski oraz dwóch położników: Płoticzer i Szugom opracowali podstawy psychoprofilaktyki bólów porodowych. Badacze radzieccy obserwując porody tysięcy kobiet stwierdzili, że psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu zmniejsza nie tylko lęk oraz ból, ale też częstotliwość komplikacji porodowych (Macfarlane, 1977, s. 34). F. Lamaze w czasie swojej podróży w 1951 r. do Związku Radzieckiego spotkał się z metodą przygotowania do porodu wykorzystującą warunkowanie klasyczne, która polegała na kojarzeniu wyobrażeń o porodzie z przyjemnymi uczuciami oraz koncentracji na wysiłku porodowym (na pracy mięśni zamiast na bólu), na uczeniu kobiet w ciąży specjalnego sposobu oddychania oraz rozluźniania mięśni.

Po powrocie do Paryża Lamaze zmienił sposób przygotowania kobiet do porodu, wprowadzając ćwiczenia fizyczne, naukę anatomii i fizjologii porodu, specjalnego sposobu oddychania w czasie porodu i relaksacji, uzupełnione o masaż osoby bliskiej (jej dotyk i głos skojarzony z odprężeniem pomaga w czasie porodu) oraz koncentrację na doznaniach płynących z ciała, a nie na bolesności skurczy. Kobieta uczy się w ciąży specjalnego toru oddychania, charakterystycznego dla kolejnych faz akcji porodowej. Zadaniem mężczyzny jest kontrolowanie treningu kobiety, może też razem z nią oddychać według określonych wzorców i korygować ich prawidłowość. Lamaze, głoszący ideę porodu „bez bólu" (1956, s. 152-160), uczył kobiety, jak wyzwolić się z pasywnej roli w czasie porodu i zachowywać się aktywnie oraz wykorzystać wsparcie obecnej w porodzie bliskiej osoby (Lamaze, 1956; Karmel, 1959).

Przez następnych kilkadziesiąt lat tysiące kobiet na świecie przygotowywało się do porodu według metody tych dwóch położników: z większym akcentem na nabycie umiejętności specjalnego oddychania i relaksację (D. Read) lub na aktywną kontrolę i świadomy udział w porodzie (F. Lamaze). Obie te metody doceniły znaczenie społecznego wsparcia (obecności bliskiej osoby) oraz „udomowionych" warunków porodu. Idea „psychoprofilaktyki bólów porodowych" rozwinęła się więc stopniowo w „psychoprofilaktykę porodową" i była wyrazem wzrostu profilaktycznego nastawienia w opiece położniczej. W 1960 r. powstała organizacja International Childbirth Education Association i różne stowarzyszenia propagujące odmedykalizowanie porodu, psychoprofilaktyczne przygotowanie obojga rodziców do urodzenia dziecka.

Wraz z rozwojem szkół rodzenia zwrócono uwagę nie tylko na doświadczenia kobiety, ale też rodzącego się dziecka, bowiem porodowi ze strony matki odpowiada proces rodzenia się ze strony dziecka. Matka rodzi, dziecko się rodzi. Mamy tu więc do czynienia z dwoma procesami: poród i rodzenie się oraz z dwoma osobami, dla których jest to ważne wydarzenie życiowe. Istotne jest, by to doświadczenie nie było traumatyczne dla żadnej z tych osób. Poród traumatyczny dla matki jest najczęściej również traumatyczny dla dziecka.

Psycholodzy nurtu psychoanalitycznego twierdzą, że każde rodzenie się jest traumą dla dziecka ze względu na specyfikę jego doświadczeń psychicznych w czasie rodzenia się, urazotwórczego charakteru „sił porodowych" i radykalnej zmiany środowiska życia, co pogłębia medykalizacja porodu (Kornas-Biela, 2003a, b, s. 184-186; w literaturze zagranicznej: np. Ingalls, 1997; Irwing, 1997; Culbert-Koehn, 1999; Emerson, 1993, 1998a, b, 2001; Jacobson, Bygdeman, 2000).

Ze względu na ważność doświadczeń z procesu rodzenia się dziecka dla jego przyszłego zdrowia fizycznego i psychicznego (np. Kornas-Biela, 2003a, s. 186), zaczęto podkreślać konieczność przygotowania rodziców do „porodu bez przemocy". Szczególnie znanym autorem, którego książka była tłumaczona na wiele języków, był F. Leboyer (1975, 1986). Publikacja ta akcentowała konieczność zapewnienia dziecku bezpośrednio po urodzeniu warunków zbliżonych do tych, które były w łonie, dlatego zaproponował, np. przecięcie pępowiny dopiero po ustaniu w niej tętnienia, przyciszone głosy, przyciemnione światło, zanurzenie dziecka w wodzie, zapewnienie ciepła, bezpiecznego i czułego dotyku bliskich, wczesne przystawienie do piersi, nieprzerwany kontakt z dzieckiem po urodzeniu. Te zalecenia stają się coraz bardziej popularne w praktyce położniczej i zachęcanie rodziców do przestrzegania tych zasad jest elementem programu szkół rodzenia. Na Zachodzie szkoły rodzenia mają bardzo zróżnicowany charakter, a literatura przedmiotu jest bardzo bogata (np. Murphy-Black, 1995).

Organizacja szkół rodzenia w Polsce

W Polsce istnieje już 50-letnia tradycja szkół rodzenia, rozumianych jako forma psychoprofilaktyki porodowej (Złoty, 2008). Jej pionierem był warszawski położnik

J. Lesiński (1956), dyrektor Szpitala przy ul. Madalińskiego w Warszawie. Jej formy na przestrzeni lat zmieniały się, ale zasadnicza idea przetrwała i odwołuje się do koncepcji wspomnianych pionierów specjalnego przygotowywania rodziców do porodu, by był „bez lęku" (Read 1946) i „bez bólu" (Lamaze, 1956, s. 152-160).

Pierwsze szkoły rodzenia w Polsce zostały założone przez J. Lesińskiego, I. Roszkowskiego i W. Fijałkowskiego. Były one konsekwencją inicjatywy prof. J. Lesińskiego, który jako pierwszy już w połowie lat pięćdziesiątych XX wieku wprowadził procedurę psychoprofilaktyki bólów porodowych w klinice w Szczecinie, a potem w Warszawie i w 1957 roku zorganizował kurs w tym zakresie dla lekarzy. Od 1958 roku W. Fijałkowski prowadził już kursy Szkoły Rodzenia przy ówczesnej II Klinice Położnictwa i Chorób Kobiecych AM w Łodzi. Tam też, w Łodzi, w Instytucie Ginekologii i Położnictwa 10 czerwca 1983 roku urodziło się pierwsze dziecko w obecności ojca, przygotowanego w szkole rodzenia (Fijałkowski, 1992, 1998).

Warto odnotować, iż już od 1975 roku na sympozjach organizowanych przez Sekcję Psychosomatyczną Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego przedstawiano prace naukowe dotyczące psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu. Dynamiczny rozwój szkół rodzenia nastąpił w latach 90. m.in. dzięki akcji „Rodzić po ludzku", która przyjęła jako jedno z kryterium oceny szpitali – przygotowanie kobiet w szkole rodzenia własnej lub we współpracy ze szkołą poza szpitalem. Stąd, o ile w 1994 roku 57% szpitali nie rekomendowało żadnej szkoły rodzenia, w rok później (1995) już tylko 10%. Akcje społeczne prowadzone przez polskie media, jak „Rodzić po ludzku" i „Złote bociany" wymusiły pozytywne zmiany organizacyjne w opiece przedporodowej oraz w postawach i zachowaniach personelu wobec rodziców w procesie prokreacji.

Obecnie istnieje wielkie zróżnicowanie szkół rodzenia w Polsce. Różnią się one zarówno tym, dla kogo są przeznaczone (tylko dla matek, tylko dla par, tylko niektóre zajęcia w parach, dowolne uczestnictwo bliskiej osoby); wymaganiem co do jakości przebiegu ciąży (tylko dla kobiet w ciąży z normalnym przebiegiem, niektóre również dla kobiet z ciążą powikłaną); okresu, w jakim zaczynają się zajęcia (np. od 18., 26., 30. tygodnia ciąży); częstotliwości spotkań (najczęściej raz lub dwa razy w tygodniu); miejscem spotkań (np. w szpitalu, w poradni, na osiedlu, przy stowarzyszeniu, przy parafii); liczebnością grup (niektóre są kierowane do dużych grup, inne dla kilku par, oferowane są również kursy indywidualne). Szkoły te mają też różne nazwy, np. szkoła rodzenia, szkoła młodych rodziców, szkoła matek, szkoła świadomego rodzicielstwa, szkoła rodzicielstwa, studium rodzicielstwa, edukacja przedporodowa, akademia familijna „narodziny".

Szczególnie zróżnicowanie dotyczy programu szkół. Zajęcia obejmują w różnej proporcji wykłady, dyskusje, ćwiczenia fizyczne i praktyczne, np.: z pielęgnacji noworodka, prezentacje filmów, wizyty na oddziale położniczym, indywidualne konsultacje lekarzy specjalistów, poradnictwo psychologiczne, odgrywanie ról, ćwiczenia w komunikacji w parach oraz z dzieckiem prenatalnym (np. Oppenheim, 1997). Niektóre szkoły wprowadzają elementy praktyk związanych z filozofią

Wschodu (medytacja transcendentalna, joga), z medycyną niekonwencjonalną (akupunktura, aromaterapia, refleksoterapia), pływanie, specjalne masaże (np. *siatsu*), ćwiczenia związane ze stymulacją prenatalną. Nieliczne szkoły rodzenia, najczęściej prowadzone przy parafiach lub przez stowarzyszenia katolickie, zwracają ponadto uwagę na duchowe przeżycia rodziców oczekujących urodzenia dziecka oraz na niego, jako na podmiot, którego jako istotę ludzką określa również od poczęcia sfera duchowa. Włączają więc w zajęcia modlitwę, medytację biblijną, uczestnictwo w nabożeństwach.

Różnorodność organizacyjną oraz merytoryczną w zakresie szkół rodzenia ilustruje *Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych* (Teleżyńska, Kubicka, 2002; *Internetowy przewodnik po szkołach rodzenia*). Jedną z ciekawszych inicjatyw niektórych szkół rodzenia jest prowadzenie również zajęć dla babć i dziadków („szkoła babci"). Obecnie funkcjonuje w Polsce około 300 szkół rodzenia, realizujących różne programy w ramach edukacji przedporodowej.

„Filozofia" szkół rodzenia w Polsce

W pierwszych latach powołanej przez W. Fijałkowskiego szkoły rodzenia (1957-1964) koncentrowano się na niesieniu „ulgi w cierpieniu". W wyniku prowadzonych obserwacji klinicznych W. Fijałkowski opracował w 1965 roku oryginalny Model Szkoły Rodzenia, który umieszczał w modyfikowanych formach w swoich kolejnych publikacjach i ich wznowieniach (np. Fijałkowski 1973; 1974, s. 68; 1980b, 1981; 1987; 1998, 2006, s. 136-143). Obejmował on 6 podstawowych składników: reedukację negatywnych i nieprawdziwych wyobrażeń o porodzie; zapoznanie z przebiegiem porodu i zadaniami rodzącej; nabycie umiejętności relaksacji; oddychania torem brzusznym; parcia; utrzymania dobrej kondycji ogólnej. Jak sam autor pisze, opracowana przez niego metoda psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu wywodzi się z klasycznych metod psychoprofilaktyki Welwowskiego i metody Read'a (por. Read, 1974, s. 45), przy czym położył on większy nacisk na uruchomienie i spotęgowanie naturalnych sił i uzdolnień rodzącej kobiety przez ćwiczenia gimnastyczne, odprężające, relaksacyjne oraz ćwiczenia określane jako kinezystymulacja, zmierzające do podwyższenia gotowości organizmu do wysiłku i zwiększenia jego ruchowej sprawności.

Program szkoły rodzenia w ujęciu W. Fijałkowskiego obejmuje więc następujące najważniejsze elementy (1987b, s. 15-16):

– Przekazanie wiedzy o przebiegu ciąży i porodu z uwzględnieniem wskazówek służących zapobieganiu różnym nieprawidłowościom (np. wynikającym z nieznajomości zasad żywienia, higieny, trybu życia).

– Nauka żywienia i pielęgnacji noworodka, przygotowanie do karmienia piersią jako żywienia ekologicznego.

– Prowadzenie ćwiczeń ogólnorozwojowych i specjalnych oraz właściwych dla okresu poporodowego.

– Nauka oddychania torem przeponowym, z uwzględnieniem przebiegu fali skurczowej oraz umiejętność osiągania relaksu jako przygotowanie do rozgrywania porodu w okresie rozwierania szyjki macicy.

– Nauka bezdechu w celu przygotowania wydatnego parcia w II okresie porodu, czyli w czasie działania sił wydalających.

– Uwrażliwienie obojga rodziców na pogłębienie kontaktu z dzieckiem w wewnątrzmacicznej fazie jego życia oraz na jego trudne doświadczenia w trakcie rodzenia się, wprowadzenie muzykoterapii.

– Kształtowanie nowego modelu kulturowego zwanego *dwurodzicielstwem, rodzicielstwem zrównoważonym* poprzez: zachęcanie do współuczestnictwa w rozwoju dziecka i dialogu z nim, przygotowanie do odbycia porodu naturalnego i rodzinnego, wzajemnego wspierania się w okresie ciąży, przełomu porodowego oraz po porodzie i w opiece nad dzieckiem.

– Instruktaż w zakresie zasad rozpoznawania płodności, nauczenie metod naturalnej regulacji poczęć.

Najważniejszym walorem polskiej koncepcji szkół rodzenia jest kompleksowa edukacja kinezyadaptacyjna (zwiększenie ekonomii wysiłku fizycznego, wyuczenie oddychania i pozycji relaksacyjnych podczas ciąży, porodu i połogu, ćwiczenia ogólnokondycyjne) i psychoprofilaktyczna (przeniesienie centrum uwagi na dziecko i wyrobienie postawy czynnej opieki nad nim, przezwyciężenie obciążeń psychicznych, mogących utrudniać przebieg ciąży i porodu) połączona z aktywnością kobiety (wykonywanie ćwiczeń, stosowanie prozdrowotnych zaleceń, pogłębianie wiedzy, kontakty z dzieckiem), co staje się podstawą do rodzenia z wykorzystaniem naturalnych sił fizycznych i psychicznych kobiety (np. Powolny i in., 1989).

Polska koncepcja psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu kładzie nacisk na wychowanie kobiety do współudziału w porodzie, przygotowanie jej do samodzielnego i odpowiedzialnego wypełniania funkcji macierzyńskich w trudnej dla dziecka sytuacji. Ilustruje to dobitnie stwierdzenie Lesińskiego: „Psychoprofilaktyka nie jest nową metodą powiększającą liczbę dotychczas znanych metod zwalczania bólu porodowego. Należy ją raczej uznać za system wychowawczy kierowany do kobiety ciężarnej".

Ideałem nie jest poród bezbolesny, ale poród aktywny. Kobieta musi wiedzieć, co ją czeka, czego się od niej oczekuje i dlaczego, jakie stoją przed nią zadania, być świadomą istotnej roli, jaką spełnia wobec dziecka, i umotywowaną do przyjęcia wobec niego macierzyńskiej funkcji ochronnej. Zasada odruchowości warunkowej została więc wykorzystana w stosowanych ćwiczeniach, natomiast uzupełniono ją o zasady psychagogiki (rozumowej psychoterapii na jawie), wykorzystującej aktywizującą korę mózgową funkcję słowa. Chodzi bowiem o to, by przygotowanie do porodu nie było skoncentrowane na bólach porodowych, które chce się zwalczyć i całkowicie wyeliminować (psychoanalgezja), oraz by nie wmawiać kobiecie, jak wspomniano wcześniej, że „poród nie boli" (Fijałkowski, 1974, s. 42).

Wśród wielu celów szkół rodzenia rozwijanych na przestrzeni kilkudziesięciu lat jeden pozostaje stały – jest nim psychoprofilaktyczne przygotowanie do porodu, usprawnienie ruchowe (ćwiczenia ogólnokondycyjne i specjalne) i nabycie takich umiejętności, by dzięki „sztuce rodzenia" uwolnić rodzącą kobietę i jej męża od napięć utrudniających przebieg porodu oraz zaoszczędzić dziecku trudności w rodzeniu się. Celem psychoprofilaktyki porodowej jest przeciwdziałać skupieniu się kobiety na nadmiernym odczuwaniu skurczy porodowych, na bólu i cierpieniu, przeciwdziałać lękowi, napięciu i niedotlenieniu, zapobiegać włączeniu się „błędnego koła", prowadzącego do przeżywania koszmaru rodzenia i komplikacji porodowych dla niej i dziecka.

Nie chodzi o znieczulenie, o usunięcie bólu, ale o świadome, aktywne, sprawne „rozegranie porodu" i traktowanie go jako zadania, o pozytywny odbiór odczuwalności skurczy porodowych jako naturalnej informacji o toczącym się procesie porodu i rodzenia się. Tylko nieskupiona na własnym cierpieniu kobieta będzie w stanie uwrażliwić się na doznania dziecka i płynące od niego sygnały oraz podtrzymywać czułą więź z nim.

Jednak, jak sam W. Fijałkowski zaznacza, koncepcja szkoły rodzenia na przestrzeni lat uległa pewnym przemianom (1998). Na początku (1957-1964) koncentrowano się bardziej na psychoanalgezji (znieczulaniu porodu środkami psychologicznymi, by był on porodem „bez bólu"), potem akcent położono na porodzie jako zadaniu i aktywności kobiety rodzącej (1965-1983), natomiast obecnie powinno dążyć się do integracji w ramach przygotowania do porodu różnych treści edukacyjnych odnoszących się do prokreacji. W latach osiemdziesiątych program zajęć w szkole został rozbudowany o elementy ułatwiające przeżycie go jako wydarzenia rodzinnego oraz pod kątem ekologii prokreacji (Fijałkowski, 1996a, b; 1997; 1999, s. 62-67; 2001, s. 50-54; 2003, s. 83-111).

Od 1983 roku model porodu naturalnego i rodzinnego jest wzbogacony o inne aspekty prokreacji, np. naturalne planowanie rodziny, naturalne odniesienia do dziecka w wewnątrzmacicznej fazie jego życia, naturalne karmienie. Pierwsza szkoła rodzenia, założona przez W. Fijałkowskiego w Łodzi funkcjonuje (od 26 maja 1999 roku) jako „Szkoła Rodzicielstwa" przy Centrum Służby Rodzinie w oparciu o autorski „Scalony program wszechstonnego przygotowania do porodu, karmienia naturalnego, pełnienia ról rodzicielskich". Od dnia 25.03.2003 nosi ona imię swego twórcy – Profesora Włodzimierza Fijałkowskiego.

Nowe tendencje w zakresie zadań szkoły rodzenia

Obecnie coraz częściej odchodzi się od tradycyjnego przygotowania kobiety do porodu, rozumianego jako egzamin z treningu mięśni i oddechu, jako wyczyn sportsmenki, jako zadanie do oceny przez osoby współuczestniczące. Przeciwnie – rozszerza się koncepcja tzw. porodu aktywnego (Balaskas, 1997). Wychodzi ona z założenia, że poród jest naturalnym procesem, kierowanym przez tkwiące w ko-

biecie siły instynktowe i nie musi ona uczyć się, jak rodzić, gdyż jeśli nic i nikt jej w tym nie przeszkadza, to wie, jak ma się zachowywać, by poród był głębokim psycho-seksualno-uczuciowym przeżyciem. Umiejętność rodzenia jest wpisana w ciało kobiet, stąd poddając się siłom rodzenia, wyłączając swoją „głowę" (myślenie, kalkulacje, wyuczone reguły zachowań, myśli o tym, co wypada, a co nie, niepokoje), używając oddechu, głosu, ruchu, zmieniając pozycje, akceptując pojawiające się uczucia – jest w stanie rodzić w najlepszy dla siebie sposób.

Większość kobiet musi spodziewać się bólu, ale nawet bardzo bolesny poród może być pozytywnym, twórczym i rozwijającym doświadczeniem. Sukcesem bowiem nie jest poród szybki, łatwy i bezbolesny, ale taki, w którym kobieta aktywnie podporządkowuje się rytmowi własnego ciała i czerpie radość z dynamiki przebiegu procesu rodzenia dziecka, odnajduje w sobie moc i mądrość ciała, nieznane jej pokłady energii i twórczości, doświadcza bogactwa niepowtarzalnych doznań.

Nie chodzi więc o zaniechanie ćwiczeń fizycznych w czasie ciąży, ale o nastawienie do porodu jako do najważniejszego doświadczenia życiowego kobiety, które niezależnie od doznań bólowych, może być ekscytującą przygodą, wszechstronnie rozwijającym wyzwaniem, szczytowym uniesieniem, doświadczeniem dorastania do psychicznej i duchowej pełni. Nie chodzi również o „sportowe umiejętności, superelastyczne mięśnie, ani też o zdolność oddychania właściwą joginom, czy wreszcie rozluźniania się aż do stanu hipnotycznego odrętwienia", ale o pozytywny pogląd co do siebie, swoich możliwości rodzenia oraz tego wydarzenia „w odwiecznym porządku rzeczy" (Kitzinger, 1996, s. 29). Nie chodzi także o zdanie w czasie porodu egzaminu z wyuczonych umiejętności, ale o słuchanie rytmu swojego ciała i poddanie się mu, oddychanie we własnym rytmie, zaspokojenie potrzeby ruchu, zmiany pozycji, wydania dźwięku, dotyku, kontaktu z innymi. Kobieta musi rozumieć, iż mądrość natury wyposażyła jej ciało w możliwości radzenia sobie z wymaganiami porodu i wydzielane wtedy hormony, jak np. oksytocyna, beta-endorfiny, prolaktyna, również adrenalina (epinefryna i norepinefryna) pomagają nie tylko urodzić dziecko, ale też odbyć poród jako szczytowe doświadczenie psychoduchowe, przeżycie ekstatyczne (Buckley, 2003).

Szkoła rodzenia nowego typu ma więc na celu wzmocnienie sił twórczych kobiety, jej poczucia własnej wartości i dodatniej samooceny, wiary w siebie i zaufania do własnego ciała. Poród jest bowiem nie tylko procesem fizjologicznym, ale też psychicznym, i od osobowości kobiety, od tego, co w jej „sercu i głowie", w ogromnym stopniu zależy jego przebieg. Dlatego też niektóre szkoły koncentrują się na psychicznym doświadczeniu ciąży i obecności dziecka w łonie, pomagają kobiecie lub parze odnaleźć się w nowej sytuacji życiowej, ukształtować tożsamość rodzica (matki, ojca), poradzić sobie z aktualnymi problemami (np. komunikacji małżeńskiej, niepokoju o dziecko, przygotowania rodzeństwa), przepracować problemy, konflikty, urazy wyniesione z innych okresów rozwojowych i z innych sytuacji, a rzutujące na doświadczenie macierzyństwa i ojcostwa oraz wzajemne relacje rodziców (por. np. Bullinger, 1997, s. 70-75; Odent, 1997).

W ramach przygotowania do urodzenia dziecka ważne jest przepracowanie blokad, zranień i nieuświadomionych problemów, które mają wpływ na psychiczną adaptację do stanu ciąży, na stosunek do dziecka, na przeżycie porodu, a mają swoje źródło w doświadczeniach wczesnego dzieciństwa, w relacjach z własnymi rodzicami, w doznanej przemocy lub zaniedbaniu. Tym bardziej, że okres ciąży sprzyja zmianom, rodzice są bardziej podatni na sugestie i psychoterapeutyczne oddziaływania oraz chętni do współpracy z profesjonalistą (Kornas-Biela, 2003b, s. 185-187).

Wiadomo, iż kobiety dążą do zrealizowania w czasie porodu oczekiwań z nim związanych, a część z nich nie jest uświadomiona, natomiast ma ogromną siłę urzeczywistnienia się (Highsmith, 2006). Wszystko, co zwiększa zaufanie kobiety do siebie i swego ciała, do pozytywnych sił tkwiących w rodzącym się dziecku, co usuwa jej obawy, pozwala uświadomić sobie głęboko ukryte oczekiwania i wyobrażenia i mieć lepszy kontakt z własnymi uczuciami – zwiększa szansę na pozytywne doświadczenie porodu. Od tego typu udzielonej rodzicom pomocy zależy nie tylko ich satysfakcja z doświadczeń prokreacyjnych, ich pozytywne odniesienie do dalszych planów w tym zakresie, ale również wczesne doświadczenia życiowe samego dziecka, dla którego od poczęcia rozpoczyna się cykl życia i wszystko, co dzieje się w jego przebiegu, ma sobie właściwy wpływ na jego dalsze życie.

Szczególny impuls do rozwoju szkół rodzenia wniosły osiągnięcia psychologii prenatalnej, ukazujące znaczenie prenatalnych doświadczeń oraz urazu urodzeniowego dla całego życia człowieka. Coraz częściej w czasie zajęć w szkołach zmierza się do uświadomienia rodzicom rozwoju i kompetencji dziecka prenatalnego i upodmiotowienia go w relacjach bliskich do niego, inspiruje się rodziców do jak najwcześniejszego nawiązywania różnorodnych form kontaktu z dzieckiem, odczytywania znaczenia jego ruchów jako „niewerbalnego języka" i adekwatnego reagowania w odpowiedzi na niego (Kornas-Biela, 1993d/2002). Osiągnięcia psychologii prenatalnej są udostępniane uczestnikom szkoły i w ten sposób wiedza ta przenika do szerszej świadomości społecznej (Fijałkowski, 1989).

Analizując program szkół rodzenia i udostępniane treści można stwierdzić, że są one rzeczywiście ważnym ogniwem popularyzowania i przekazu wiedzy z zakresu psychologii prenatalnej. Jest to głównie wiedza o rozwoju i kompetencjach dziecka, formach stymulacji prenatalnej, sposobach i znaczeniu kształtowania więzi z nim i troski o zdrowie własne i dziecka.

Zasadność organizacji szkół rodzenia

Przygotowanie do porodu nie jest inwencją XX wieku ani modą, chociaż tak jest czasem odbierane. Przez wieki bowiem każde następne pokolenie było również przygotowywane do podjęcia zadań związanych z prokreacją, ale miało ono zorganizowane, społecznie akceptowane i kultywowane familijne formy tego przekazu (np. różne rytuały, wzorce zachowań, porady, przesądy). Dziewczęta i chłopcy wzrastali w rodzinach, w których odbywały się porody, czymś naturalnym było

karmienie piersią i pomoc w pielęgnacji oraz wychowaniu młodszego rodzeństwa. Obecnie w nuklearnych rodzinach potrzebujemy specjalnych instytucji, które zastępowałyby brak doświadczeń rodzinnych (Hauffe, 1987) lub kompensowały negatywny wpływ słabej integracji małżeństwa rodziców (Opozda, 2001).

Zmiany cywilizacyjne, jakie były charakterystyczne dla XX wieku, spowodowały m.in. osłabienie tych czynników, które przez wieki pomagały przygotować się do ciąży i porodu oraz pełnienia ról rodzicielskich w rodzinie pochodzenia, czerpać z doświadczeń starszego pokolenia, uzyskiwać różnorodne formy wsparcia (np. Kornas-Biela, 1991-1992). Dwupokoleniowe, nuklearne i małodzietne rodziny, o słabych więziach rodzinno-sąsiedzkich, w których oboje rodzice są głównie poza domem, mają krótkie i powierzchowne kontakty z dzieckiem – nie sprzyjają przekazaniu młodemu pokoleniu modeli przeżywania i zachowania się właściwych dla etapu ciąży, porodu i pielęgnacji małego dziecka.

Młodym ludziom, mniej obecnie dojrzałym i przygotowanym do podjęcia funkcji rodzicielskich, potrzebne są różne formy zdobywania wiedzy i umiejętności przydatnych we właściwym przeżyciu ciąży i porodu oraz pielęgnacji noworodka, różne formy psychologiczno-pedagogicznego przygotowania do prokreacji (np. lekcje i warsztaty na poziomie szkoły średniej, kursy dla narzeczonych) i towarzyszenie im w sytuacjach, które są z nią związane (np. szkoły rodzenia, szkoły młodych rodziców, grupy wsparcia dla matek karmiących, rodziców zmagających się z niepowodzeniami prokreacji, tematyczne publikacje i strony internetowe, filmy edukacyjne). Badania nad motywacjami uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia potwierdzają dążenie do zmniejszenia poczucia niekompetencji rodzicielskiej i obniżenia niepokoju co do umiejętności poradzenia sobie z wymaganiami rodzicielstwa (np. Matthey i in., 2004).

Ważność psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu wyznaczona jest faktem pojawiania się wielu lęków. Niektóre lęki mogą być realistyczne, inne zaś mogą być objawem błędnych przekonań o porodzie (brak wiedzy, skrzywiony obraz porodu wskutek błędnego przekazu społecznego), wyolbrzymianych obaw, reakcji lękowych wynikających z neurotycznej osobowości („lękowa natura", oczekiwanie niepowodzeń i zagrożeń), podświadomych konfliktów lub ambiwalencji w stosunku do dziecka i macierzyństwa. Nasilenie lęków obserwuje się szczególnie u kobiet z nieprawidłowym przebiegiem ciąży, narażonych na stratę dziecka i wtedy ich własne zasoby radzenia sobie ze stresem (Poprawa, 2001) oraz wsparcie społeczne grają kluczową rolę (Barańska i in., 1996; Bogucka, Pietrzak, Marianowski, 1996; Szymona-Pałkowska, 2005).

W sytuacji porodu lęk (sytuacja stresowa[33]) hamuje czynność skurczową i dynamikę rozszerzania się szyjki macicy oraz zwiększa odczucia bólowe. Napięcie emo-

[33] Negatywne zdarzenia życiowe wywołujące napięcia, niepokój i lęk to, np.: nieplanowane poczęcie, konflikt dotyczący roli matki, lęk przed trudami macierzyństwa, nadmierne poczucie odpowiedzialności, nagłe, duże zmiany życiowe, choroba w rodzinie, rozwód, wypadki i śmierć w rodzinie.

cjonalne powoduje nadwrażliwość na ból (większa odczuwalność skurczów i bólu). Napięcie wegetatywne powoduje skurcz naczyń, a tym samym niedotlenienie. Napięcie mięśniowe powoduje złe zużycie energii, wyczerpanie, a w konsekwencji przedłużający się poród. Te objawy zwiększają bolesność i jeszcze bardziej nasilają napięcie oraz dezorganizują zachowanie rodzącej i odbiór informacji ze strony otoczenia (staje się niewrażliwa na słowa, np. perswazje, pouczenia, rady). Staje się ona przeczulona na sygnały świadczące o zagrożeniu, ujawnia napięcie, zmęczenie, niechęć, krytyczny stosunek do personelu.

Niepokój i napięcie w okresie okołoporodowym mogą wpłynąć na siłę skurczów (ich efektywność), czas trwania porodu i jego przebieg, zwiększają prawdopodobieństwo porodów z komplikacjami, z koniecznością użycia leków, środków przeciwbólowych lub znieczulających oraz narzędzi chirurgicznych (np. kleszczy), porodów zabiegowych, przedłużających się. Niedotlenienie spowodowane niepokojem matki w okresie porodu jest również istotnym czynnikiem powodującym uszkodzenia okołoporodowe, np. dziecięce porażenie mózgowe (np. wyniki longitudinalnych badań 17 tysięcy urodzeń przedstawione przez T.J. Peters i in., 1984).

Niestety, oprócz szkół rodzenia, przeznaczonych dla matek (lub obojga rodziców) w zaawansowanej ciąży i skoncentrowanych na przygotowaniu do „sprawnego rozegrania porodu", brakuje różnorodnych instytucji, które mogłyby spełnić funkcje kompensacyjne wobec niedostatków wiedzy i praktycznych umiejętności oraz przekazywać tak szybko poszerzający się dorobek w tej dziedzinie wiedzy i osiągnięcia opieki prenatalnej. Przykładem takiej inicjatywy jest, np. „Szkoła Matek i Ojców" prowadzona we wczesnym okresie poporodowym na oddziałach położniczych i neonatologicznych, jako program edukacyjny, będący kontynuacją edukacji przedporodowej. Wtedy występuje duże zapotrzebowanie na wiedzę i umiejętności, duża motywacja do pozyskania nowych kompetencji, a niepokój związany z nową rolą stymuluje do współpracy i otwartości na fachowy przekaz. Rodzice są łatwo dostępni na oddziale, a nabyta wiedza jest przez nich natychmiast praktykowana. Takie oddziaływanie jest szczególnie cenne na oddziałach intensywnej opieki medycznej, gdzie przebywają dzieci chore i przedwcześnie urodzone (Grzegorzewski, 2007).

Pomimo zmedykalizowania procesu prokreacji we współczesnym świecie, narastające nastawienie na profilaktykę i ekologię przenosi się również na teren prokreacji i wyzwala pragnienie wśród coraz większej liczby młodych osób doświadczenia procesów prokreacyjnych w ich naturalnym przebiegu, a tym samym ujawnia konieczność dostarczenia im wiedzy i stworzenia warunków do nabycia stosownych umiejętności (np. niezmedykalizowanego przeżycia okresu ciąży, radzenia sobie z dyskomfortem w czasie porodu, pomyślnego karmienia piersią). Rozwój oraz upowszechnienie wiedzy z zakresu embriologii i psychologii prenatalnej spowodowały wzrost poczucia odpowiedzialności rodziców za wychowanie dziecka od początku jego istnienia i pomocy rodzicom w tej dziedzinie.

Walory uczestnictwa w szkole rodzenia

Powstanie szkół rodzenia było wyrazem wzrastającego zapotrzebowania, by przeżywać ciążę, poród i pierwsze dni po urodzeniu dziecka nie tylko na poziomie somatycznym, ale przede wszystkim jako ważne wydarzenia osobiste, rodzinne i społeczne. Jednocześnie rozwój szkół wpłynął na przełamanie stereotypu kulturowego dotyczącego porodu, jako procesu, który nawet w granicach fizjologii jest bardzo trudny, bolesny, niebezpieczny i zmedykalizowany. Taki stereotyp był bardzo zakorzeniony zarówno wśród personelu medycznego, jak i w przekonaniach społecznych. Wychowawczy walor szkół rodzenia tkwi właśnie w tej przemianie mentalności i w podejściu do porodu jako zadania, w uaktywnieniu rodziców, w upodmiotowieniu rodziców i dziecka.

Uczestnictwo w zajęciach szkoły rodzenia zwiększa różnorodne zachowania zdrowotne (Sito, 1989), ma bardzo pozytywny wpływ na przebieg ciąży, porodu i połogu, np. istotne zmniejszenie liczby porodów zabiegowych (kleszcze, próżnociąg, cięcie cesarskie) oraz powikłań w czasie porodu i w połogu (w tym zakrzepowego zapalenia żył) (Fijałkowski, 1981/1986/1989). Szkoły rodzenia mają niewątpliwie ogromne zasługi dla promocji karmienia piersią (por. Sendecka, 1992). Literatura dokumentująca korzystny wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia jest bardzo bogata i nie sposób w ramach tej publikacji udokumentować poniższe stwierdzenia cytowaniem nawet z literatury polskiej (por. np. Calhoun, Selby, Calhoun, 1990; *Poród...* 2002, s. 147-214; Michalczyk-Jurkin, 2008, s. 7-8; Złoty, 2008). Uczestnicy zajęć zgodnie potwierdzają zadowolenie z uczestnictwa, rzadko zdarzają się opinie negatywne, związane zwykle z niespełnieniem pierwotnych (często nierealistycznych) oczekiwań.

Z badań opublikowanych oraz prezentowanych na konferencjach wynika, że uczestniczki szkoły rodzenia różnią się w okresie ciąży od kobiet niekorzystających z edukacji przedporodowej lepszą współpracą z personelem medycznym, lepszą jakością odżywiania i przestrzeganiem zasad higieny, stosowaniem mniej używek lub całkowitym ich zaniechaniem, mniejszym, ale prawidłowym przyrostem wagi ciała, ładniejszą sylwetką i sposobem poruszania się, lepszą wydolnością fizyczną i oddechową, rzadszymi powikłaniami zdrowotnymi, większą równowagą psychiczną i mniejszym nasileniem lęków, niższym niepokojem związanym z porodem, ich dzieci zaś, ze względu na lepsze warunki zdrowotne (prawidłowe żywienie, dotlenienie, spokój, kontakt psychiczny z nim), mają większe szanse na prawidłowy rozwój.

Uczestnictwo w szkole rodzenia umożliwia wsparcionośne oddziaływanie przyjaźnie nastawionego personelu medycznego, jak też innych rodziców w podobnej sytuacji życiowej. Wspólne rozmowy, wymiana zdań, możliwość podzielenia się swoimi problemami w grupie budzącej zaufanie, przykład radzenia sobie przez innych – ma walory wsparcia informacyjnego i emocjonalnego. Zajęcia w większości szkół rodzenia sprzyjają również pre- i perinatalnej więzi między rodzicami i dzieckiem, docenieniu znaczenia ich obecnych przeżyć na dalsze funkcjonowanie w relacjach z nim.

W licznych badaniach potwierdzono istotnie pozytywny wpływ uczestnictwa w szkole rodzenia na przywiązanie matki (rodziców) do dziecka w pre- i perinatalnym okresie jego życia. Istnieje wiele badań dokumentujących fakt, iż dostarczenie rodzicom informacji o rozwoju prenatalnym (niektóre szkoły rodzenia stwarzają ku temu szczególną okazję) zwiększa ich przywiązanie do dziecka i sprzyja zmianie stylu życia w kierunku ochrony jego zdrowia. Szkoły rodzenia różnią się swoim programem, ale pozwalając rodzicom na werbalizację ich niepokojów, przepracowanie postaw do dziecka, nawiązanie z nim kontaktu (np. przez dotyk, muzykę, pisanie listów, składanie „deklaracji miłości") – zwiększają kompetencje rodzicielskie i powodują wzrost przywiązania do dziecka (Chang, Park, Chung, 2004).

Rodzice po przygotowaniu w szkole rodzenia traktują poród jako zadanie, mają większe poczucie odpowiedzialności za jego przebieg, są aktywni i współpracują z personelem, kontrolują to, co dzieje się, są spokojniejsi i radośniejsi. Ojcowie częściej i odważniej uczestniczą w porodzie i lepiej spełniają oczekiwania żon, a po odbytym porodzie wykazują dużą satysfakcję i chęć towarzyszenia w urodzeniu następnego dziecka. Matki zaś, koncentrują się w trakcie porodu bardziej na dziecku niż na sobie, na skurczach niż na bólach, na rozluźnieniu niż na lęku.

Zadaniowy stosunek kobiety do akcji skurczowej, związany z umiejętnością odczytywania „języka" skurczów (skurcz jako sygnał informacyjny o postępie porodu a nie czynnik bólowo-lękowy), powoduje bardziej sprawne „rozegranie porodu". Takie nastawienie matki do porodu (odejście od biernej roli, a podjęcie roli czynnej) i aktywne zachowanie w czasie jego przebiegu skutkuje zwiększeniem siły mięśni oddechowych, lepszą dynamiką rozwierania szyjki macicy i prawidłową czynnością skurczową macicy, a tym samym krótszym czasem porodu, zwłaszcza najdłuższego – I okresu porodu. Obserwuje się również bardziej ekonomiczne wykorzystanie skurczów partych w II okresie porodu, istotnie mniejszą utratę krwi, mniejszą potrzebę analgezji, rzadsze interwencje farmakologiczne, mniej porodów zabiegowych, rzadsze użycie kleszczy, mniej cięć cesarskich, mniej uszkodzeń szyjki macicy i nacięć krocza, lepszą współpracę z personelem. Poza tym kobiety po psychoprofilaktycznym przygotowaniu do porodu istotnie częściej rodzą z mężem i osiągają wyższy stopień satysfakcji z porodu.

Poród kobiet po psychoprofilaktycznym przygotowaniu charakteryzuje m.in. mniejsze napięcie, co powoduje nie tylko lepsze dotlenienie dziecka i jego lepszy stan zdrowotny po urodzeniu, ale też mniejszą bolesność skurczów. Poród odbierany jest jako mniej bolesny, urazowy, co ma pozytywny wpływ na percepcję dziecka i dalsze postawy macierzyńskie oraz karmienie piersią.

Bezpośrednio po porodzie u dzieci, matek czy rodziców – uczestników szkoły rodzenia, odnotowuje się wyższe wskaźniki w skali Apgar oraz wyższą wagę urodzeniową, rodzice zaś mają lepszy kontakt z dzieckiem i lepiej wczuwają się w jego potrzeby, a pierwsze próby karmienia piersią są istotnie częściej udane. Karmienie jest też częściej stosowane według zasady „na każde żądanie dziecka", poza tym wyłączne karmienie piersią jest dwukrotnie dłuższe, a mieszane – trzykrotnie dłuż-

sze, niż u kobiet, które nie korzystały z usług szkoły rodzenia. Promocyjna rola szkół rodzenia dla karmienia piersią jest nie do przecenienia ze względu na walory mleka matki dla noworodka i niemowlęcia[34].

W badaniach robionych w kilka miesięcy po porodzie rodzice – „absolwenci szkół" relacjonują lepszą satysfakcję z roli macierzyńskiej i ojcowskiej, lepszą współpracę między sobą i spełnianie wzajemnych oczekiwań, satysfakcjonujące kontakty z dzieckiem, bardziej pogodny nastrój (mniej jest depresji poporodowych). Poza tym rodzice ci lepiej współpracują z pediatrą oraz mają bardziej pozytywne plany prokreacyjne.

W literaturze można również znaleźć krytyczne uwagi co do szkół rodzenia jako formy medykalizacji i komercjalizacji prokreacji (Zwelling, 2006) oraz badania niepotwierdzające istotnie pozytywnego wpływu uczestnictwa w szkole rodzenia na niektóre parametry, zwłaszcza medyczne (por. np. Hetherington, 1990; Sturrock, Johnson, 1990; Fabian, Rådestad, Waldenström, 2005; Kołomyjec, Suchocki, Kędra-Rakoczy, 2007).

Rozbieżności te wynikają z wielu przyczyn, m.in. z różnorodnych programów i form szkół rodzenia, motywacji uczestnictwa i stopnia zaangażowania kobiet w ćwiczenia, relacji między prowadzącym zajęcia a uczestnikami, sytuacji społeczno-kulturowej, wsparcia społecznego. Większość uczestników szkół rodzenia pochodzi z wyższych klas społecznych, jest lepiej wykształcona, prowadzi zdrowszy tryb życia, unika używek (Kołomyjec, Suchocki, Kędra-Rakoczy, 2007), ma już wstępnie stosunkowo wysoką wiedzę co do ciąży, porodu i rozwoju dziecka przed urodzeniem oraz głęboką motywację do bycia dobrymi rodzicami (Bachewicz-Janeczko, 1992), dlatego korzystają z usług szkoły, chociaż jest to związane z wydatkiem czasowym, organizacyjnym i finansowym. Zajęcia wzmacniają ich poczucie kompetencji, więź z dzieckiem, satysfakcję z tego etapu życia małżeńskiego i rodzicielskiego.

Wielość dyskretnych nieraz zmian, jakie dokonują się w kondycji fizycznej i psychicznej rodziców oraz w ich wzajemnych relacjach dzięki uczestnictwu w zajęciach szkoły rodzenia, jest trudna do uchwycenia w badaniach empirycznych, z konieczności ograniczonych hipotezą, zastosowanymi metodami i dobraną grupą osób. Poza tym tak wiele trudno kontrolowanych zmiennych decyduje o wyniku porodu i stanie zdrowia dziecka, iż nie sposób dobrać właściwą grupę kontrolną do badań i wszystkie pozytywy przypisać jedynie uczestnictwu w szkole rodzenia.

Trzeba sobie jednak zdawać sprawę, że opracowywanie coraz bardziej rozwiniętych standardów związanych z „idealnym porodem", by przebiegał on w coraz lepszych warunkach, jest słuszne, ale konieczne jest też zaakceptowanie faktu, że do ideału można się jedynie przybliżać, realizacja perfekcji może nie być w konkretnym

[34] Kitzinger, 1988; Sioda, 1989; Kornas-Biela, 1991-1992; Mikiel-Kostyra, 1988, 1992, 2001; Renfrew, Fisher, Arms, 1995; Cerańska-Goszczyńska, Maj-Pucek, Oppenheim, 1997; *Sztuka...*1997; Sears, Sears, 2001; Nehring-Gugulska, 2004; Rybak, 2006; Okrzesik, Okrzesik, 2007; Zdzienicka, 2007.

przypadku możliwa, a nawet jest niewskazana. Wszelkie idealizowanie naraża rodziców na nieuniknione rozczarowania, zwłaszcza że poród dobry emocjonalnie, nie musi być dobry fizjologicznie i odwrotnie.

Ważne jest również uświadomienie, iż poród jest głęboko emocjonalnym i duchowym, z niczym nieporównywalnym doświadczeniem życiowym, niezmiernie inspirującym rozwojowo i każdy poród każdej kobiety jest inny, a jego przebieg i przeżycie – nie do przewidzenia. Ważne jest podjęcie przez rodziców starania, by zachować dla procesu narodzin (podobnie jak to powinno się czynić dla procesu umierania) – postawę szacunku. Misteria życia, przez które każdy z nas przechodzi, to naturalne etapy a nie przypadki medyczne, wydarzające się w specjalnych instytucjach i nadzorowane przez specjalistów. Urodziny dziecka, pojawienie się nowego życia w rodzinie powinno być świętem rodziny i aktem o znaczeniu symbolicznym i głęboko duchowym.

Poród i narodziny dziecka to dla pary doświadczenie mocy, twórczości i mądrości własnego ciała, ukrytych w nim sił, wyzwanie do ujawnienia bogactwa swego wnętrza, by stworzyć nowonarodzonemu dziecku jak najbardziej przyjazne środowisko życia. Każda para powinna znaleźć swój specyficzny dla siebie sposób celebracji urodzin dziecka, w którym jest miejsce na specjalne rytuały, gesty i słowa, śpiew i muzykę, modlitwę, otoczenie się symbolami i przedmiotami, które są dla nich emocjonalnie znaczące.

Rola szkoły rodzenia w trudnej sytuacji rodziców nieletnich

Edukacja prenatalna jest szczególnie istotna w sytuacji ciąży dziewcząt nieletnich, których wiedza o rozwoju dziecka przed urodzeniem jest bardzo mała, i albo znacznie niedoceniają, albo przeceniają jego charakterystyki. Edukacja przedporodowa, jeśli nie jest specjalnie skoncentrowana na ich problemach, zaspakajająca ich potrzeby i dostosowana do ich percepcyjnych możliwości, nie jest przez nich oceniana jako pomocna (por. Fabian, Rdestad, Waldenström, 2005), a psychiczna i społeczna sytuacja tych matek uzasadnia potrzebę wsparcia w okresie ciąży oraz przygotowania ich do porodu i podjęcia odpowiedzialności za dziecko (por. Kościelska, 1998, Bidzan, 2007). Dlatego w zaleceniach formułowanych w literaturze, zaznacza się konieczność użycia takich pomocy, które są atrakcyjne wizualnie, kolorowe, zawierające więcej zdjęć niż tekstu, umożliwiające aktywność w korzystaniu z nich (np. ruchome elementy interaktywne) i przemawiające emocjonalnie (np. ukazujące dziecko w ruchu, jego bijące serce) (Colucciello, 1998).

Badania długofalowych skutków wiedzy dotyczącej dziecka i jego wychowania oraz postaw wobec roli rodzicielskiej w okresie ciąży u młodocianych matek wskazały na ważność poznawczego przygotowania się do rodzicielstwa jeszcze przed urodzeniem dziecka. Dzieci matek, które nabyły poznawcze kompetencje rodzicielskie w okresie ciąży, uzyskiwały lepsze wyniki w zakresie inteligencji, przejawiały mniej trudności rozwojowych i wychowawczych, a same matki oceniały swoje dzieci jako mniej trudne i macierzyństwo jako mniej stresujące, niż matki nieprzygotowane po-

znawczo do swej roli przed urodzeniem dziecka (Miller i in., 1996). Często trudna sytuacja ekonomiczna i społeczna nastoletnich matek i małżeństw, ryzyko długotrwałych stanów napięcia, niepokoju i obniżonego nastroju, braku opieki lekarskiej, niedożywienia, stosowania używek i zachowań przemocowych wobec dziecka prenatalnego uzasadnia opracowanie i wprowadzenie w życie strategii opiekuńczo-korekcyjnych służb społecznych skierowanych do tej grupy społecznej (Marzec-Holka, 2003).

Szczególną grupą wymagającą pomocy w doświadczaniu wczesnego rodzicielstwa są ojcowie nieletni. Brak jest niestety zorganizowanych, profesjonalnych form pomocy dla nich, chociaż coraz częściej opracowuje się w krajach zachodnich pilotażowe programy pomocy nieletnim ojcom we wchodzeniu w role rodzicielskie, w tym również przy dużych centrach medycznych organizuje się szkoły rodzenia dla par nieletnich. Nieletni ojciec jest zachęcany do kontaktu z matką i emocjonalnego wspierania jej oraz pomocy, do uczestniczenia w prenatalnych wizytach lekarskich i w szkole rodzenia, do komunikacji z dzieckiem (por. Barth i in., 1988). Kierowane do niego różne formy edukacji prenatalnej nie są skoncentrowane, jak w klasycznych szkołach rodzenia, na psychoprofilaktyce porodowej (zwłaszcza, jeśli nie będzie uczestniczył w porodzie), ale mają zapoznać go z wiedzą na temat przebiegu ciąży, porodu, rozwoju dziecka przed i po urodzeniu, jego pielęgnacji i wychowania oraz stymulować różnorodne formy kontaktu z nim (np. stymulacja prenatalna).

Wzrost wiedzy i umiejętności, będący wynikiem edukacji prenatalnej, sprzyja poczuciu kompetencji rodzicielskiej niepełnoletniego ojca, jest źródłem zadowolenia, podnosi poczucie własnej wartości i pozytywny obraz siebie jako ojca, co jest bardzo ważne, ze względu na częste poczucie winy, wstydu, bezwartościowości. Wszystko to, co sprzyja kształtowaniu się przywiązania ojca do dziecka przed i po urodzeniu oraz pomaga mu sprawować nad nim opiekę, powinno być wspomagane (Kornas-Biela, 1992c, 2001b, c).

Permanentne samokształcenie i kształcenie podejmowane przez młodzież i dorosłych, aby coraz dojrzalej mogli przeżywać wczesny (przedporodowy) etap rodzicielstwa i wywiązać się ze swojej rodzicielskiej odpowiedzialności w tym zakresie, musi stać się przedmiotem większego zainteresowania pedagogiki, i właśnie to ma m.in. za przedmiot wyłaniająca się pedagogika prenatalna (Kornas-Biela, 2005b, g, 2006f, 2007d), współpracująca w tym zakresie z psychologią, m.in. psychologią rodziny (zob. 7.2.).

IV. Metodologia badań pedagogiki prenatalnej

Z uwagi na specyfikę zarysowanego już przedmiotu pedagogiki prenatalnej, jak i celów stawianych sobie przez tę dyscyplinę pedagogiczną, można obecnie podjąć

próbę wskazania, jakimi metodami badawczymi może się ta dyscyplina posługiwać. Ze względu na to, iż pedagogika prenatalna jest również dyscypliną empiryczną, może ona korzystać z ogólnego dorobku metod stosowanych w badaniach empirycznych, ze specyficznym ukierunkowaniem na problemy edukacji oraz wychowania prenatalnego. Poniższa prezentacja problematyki metod badania jest wstępnym zarysem zagadnień, które należałoby w tym zakresie w przyszłości podjąć i rozwinąć (zob. np. Kubinowski, Nowak, 2006).

1. Metody badań w pedagogice prenatalnej

W każdej dyscyplinie naukowej metody badań są relatywne do problemów będących przedmiotem zainteresowania danej dyscypliny oraz celów, jakie sobie ta dyscyplina stawia. Stąd też omawianie metod pedagogiki prenatalnej jest bardziej trafne właśnie po omówieniu przedmiotu i celu tej subdyscypliny pedagogicznej (patrz paragraf II i III Rozdziału piątego).

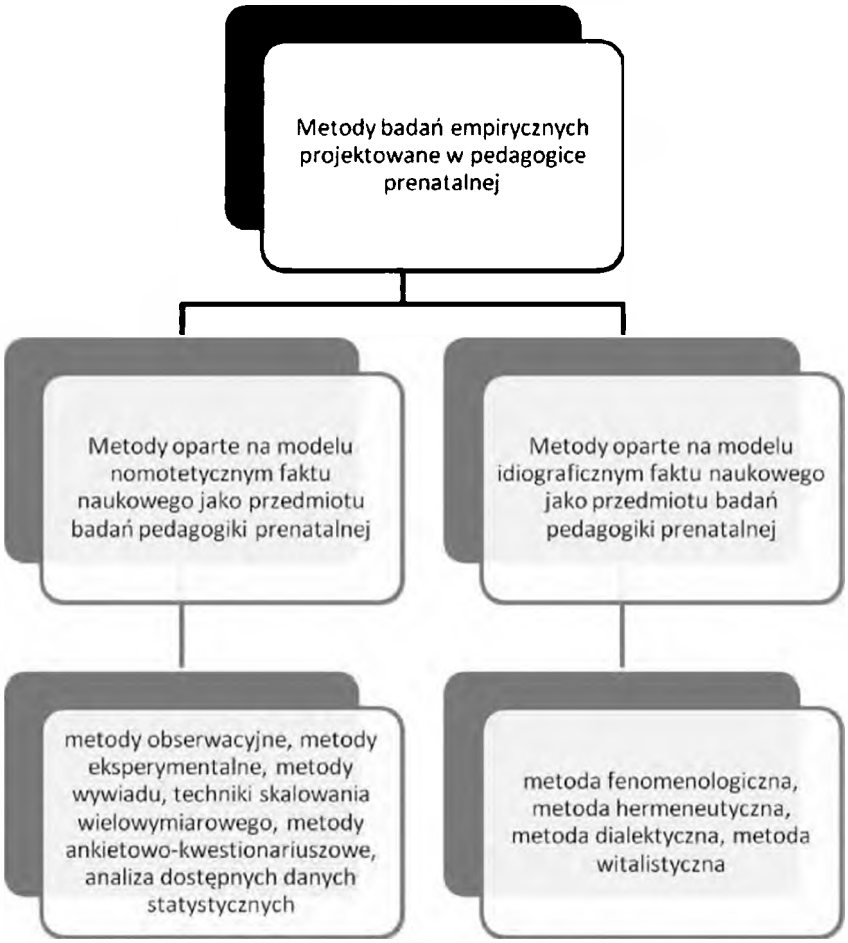
Z uwagi więc na cele teoretyczno-poznawcze pedagogiki prenatalnej zostaną omówione metody nomotetyczne (bazujące na nomotetycznym modelu faktu naukowego). Ze względu z kolei na cele aplikacyjne pedagogiki prenatalnej będą omówione metody bazujące na idiograficznym modelu faktu naukowego. Tak więc z jednej strony omówimy niektóre metody typowe dla nauk przyrodniczych (np. metody obserwacji, eksperymenty), a z drugiej strony metody stosowane w humanistyce (np. metoda fenomenologiczna, hermeneutyczna, witalistyczna). Zaprezentowane zostaną również metody interdyscyplinarne, które są możliwe do wykorzystania w pedagogice prenatalnej oraz wskazane możliwości adaptacji przez nią niektórych innych metod.

Metody nomotetyczne oraz idiograficzne

Jednym z kryteriów podziału metod badawczych w pedagogice prenatalnej jako nauce empirycznej może być zakładany przez te metody model faktu naukowego jako przedmiotu badań pedagogiki prenatalnej. Można więc wyróżnić metody zakładające powtarzalność zdarzeń, zachowań, procesów, relacji, czyli metody nomotetyczne oraz metody idiograficzne, zakładające, iż przedmiot badań i analiz pedagogiki prenatalnej ma naturę jedyną, wyjątkową i niepowtarzalną.

W związku z takim kryterium podziału proponowanych w pedagogice prenatalnej metod badawczych, można przyjąć ich systematyzację przedstawioną na rysunku 2.

Jak widać na rys. 2., do metod badawczych zakładających model nomotetyczny faktu naukowego jako przedmiotu badań pedagogiki prenatalnej, można zaliczyć następujące metody:



Rysunek 2. Systematyzacja metod badań empirycznych projektowanych w pedagogice prenatalnej

– metody obserwacyjne zachowania się człowieka w okresie prenatalnym, np. specjalnie zaplanowane dzienniki obserwacyjne, techniki monitoringowe, wideotechnika, gdzie obserwacja może być dokonywana przez pedagoga, psychologa, personel medyczny, matkę lub inne osoby z rodziny wobec osób zaangażowanych w proces prokreacji, np.: matka w okresie ciąży, ojciec dziecka prenatalnego, rodzeństwo dziecka;

– eksperyment nastawiony m.in. na: badanie procesów i relacji społecznych osób będących w procesie prokreacji[35];

[35] Problem eksperymentu w pedagogice został omówiony w publikacjach m.in. J. Brzezińskiego (np. 2000).

– badanie efektywności metod edukacji prenatalnej i wychowania prenatalnego (eksperyment laboratoryjny ma tutaj dość oczywiste ograniczenia metodologiczne, lecz możliwe jest jednak wykorzystanie metodologii eksperymentu *quasi*-naturalnego oraz skalowania wielowymiarowego za pośrednictwem dostępnych programów komputerowych);

– ankieta lub kwestionariusz standaryzowany dotyczący różnych zdarzeń prokreacyjnych – badanymi osobami mogą być matki w okresie ciąży lub inne osoby;

– metoda wywiadu swobodnego ukierunkowanego na określony problem dotyczący prokreacji;

– metoda analizy dokumentu, np. pamiętnika ciążowego;

– metody analizy dostępnych danych statystycznych dotyczących ciąży, porodu, karmienia naturalnego, niepowodzeń prokreacyjnych, stanu zdrowia, kondycji dziecka prenatalnego lub noworodka (metody te będą mogły mieć znaczenie pomocnicze dla pedagogiki prenatalnej).

Współczesne teorie pedagogiczne stanowią dość zróżnicowaną mozaikę wizji, ujęć czy też proweniencji filozoficznych (Śliwerski, 2003; Łobocki, 2004). Z tego pluralizmu teoretycznego wynika pluralizm stosowanych metod badawczych (Nowak, 1985; Góralski, 1994; Pilch, Bauman, 2001; Goriszowski, 2003; Gnitecki, 2006; Łobocki, 2006, 2007; Babbie, 2008). Nowak (1999), poszukując podstaw dla pedagogiki ogólnej, wskazuje również na większą elastyczność pedagogów w odniesieniu do metod naukowych nastawionych na poszukiwanie zrozumienia i nadanie sensu faktowi wychowania (rzeczywistości wychowania). Autor ten omawia 5 metod zasługujących na uwagę w pedagogicznej analizie wychowania: metoda fenomenologiczna, hermeneutyczna, dialektyczna, witalistyczna, interdysycyplinarna. Wszystkie zakładają zasadniczo idiograficzną naturę faktu naukowego jako przedmiotu analizy (patrz rys. 2.). Obecnie zostanie przedstawiona propozycja adaptacji tych metod na użytek pedagogiki prenatalnej.

Metoda fenomenologiczna, mająca swój pierwowzór w epistemologii E. Husserla (1900/1901), polegałaby na ujęciu najpierw tzw. warstwy oglądów procesu wychowania prenatalnego (np. od strony matki lub ojca dziecka, innych członków rodziny). Następnym etapem jest tzw. proces uzmienniania oglądów (zwany również wariacją imaginatywną), żeby ostatecznie dojść do ujęcia istoty rzeczy w relacjach składających się na proces wychowania prenatalnego. Istotą rzeczy jest odkrycie istnienia nowej osoby w relacjach rodziny, będącej w procesie prokreacji. Osoba ta jest partnerem tych relacji i należy wobec niej wykazać postawę szacunku z racji osobowej godności, która jej przynależy (Nowak, 1999, s. 63; Ablewicz, 2004).

Metoda hermeneutyczna, która jest typowa dla nauk humanistycznych, według jej twórcy – W. Diltheya, jest metodą refleksji i rozumienia jednostkowych faktów, które ujmowane są idiograficznie, tzn. jako jedyne i niepowtarzalne. Istotą tej metody jest coraz pełniejsze rozumienie sytuacji, w jakiej znalazł się człowiek (Kwieciński, Witkowski, 1990; Nowak, 1993, 1999, s. 64; Ablewicz, 1994; Turlejska, 2004). W odniesieniu do sytuacji prenatalnej, metoda ta polegałaby na pomocy w głębszym

i pełniejszym rozumieniu sytuacji, w jakiej znalazły się osoby będące w procesie prokreacji oraz dziecko prenatalne, będące podmiotem opieki i wychowania. Sytuacja ta wymyka się bowiem ze schematu wyjaśniania przyczynowo-skutkowego, gdyż oprócz procesów i zjawisk natury fizyko-biologicznej, społecznej i psychicznej zawiera również zjawiska natury duchowej, które stanowią obszar wychowania prenatalnego. Fakty rzeczywistości prenatalnej wymagają zrozumienia w ramach modelu idiograficznego, pod względem ich sensu i znaczenia, gdyż chodzi tu o fakty międzyludzkie, które pedagogika chce zrozumieć jako ludzkie w całej swojej głębi.

Zastosowanie metody hermeneutycznej w pedagogice prenatalnej pozwoli na lepsze zrozumienie człowieka zaangażowanego w prokreację przez stosującego tę metodę pedagoga, a tym samym na bardziej adekwatne oddziaływanie wychowawcze i edukacyjne. Dzięki wiedzy i doświadczeniu związanemu z interpretowaniem rzeczywistości prenatalnej i prokreacyjnej, pedagog będzie mógł coraz bardziej dogłębnie uchwycić ukryte znaczenia wydarzeń prokreacyjnych dla rodziców oraz znaczenie ich zachowań w odpowiedzi na te wydarzenia i osobę dziecka, będzie mógł coraz lepiej odczytać, jaki jest sens tego, co jest treścią ich wypowiedzi, co jest przedmiotem jego obserwacji („koło hermeneutyczne" – Nowak, 1993).

Dla pedagogiki prenatalnej można zauważyć również przydatność metody dialektycznej, mającej swoje filozoficzne źródło w systemie Hegla. Dzięki tej metodzie możliwa jest refleksja, obejmująca przeciwstawne sobie bieguny: tezę – antytezę, co prowadzi do jeszcze pełniejszej syntezy. Metoda ta może być w pedagogice prenatalnej wykorzystywana jako komplementarna w stosunku do innych metod (Nowak, 1999, s. 64-65). W konkretnych sytuacjach prokreacyjnych mamy bowiem często do czynienia z realnym konfliktem motywów, uczuć, argumentów, postaw, nie tylko ze strony różnych uczestników tej sytuacji, ale również u tej samej osoby, np. u matki w okresie ciąży. Metoda ta pozwala zestawiać pozostające w realnym czy pozornym konflikcie tezy o treści odnoszącej się do sytuacji prokreacji oraz dokonywać uzgadniania między nimi w postaci nowej syntezy, którą jest zaakceptowanie istniejącej sytuacji i określenie nowych relacji międzyludzkich.

Niezwykle obiecującą metodą dla pedagogiki prenatalnej wydaje się opracowana przez R. Guardiniego metoda witalistyczna, znana również jako metoda analizy żywego konkretu (Nowak, 1999, s. 65). Jest ona zbliżona do metody dialektycznej, lecz nie prowadzi do syntezy dwóch przeciwstawnych elementów, lecz dąży do utrzymania stanu zawieszenia, wyzwalającego specyficzne napięcie między członami relacji przeciwieństwa. Guardiniemu nie tyle chodzi o walkę przeciwieństw, ile o dwie grupy *przeciwieństw intraempirycznych* (np. akt – struktura, treść – forma, całościowość – cząstkowość) oraz *przeciwieństw transempirycznych* (np. twórczość – dyspozycyjność, immanencja – transcendencja, odrębność – związek). Propozycja ta ma szczególne znaczenie dla analizy sytuacji wychowania prenatalnego, która jest ukierunkowana na cel budowania relacji osobowej z nowym członkiem rodziny, będącym w prenatalnym okresie rozwoju. Ta metoda poznania pozwala otworzyć się na nowego człowieka, którym jest dziecko przed urodzeniem, i jako z żywym

podmiotem wchodzić z nim w relacje osobowe (macierzyńskie, ojcowskie, siostrzane, braterskie, krewniacze). Wielką wartością tej metody jest postawa otwarcia na poczętego człowieka różnych członków rodziny.

Przedstawiony powyżej podział metod badawczych na nomotetyczne oraz idiograficzne, jest zasadniczo przystający do podziału znanego w podręcznikach pedagogicznych jako metodologia badań ilościowych oraz jakościowych (por. Kwieciński, Śliwerski, 2003; Śliwerski, 2006a). Metody nomotetyczne starają się wyniki swoich obserwacji jak najściślej mierzyć, w miarę możliwości przedstawiać na skalach wielowymiarowych lub przynajmniej ustalać liczebność faktów empirycznych. Z kolei w metodach idiograficznych chodzi raczej o jakościową ekspresję zdarzenia empirycznego.

Metody interdyscyplinarne

Cennym ubogaceniem repertuaru metod badawczych pedagogiki prenatalnej jest jej interdyscyplinarność. Można tutaj mówić zarówno o interdyscyplinarności związanej z badaniami naukowymi w pedagogice prenatalnej oraz w dyscyplinach, z którymi pozostaje ona w ścisłej współpracy (metoda interdysycyplinarna), jak i o praktyce w zakresie edukacji i wychowania prenatalnego (praktyka interdyscyplinarna). W obu przypadkach chodzi o metodologiczną współpracę pedagogiki prenatalnej zarówno z innymi dyscyplinami pedagogicznymi, jak i z dyscyplinami pozapedagogicznymi, np. z medycyną, psychologią, socjologią, filozofią, teologią.

Stąd też metody akceptowane w pedagogice prenatalnej mogą być różnych proweniencji naukowych. Mogą to być ścisłe metody analityczno-kliniczne nauk medycznych z obszaru badań laboratoryjnych, ultrasonograficznych, encefalograficznych, kardiograficznych. Przydatne dla pedagogiki prenatalnej mogą być również metody psychometryczne, stosowane w ścisłych badaniach laboratoryjnych, przeprowadzanych w najnowocześniejszych laboratoriach, np. psychoakustycznych, jak również badania testowe czy kwestionariuszowe stosowane przez psychologów. Również typowe badania ankietowe socjologów dotyczące postaw ludzi wobec kwestii prenatalnych, prokreacyjnych mogą być bardzo przydatne pedagogom prenatalnym. W związku z tym należy zaakceptować metodologię doboru próbek z populacji badanych osób, jak i metody statystyczne opracowywania uzyskanych danych stosowane przez socjologów. Zupełnie odmienną specyfikę metodologiczną mają z kolei metody nauk filozoficznych (np. metoda dedukcyjna oraz indukcyjna), które też mogą mieć znaczenie systematyzacyjne lub heurystyczne dla pedagogiki prenatalnej.

Możliwości adaptacyjne innych metod

Skoro zadaniem wychowania jest wspomaganie rozwoju dziecka, to tym samym pedagogika prenatalna uwzględnia m.in. metody badań naukowych sugerowane przez podejście pedagogiki spotkania i dialogu oraz metody wynikające z inspiracji

pedagogiki komunikacji międzyludzkiej. Powołując się na wyodrębnione przez S. Kawulę (2004a, s. 35-36) zasady wychowania dla wspomagania rozwoju drugiego człowieka w relacji „osoba z osobą", można starać się, by mogły one być zastosowane do sytuacji dialogu prenatalnego. Oczywiście wymagają one treściowej modyfikacji.

Zasada dualności, rozumiana jako wyłączność relacji między dwoma osobami, jest możliwa w odniesieniu do matki. W stosunku do innych osób ich relacje z dzieckiem prenatalnym przebiegają poprzez matkę i za jej przyzwoleniem. Tak więc osoba matki ma wpływ na przebieg tej relacji. Natomiast zasada wspomagania, jaką jest dialog w formie komunikacji (głównie) pozawerbalnej, jest możliwa do zastosowania przez otoczenie. Zasada obecności i otwartości na obiekt w wypadku dziecka jest spełniona, zaś od rodziców wymaga ona nieco wysiłku, by otwartość na posyłane przez dziecko informacje zwrotne dzięki ich empatii była uaktywniona. Podobnie dwustronność jako zasada relacji jest możliwa do odniesienia w interakcje dziecka ze światem przed jego urodzeniem, a wspomagającą zasadę w tym wypadku, zwaną zasadą partnerstwa, trzeba by rozumieć jako zasadę podmiotowości. Relacje z dzieckiem prenatalnym powinny być również nacechowane zasadą jedności, bezpośredniości i bliskości emocjonalnej. Dzięki tym cechom relacji dziecko to jest wspomagane w swym rozwoju.

Do dziecka prenatalnego w szczególny sposób odnosi się kategoria „być" nad „mieć", gdyż to, co może ono zaoferować dorosłemu, to swoje istnienie, które jest jeszcze zależne, bezradne, wymagające wspomagania, a jednocześnie, jeśli zostanie zaakceptowane i „zaopiekowane", pogłębia ludzkie „być" samych rodziców. Szczególnie interesującym polem do rozwinięcia na terenie pedagogiki prenatalnej jest zagadnienie podmiotowości i podmiotu wychowania prenatalnego (por. np. Kubiak-Jurecka, A. Molesztak, 1993; Lewowicki, 1993; Bańka, 2002). Dziecko prenatalne jest osobą rozwijającą się, poznającą, przeżywającą i działającą. Musi być traktowane w sposób podmiotowy, z serdecznym szacunkiem dla jego godności, niepowtarzalności i jedyności.

2. Problemy dotyczące badań prenatalnego okresu życia człowieka

O naukowym charakterze danej dziedziny wiedzy rozstrzyga przede wszystkim zastosowanie naukowych metod badania rzeczywistości. W odniesieniu do pedagogiki prenatalnej konieczne jest, tak jak wobec każdej nauki, doprecyzowanie, co rozumie się na jej gruncie przez metodę naukową w ścisłym sensie. W jej ramach zauważamy stosowanie zarówno pochodnych metod klasycznych (np. rozumowania dedukcyjnego i indukcyjnego), jak też kombinacji wielu metod szczegółowych zapożyczonych z innych nauk, np. psychologii, akustyki, neurologii.

Najważniejszym problemem w rozwoju metodologii badań prenatalnego okresu było przezwyciężenie stereotypu ujmowania go jedynie z punktu widzenia ciąży. Pomogły w tym techniki medyczne, które poprzez wizualizację „zawartości

macicy" oraz rejestrację życiowych procesów oraz zachowań dziecka udokumentowały fakt odrębności ciąży jako stanu matki od rozwijającego się dzięki niemu dziecka. Jednym z pytań, jakie stawia sobie pedagogika prenatalna, jest to, w jaki sposób przeprowadzać badania rozwoju i zachowań oraz umiejętności dziecka przed urodzeniem, jak też efektywności wpływu oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych na dziecko w tym okresie. Wypracowano do tej pory kilka strategii i metod badawczych.

Warunki procesu badawczego

Oceniając warunki badań dziecka prenatalnego, stwierdza się, że są one korzystniejsze ze względu na naturalność środowiska badawczego, niż po jego urodzeniu. Dziecko prenatalne pozostaje zawsze w tym samym, określonym środowisku, o dość ścisłych parametrach i w ograniczonych co do zmienności warunkach. Jednak ze względu na specyfikę tego środowiska, badanie rozwoju dziecka przed urodzeniem jest szczególnie utrudnione. Brak jest odpowiednich narzędzi badawczych umożliwiających bezpośrednie dotarcie do przedmiotu badań (dziecka) lub uchwycenie zmiennych[36].

Przykładem badań tzw. naturalnych mogą być badania polegające na dokonywanej przez matki obserwacji zachowań dziecka. Wartość diagnostyczna oceny ruchów dziecka przez matkę jest na tyle duża, że może być stosowana jako nieinwazyjny, niekosztowny test badający „dobrostan dziecka" (Rayburn, McKean, 1980; Dickinson, 1986; Westgren i in., 1987; Nyman, Westgren, 1989). Rzetelność i trafność tego testu zależy jednak od sposobu prezentacji instrukcji (Dickinson, 1986), a tym samym od stopnia jej rozumienia i interpretowania wzorców ruchów dziecka, od umotywowania matki i jej zaangażowania w dokładne prowadzenie obserwacji (Rayburn, Mc Kean, 1980, s. 161), jak też od jej osobowości – kobiety o cechach introwertywnych oraz stabilne emocjonalnie mają tendencję do bardziej dokładnego liczenia ruchów w sytuacjach stresowych (Kindt i in., 1987). Obserwacja ruchów dziecka przez matkę ma więc swoje słabe strony.

Zaletą badań tzw. naturalnych jest wiedza co do zachowań dziecka w warunkach codziennego życia. Ograniczeniem jest jednak fakt trudności w kontroli zmiennych wpływających na zachowanie, a więc niemożność uchwycenia związków przyczynowo-skutkowych. Poza tym technika obserwacyjna w warunkach naturalnych jest

[36] Badania o charakterze naturalnym są o wiele łatwiejsze do przeprowadzenia wobec osób będących w procesie prokreacji ze względu na ich dostępność dla badacza, np. analiza zależności przebiegu porodu od poziomu stresu matki badanego rzetelnym narzędziem psychologicznym. Porównanie długości trwania porodu i komplikacji w jego przebiegu u matek, które przeżywały długotrwały stres w okresie ciąży (grupa eksperymentalna), i u matek, które nie doświadczały takich stanów (grupa kontrolna), przy dobrej kontroli innych zmiennych wskazuje na rolę stresu w procesach prokreacyjnych.

podatna na wpływ czynników subiektywnych, związanych z osobą obserwatora – jego wrażliwości, nastawień, przekonań, motywacji, interpretacji.

Chcąc przezwyciężyć słabości metod obserwacji w warunkach naturalnych, stosuje się czasem tzw. obserwację kontrolowaną, gdy obserwator do pewnego stopnia kontroluje i manipuluje sytuacją, rejestrując obserwowane zachowanie spontaniczne.

Obserwacja taka powinna spełniać warunki:

– Obserwowane zachowanie jest maksymalnie obiektywnie zdefiniowane.
– Obserwator jest trenowany – otrzymuje instrukcję, jak obserwować.
– Obserwator koncentruje się na szczególnym typie zachowań w danym czasie.
– Obserwator dokonuje analizy i zapisu danych tak kompletnie, jak to możliwe i w formie ilościowej.
– Obserwator może być wspomagany przez innego – niezależnego obserwatora.
– Obserwacja metodą próbek czasowych jest lepsza niż przez dłuższy okres.
– Obserwacja jest lepsza, gdy obserwowany nie zdaje sobie z tego sprawy.
– Obserwację mogą wspomóc zdjęcia, wideo, filmy.

Istnieje jednak problem wpływu obecności i osobowości obserwatora na przebieg obserwowanej sytuacji.

Natomiast badania eksperymentalne wykorzystują aparaturę, manipulują bodźcami w kontrolowanych warunkach, można je powtórzyć, a wyniki ich przedstawiane są w postaci pomiarów, np. za laboratoryjne uznamy badania akcji serca matki i dziecka po usłyszeniu przez matkę dźwięków o różnym natężeniu.

Kontrola eksperymentalna opiera się na przyjęciu hipotez, procedurze badawczej, analizie danych, wyciąganiu wniosków, by bardziej dokładnie opisać i lepiej zrozumieć zachowania ludzkie. Ekstrapolacje z badań – dedukcja z danych prowadzi do serii dalszych hipotez i podejmowania dalszych, weryfikujących je badań.

Stosowanie bodźców sztucznych w warunkach eksperymentalnych rodzi pytanie, w jakim stopniu można z nich wnioskować o naturalnym, niestymulowanym zachowaniu dziecka prenatalnego, tzn. czy i w jakim stopniu dziecko wykorzystuje swoje potencjalne możliwości ujawniane w warunkach sztucznie wywołanych, jeśli w naturalnych warunkach życia w łonie brak jest takiego stymulatora? Podobna kwestia dotyczy badań USG, które uważane są powszechnie za nieinwazyjne, stąd można by wnioskować, że badanie to umożliwia obserwację dziecka w warunkach naturalnych, a jednak samo badanie okazuje się mieć wpływ na zachowanie dziecka.

Strategie i procedury badawcze

Obecnie zostaną omówione dwie strategie i związane z nimi procedury badawcze okresu prenatalnego. Pierwsza strategia badań zmierza do uchwycenia osiągnięć wybranego okresu w rozwoju prenatalnym (np. pierwszego kwartału), a w jego ramach tych aspektów, które są przedmiotem zainteresowania badacza (np. ruchów spontanicznych). Nie uwzględnia ona zmiennej wieku.

Druga strategia polega na badaniu dynamiki rozwoju, a więc zmian zależnych od wieku. W ramach tego podejścia stosuje się dwie strategie gromadzenia danych: strategię badań podłużnych oraz strategię badań poprzecznych.

Procedura badań podłużnych (longitudinalnych) polega na badaniu przez dłuższy czas tej samej grupy dzieci lub rodziców, zachowując różne interwały czasowe zależnie od problemu i grupy badanej, np. reakcji na dotyk w 3, 6 i 9 miesiącu życia prenatalnego, cech temperamentu wcześniaków zaraz po porodzie oraz kolejno, gdy osiągną dalsze miesiące (np. 6, 12, 24, 36 miesięcy, i dalej), jak też np. wyobrażeń matek o dziecku w kolejnych trymestrach ciąży (np. I, II i III trymestrze).

Badania longitudinalne są jedynym podejściem badawczym, które daje pełny opis rozwoju, zarówno co do indywidualnej krzywej rozwoju, jak i średniej. Pozwalają dokonać pomiaru indywidualnych zmian rozwojowych, dzięki czemu możliwe jest przewidywanie przyszłości na podstawie przeszłości. Wykazują, że dana cecha lub umiejętność jest przez niektóre dzieci lub ich rodziców osiągana dużo wcześniej a przez inne później (Krech, Crutchfield, Livson, 1969). Poza tym różnicują zmiany rozwojowe z dużą dokładnością, pokazują, co jest zmienne a co stałe w rozwoju dziecka lub w przeżyciach rodziców oraz jaka jest dynamika zmian. Pozwalają one również kontrolować wpływ czynników działających w okresie prenatalnym na dalszy rozwój dzieci lub wpływ wczesnych doświadczeń rodzicielskich na wzajemne relacje z dzieckiem.

Oczywiście tego rodzaju badania są rzadko przeprowadzane, gdyż pochłaniają wiele czasu i są bardzo kosztowne. Łatwo dochodzi w nich do utraty reprezentatywności grupy badanej, gdyż część badanych osób „wykrusza się" z badań z różnych powodów. To „wyczerpywanie się próby" może być spowodowane mniej lub bardziej znaczącymi dla interpretacji wyników badań czynnikami (np. powodującymi komplikacje w ciąży, śmierć dziecka, zaburzenia rozwojowe po urodzeniu), choć czasem są one nieznane (z powodu np. zmiany miejsca zamieszkania, odmowy dalszego udziału w badaniach). W niektórych badaniach istnieje ryzyko, że długo trwające badania mają wpływ na rozwój, historię życia podmiotu badań i na wartość pomiaru, np. matki biorące udział w badaniach longitudinalnych mogą starać się bardziej niż inne przestrzegać wszystkich zaleceń higieniczno-żywieniowych, a tym samym wpływać na lepszy rozwój swoich dzieci. Jeśli natomiast badania przeprowadzane są w odniesieniu do rodziców, istnieje ryzyko wpływu „nauczenia się uczestnictwa" – retestowanie daje biegłość w wypełnianiu kwestionariuszy i testów; podsuwa sugestie, co jest istotne, jak należy odpowiadać; zaspakaja ważne potrzeby psychiczne, np. kobiety ciężarnej.

Druga strategia zbierania danych nazywa się procedurą poprzeczną (przekrojową) i polega na jednoczesnym badaniu osób o różnym wieku lub na różnych etapach prokreacji i porównywaniu ich rozwoju pod względem zmiennej (np. cechy, umiejętności, sposobu reagowania lub zachowania), będącej przedmiotem zainteresowania, np. reakcji na dotyk u dzieci w 5, 7 i 9 miesiącu życia prenatalnego, przeżyć rodziców będących przed i tych, co są już po badaniu USG. W niektórych badaniach

łączy się oba te podejścia, np. chcąc stwierdzić dynamikę zmian w przeżyciach kobiet ciężarnych – jedną grupę testuje się w drugim i powtarza się badanie w czwartym miesiącu ciąży, a drugą grupę testuje się w szóstym i powtarza się badania w ósmym miesiącu ciąży.

Badania poprzeczne są bardzo wygodne i pod wieloma względami adekwatne – obrazują średnie trendy. Badania te pozwalają powiedzieć, czy to, co jest przedmiotem badania, różni się (średnio) na dwóch poziomach rozwojowych, ale nie określają, jak to się zmienia, jak różni się przebieg rozwoju. Nie dają też wglądu w różnice wewnątrz indywidualne, które zaznaczają się już w okresie prenatalnym oraz w przebiegu ciąży. Nie uwzględniają wpływu powtarzających się zmian występujących w czasie i wpływających na pewne charakterystyki, np. inny typ wykształcenia u matek, stąd inna dieta, a więc inne warunki rozwoju dziecka. Proces rozwojowy zostaje sztucznie podzielony, nie zawsze zgodnie z dynamiką zmian. W wyciąganiu wniosków polega się całkowicie na ekstrapolacji, domyślaniu.

W stosunku do badań prowadzonych w okresie prenatalnym istnieje jeszcze problem odmiennych przeżyć, doświadczeń i zachowań matek w poszczególnych okresach ciąży oraz zróżnicowanych form opieki medycznej, a w niektórych badaniach może to być zmienną wpływającą bardziej na wyniki niż etap rozwoju dziecka.

Zmienne w badaniach prenatalnych

Zmienną zależną w badaniach prenatalnych jest zachowanie podmiotów tych badań, czyli podmiotów właściwych (dzieci prenatalnych), podmiotów substytucyjnych (zwierząt laboratoryjnych), podmiotów pośrednich (matek w ciąży, członków rodziny) oraz podmiotów dwuczłonowych (matka – dziecko prenatalne). W sensie procedury badawczej zachowanie podmiotów badań prenatalnych jest przedmiotem obserwacji bezpośredniej badacza, rejestracji korelatów psychofizjologicznych, analiz biomedycznych, pomiarów testowych, rejestracji reakcji werbalnych i pozawerbalnych. Rezultatem tej procedury jest dokonanie określonego rejestru zmiennej zależnej w postaci kategorii jakościowej bądź w postaci kwantytatywnej na skali pomiarowej.

Rozwój technik biomedycznych i laboratoryjnych niesie ze sobą możliwość dokonywania coraz to bardziej wnikliwych obserwacji zmiennej zależnej w badaniach prenatalnych oraz bardziej precyzyjnych pomiarów reakcji badanych podmiotów w tych badaniach. Pozwala to nie tylko odkrywać nowe prawidłowości w rozwoju prenatalnym człowieka, lecz również niejednokrotnie zaplanować pomoc terapeutyczną dla dziecka prenatalnego i psychoterapeutyczną dla jego matki oraz innych członków rodziny.

Jednym z kluczowych problemów metodologicznych w badaniach prenatalnych są zmienne niezależne. Można zasadniczo mówić o dwóch problemach związanych z tymi zmiennymi: 1) bardzo szeroki ich zakres, oraz 2) ograniczone możliwości ich precyzyjnej kontroli w badaniach.

Kontrola eksperymentalna opiera się na przyjęciu hipotez, procedurze badawczej, analizie danych, wyciąganiu wniosków, by bardziej dokładnie opisać i lepiej zrozumieć zachowania ludzkie. Ekstrapolacje z badań – dedukcja z danych prowadzi do serii dalszych hipotez, z następującymi weryfikującymi je badaniami. Dzięki ścisłej kontroli zmiennych w trakcie eksperymentu możliwe jest wyciąganie „twardych" wniosków o wpływie zmiennej niezależnej na zmienną zależną, a więc co do związków przyczynowo-skutkowych w rozwoju człowieka. W okresie płodowym liczba zmiennych, które interferują ze zmiennymi niezależnymi, jest prawdopodobnie mniejsza niż w życiu pozałonowym, ale ich identyfikacja jest trudniejsza. Dzięki precyzji w kontroli zmiennych badania takie można powtarzać.

Niestety, mają one słabości i ograniczenia. Badanie to jest prowadzone w krótkim wymiarze czasowym, dlatego nie wiadomo, czy uchwycono wszystkie konsekwencje zastosowanej zmiennej niezależnej, jakie są odległe skutki takiego eksperymentu dla ekosystemu łonowego i dla rozwoju dziecka, czy jego zachowanie w odpowiedzi na sztuczny bodziec jest takie same, jak na bodziec działający w naturalnej sytuacji, czy zaobserwowana reakcja w ogóle występuje bez stosowania sztucznej stymulacji. Fakt odnotowania jakiejś umiejętności u dziecka nie oznacza bowiem, że jest ona przez niego wykorzystywana na tym etapie rozwoju i w ten sam sposób ujawniana jak w eksperymencie. Dziecko może z tej umiejętności nie korzystać, gdyż warunki życia łonowego nie stymulują go do tego. Eksperyment przez swoją sztuczność pozwala na ograniczone wnioskowanie co do naturalnych zachowań dziecka prenatalnego.

Nawiązując do zakresu zmiennych niezależnych, badacz – psycholog lub pedagog prenatalny winien śledzić aktualny rozwój zarówno badań prenatalnych, jak i praktyki poradniano-klinicznej oraz edukacyjnej i na tej podstawie na bieżąco systematyzować oraz hierarchizować uwzględniane na tym polu czynniki, które mogą zostać uznane za ważne praktycznie. Na tej podstawie winien on podejmować decyzję dotyczącą uwzględniania określonych czynników zarówno jako zmiennych niezależnych w badaniach, jak i w praktyce pedagogicznej.

Innym z wymienionych problemów metodologicznych dotyczących zmiennych niezależnych w badaniach jest ich operacyjna kontrola. Z uwagi na problemy zdrowotne, moralne, organizacyjne czy ekonomiczne nie można planować wielu badań prenatalnych typu laboratoryjnego czy nawet klinicznego, gdzie istniałaby możliwość poprawnej metodologicznie kontroli niektórych zmiennych niezależnych typu podmiotowego bądź bodźcowego. Nie można bowiem dysponować „na zamówienie" badacza dziećmi prenatalnymi o określonych cechach, zwłaszcza w określonej liczbie stanowiącej niezbędne minimum statystyczne, a które mogłyby zostać poddane zaplanowanej przez badacza stymulacji bodźcowej. Stąd też z konieczności w badaniach prenatalnych wiele zmiennych niezależnych kontroluje się w sposób ograniczony.

Poza tym, wykorzystuje się najczęściej naturalne sytuacje i w nich przeprowadza się potrzebne badania. Z tego względu są to najczęściej badania na małych próbkach lub wręcz analizy przypadków, pozwalające wyciągać wnioski dotyczące prawidło-

wości rozwoju prenatalnego o ograniczonym zakresie co do możliwości ich generalizacji indukcyjnej.

3. Podmiot badań prenatalnych

Najtrudniejszym problemem, przed jakim stoi pedagogika zajmująca się prenatalnym okresem rozwoju, jest to, jakich użyć metod, by śledzić początki rozwoju psychofizycznego dziecka, wymagania względem jego opieki i możliwości oddziaływań wychowawczych, nie narażając go na szkody, oraz by dotrzeć do przeżyć rodziców związanych z tym okresem w ich życiu – przeżyć, których sobie w pełni nie uświadamiają, a które mają wpływ na ich doświadczenia, decyzje i zachowania, skutkujące określonymi warunkami życia dziecka prenatalnego.

Dziecko prenatalne, będąc przedmiotem zainteresowania pedagogiki prenatalnej, jest jednocześnie podmiotem prowadzonych w jej ramach badań. Nie zawsze dziecko prenatalne jest bezpośrednim podmiotem badań empirycznych (obserwacji, analiz biomedycznych, badań laboratoryjnych i innych). W niektórych badaniach, zwłaszcza opartych na schemacie wnioskowania przez analogię typu laboratoryjnego (Biela, 1981, 1989), bezpośrednim podmiotem badań są embriony lub płody zwierzęce. Psychologia prenatalna wykorzystuje (a pedagogika może również wykorzystywać) wyniki z rozległych badań nad zwierzętami, szczególnie ssaków transłożyskowych. Trzeba więc rozróżnić w badaniach prenatalnych człowieka: 1) podmiot właściwy badania prenatalnego w przypadku, gdy bezpośrednim i docelowym podmiotem badań jest dziecko prenatalne; oraz 2) podmiot substytutywny badania prenatalnego, gdy bezpośrednim podmiotem badania jest płód zwierzęcy, zaś na podstawie tych badań wyciągane są przez analogię wnioski na temat dziecka prenatalnego.

Badania nad zwierzętami

Duży wpływ na sposób uprawiania psychologii prenatalnej oraz funkcjonujące w niej koncepcje wywarły teorie oraz badania z zakresu etologii (np. Hinde, 1983), a wiedza ta może być wykorzystana przez pedagogikę prenatalną. Obserwacje różnych gatunków zwierząt dostarczają wielu ciekawych hipotez i wyjaśnień. Są one bardziej dostępne badaniom naukowym niż obserwacje tego okresu u ludzi, a możliwość śledzenia wielu egzemplarzy na tym samym lub różnych stadiach prenatalnego rozwoju pozwala otrzymać bardziej wiarygodne wyniki. Badania zwierząt są szczególnie przydatne w zakresie dokładnej, wizualnej obserwacji rozwoju prenatalnego, w zakresie wypróbowywania nowych metod diagnostyki prenatalnej, nowych leków, jak i szkodliwości różnych czynników środowiska (np. liczne badania nad wpływem teratogenów) i różnych warunków porodu (np. wielokrotnej zmiany środowiska w czasie jego przebiegu) lub separacji potomstwa od matki po porodzie. Godne uwagi jest to, że w ostatnich latach przeprowadzono ogromną liczbę badań na

zwierzętach i badań porównawczych międzygatunkowych (np. człowiek – szczur, owca, małpa człekokształtna).

Większość tego, co wiemy o rozwoju prenatalnym, pochodzi z badań tych form żyjących, które są łatwe do obserwacji i eksperymentów w naturalnych warunkach (ryby, ptaki, niższe ssaki) oraz w laboratorium. O wyższych ssakach też wiele już wiadomo. Przeprowadzane przez biologów i psychologów badania nad zwierzętami dotyczyły szczególnie procesów uczenia się w ramach paradygmatu „bodziec – reakcja" (S – R)[37]. Dlatego psychologia prenatalna zwierząt jest znacznie szerzej rozbudowana niż psychologia prenatalna ludzi. Obserwacje prowadzone nad dzieckiem prenatalnym stymulują do opracowywania modeli empirycznych i wysuwania hipotez, które są sprawdzane w badaniach nad zwierzętami, a ekstrapolowane, poszerzają wiedzę o człowieku.

Problemem nierozstrzygniętym pozostaje odpowiedź na pytanie – jak bardzo jesteśmy podobni, a jak bardzo różni (w jakim zakresie, pod jakim względem), od zwierząt, by wiedzę o nich móc przenosić na ludzi. W jakim stopniu z informacji otrzymanych poprzez badania zwierząt można wnioskować o rozwoju prenatalnym człowieka, o ludzkich zachowaniach rodzicielskich, o skutkach działania negatywnych czynników w czasie ciąży na zdrowie fizyczne i psychiczne dziecka. Wiadomo, np., że rola łożyska i jego interakcja biochemiczna z organizmem matki i dziecka jest inna u człowieka niż u zwierząt, mózg zwierząt zaś jest w chwili urodzenia bardziej dojrzały w porównaniu z jego ostateczną dojrzałością, niż ma to miejsce u ludzi (McCulloch, Doughty, 2007, s. 285)[38].

[37] Zakładano, że wyższe procesy mózgowe angażują u człowieka złożone kombinacje elementarnych zasad, które mogą być precyzyjnie identyfikowane u prostych organizmów w uproszczonych, laboratoryjnych warunkach. Wierzono, że jeśli teoretyczny model okaże się skuteczny w przewidywaniu zachowań zwierząt laboratoryjnych, wtedy będzie go można ekstrapolować na bardziej złożone ludzkie zachowania w naturalnym środowisku. Obecne wysiłki badaczy zmierzające do odkrycia wyższych procesów poznawczych przez badanie różnych gatunków, przyjęły inny kierunek – zamiast wychodzić z prostych zwierzęcych zachowań w ściśle kontrolowanych warunkach, by budować precyzyjne modele, które będzie można ekstrapolować na ludzi, badacze rozwoju wychodzą od złożonego zachowania człowieka, opracowują środki, by takie zachowanie badać u zwierząt, a następnie rozumieć procesy rozwoju przez porównanie przebiegu tego zachowania u ludzi i w innych gatunkach (Achenbach, 1978, s. 234-235).

[38] Badania nad wpływem czynników szkodliwych są niepewne z powodu różnych reakcji poszczególnych gatunków na te same substancje, stąd nie daje się ludziom leków stosowanych w weterynarii, np. penicylina zabija świnki morskie i chomiki, chloroform zabija psy, morfina wywołuje agresję u kotów, aspiryna wywołuje deformację u płodów szczurów i kotów, skopolamina 2mg wywołuje śmierć u człowieka, a psy i koty wytrzymują 100 razy więcej; muchomor – mała ilość zabija kilka osób, a nie szkodzi np. królikowi, jeżozwierz nie reaguje na opium ani cyjanowodór, arsen nie jest trucizną dla owcy. Około 95% leków uznawanych za bezpieczne w wyniku testowania na zwierzętach, jest odrzucanych w drugiej fazie – klinicznych badań na ludziach.

Zasadność wnioskowania przez analogię przy wykorzystaniu modelu zwierzęcego jest ciągle przedmiotem dyskusji (Biela, 1981, 1989). Z jednej strony wiadomo, iż nie można dosłownie przenosić wniosków z badań jednego gatunku na drugi. Z drugiej strony istnieje dostatecznie dużo wspólnych cech, by badania nad zwierzętami mogły naświetlać i inspirować pytania badawcze prowadzone w odniesieniu do człowieka. Wydaje się, że wobec prenatalnego okresu jest to bardziej uzasadnione niż wobec okresu postnatalnego, ze względu na dominującą rolę uwarunkowań genetycznych nad środowiskowymi w tym okresie życia. Coraz częściej podnoszona jest jednak kwestia etycznych aspektów tych badań i wysuwane postulaty, by zakazać badań, w czasie których zwierzęta są narażone na ból lub śmierć, a prowadzić je jedynie w odniesieniu do bardzo ważnych problemów, które nie mogą być inaczej rozstrzygnięte, i korzyści, jakie przyniosą ich wyniki, przewyższają szkody (Rathus, 2006, s. 106).

Badania nad dziećmi poronionymi

Jednym ze sposobów uzyskiwania wiedzy o bardzo wczesnym rozwoju dziecka, zanim rozwinęły się nowoczesne metody wizualizacji, były obserwacje i filmowanie zachowań prowadzone wobec dzieci ronionych, które zostają operacyjnie, przy użyciu lokalnego znieczulenia, wyjęte z ciała matki i jeszcze żyjące włożone do roztworu o temperaturze i składzie chemicznym zbliżonym do płynu owodniowego, w którym przez krótki czas mogą żyć. Obserwacji poddawane są zarówno spontaniczne ruchy ciała, jak i reakcje na różne bodźce, np. dotykowe, termiczne.

Przykładem badań nad dziećmi poronionymi mogą być eksperymenty D. Hookera (1952), który badał dzieci (w fazie embrionalnej lub płodowej) wydobywane przez cesarskie cięcie ze względu na stan zdrowia matki. Były one zbyt niedojrzałe, by mogły dłużej przeżyć. Umieszczano je w specjalnym roztworze chemicznym, obserwowano i filmowano. Filmy te dokumentowały ruchy już 6-tygodniowego dziecka i udowadniały, że w wieku 12 tygodni może ono „tańczyć", wykonując unoszenie się, opadanie w dół, skoki i odpychania się. Posiada również już wtedy szereg umiejętności ruchowych, np. może kopać nogą, obracać stopą, ruszać palcami rąk i nóg, zginać przegub, obracać głową, kołysać biodrami, otwierać i zamykać usta oraz oczy, połykać, zezować, marszczyć skórę „brwi".

Hooker udowodnił, przez te zarejestrowane obserwacje poczynione już kilkadziesiąt lat temu, iż już w 7,5 tygodniu pojawia się reakcja w odpowiedzi na bodziec dotykowy. Dotyczy to górnej wargi, a reakcją na jej podrażnienie jest zwrot całego tułowia. Chociaż reakcja przebiega na poziomie rdzenia kręgowego, Hooker określił ten moment jako „punkt zerowy zachowań człowieka". Dokumentując rozwój reaktywności na różne bodźce, Hooker ilustrował, jak w wieku 11 tygodni rezultatem stymulacji dłoni jest jej zamknięcie, a w wieku 15 tygodni już cała powierzchnia ciała jest wrażliwa na dotyk i stopniowo reakcja zostaje ograniczona do okolicy drażnionej (zanika irradiacja pobudzenia). Badał też ruchy nabierania i wypierania wód płodo-

wych (pod koniec 3 miesiąca życia) oraz rozwój ruchów oddychania (częstotliwości, siły i amplitudy skurczów i rozkurczów mięśni przepony i brzucha – ok. 19 tygodnia).

Podobne badania M. Minkowskiego z Uniwersytetu w Zurychu, a prowadzone na embrionach wydobytych z macicy, relacjonuje Watson (1963). Minkowski udokumentował, iż dziecko w wieku 2-2,5 miesiąca przejawia sporo ruchów tułowia, głowy i kończyn, ale na tym etapie rozwoju „ruchy te są na razie powolne, asymetryczne, arytmiczne, nieskoordynowane. Ich amplituda jest mała" (Watson, 1963, s. 116).

Badania te budziły sprzeciw moralny, gdyż jedynie dla celów eksperymentalnych przedłużają życie istot ludzkich. Poza tym, chociaż metoda ta umożliwia bezpośrednią obserwację reakcji na różne bodźce, to jednak dziecko zostaje umieszczone w innym niż macica środowisku, więc i jego reakcje mogą być inne ze względu na odmienność bodźców otaczającego środowiska, jak i ze względu na samą jego zmianę, która wymaga adaptacji. Ponadto fakt, iż dziecko wykazuje jakąś reaktywność umieszczone poza macicą, nic nie mówi, w jakim stopniu ta możliwość była aktualizowana w naturalnym środowisku życia. Niemniej, badane w ten sposób zdolności ruchowe zostały potwierdzone obecnie poprzez badania ultrasonograficzne, a wiedza o nich ma ogromne znaczenie dla kształtowania wczesnej więzi rodziców z dzieckiem przed urodzeniem (Kornas-Biela, 1992c). Wzrost wiedzy o rozwoju dziecka prenatalnego jest pomocny dla pedagoga w pracy edukacyjnej oraz we wspomaganiu rodziców w procesie prokreacji.

Badania wcześniaków

Nasza wiedza, dotycząca rozwoju prenatalnego, budowana jest również na podstawie wyników badań dzieci wcześniaczych. Przejście z okresu pre- do postnatalnego jawi się w rozwoju zachowań jako radykalna zmiana, ale większość zachowań noworodka ludzkiego jest kontynuacją prenatalnych aktywności, szczególnych wzorców, modeli, form aktywności (*pattering* – Almli, Ball, Wheeler, 2001).

Obserwując możliwości dzieci przedwcześnie urodzonych, można wnioskować o tym, kiedy poszczególne funkcje (np. oddychania), odruchy bezwarunkowe (np. ssanie, odruch chwytny[39]), wrażliwość czy zdolność reagowania (np. na zmianę temperatury, światło, dźwięk), z którymi dziecko przychodzi na świat, rozwijają się w okresie prenatalnym. Badania te informują nas na temat struktur gotowych do funkcjonowania, jeśli tylko pojawi się odpowiedni bodziec[40]. Jednakże niektóre z tych możliwości są raczej w formie potencjalności i nie wiemy, jak bardzo środo-

[39] Odruch chwytny (*grasp reflex*) pojawia się w 17. tygodniu, Moro (*startle reflex*) pojawia się w 25. tygodniu, odruch ssania (*suckling reflex*) od 28. tygodnia (Kaplan, Sadock, Grebb, 1994, s. 39).

[40] Np. od 7. miesiąca, gdy powietrze dostanie się do płuc, następuje całkowita i niezależna od matki cyrkulacja powietrza; oczyszczanie krwi, jak tylko przerwie się przepływ krwi pępowinowej; niezależny metabolizm, co ujawnia, że system wisceralny był gotowy do działania.

wisko wewnątrzmaciczne pozwala na ich ujawnienie. Inne natomiast funkcjonują, jak np. wrażliwość zmysłowa, ale jakość bodźców docierających do dziecka w łonie i poza nim, sposób transmisji bodźców (np. droga pozaakustyczna, po urodzeniu akustyczna), warunki życia, sposób działania wszystkich narządów (oddychanie, krążenie, wydzielanie wewnętrzne, trawienie przebiega w inny sposób) i nowe jakościowo bodźce społeczne są inne w środowisku matczynym, a inne poza nim.

Chociaż genetyczne predyspozycje modyfikowane są od poczęcia przez wewnętrzne i zewnętrzne czynniki działające w całym okresie rozwoju prenatalnego, to jednak wpływ ich nie jest tak znaczący dla modyfikacji tych predyspozycji, jak po urodzeniu. Rozwój dziecka przed urodzeniem zależy od środowiska śródmacicznego i zewnętrznego, ale oba te środowiska grają ograniczoną rolę w regulacji rozwojem w tym okresie[41]. Analiza potrzeb adaptacyjnych noworodka pozwala zrozumieć różnice, jakie występują między okresem prenatalnym i postnatalnym (Kornacka, 2003; Helwich, 2005; Hall, Oppenheim, 1987, s. 101-102).

Wnioski z badań wcześniaków są istotne dla pedagoga, gdyż ukazują potrzeby tych dzieci oraz możliwości wczesnej profilaktycznej interwencji, by zapobiegać traumie przedwczesnych narodzin, np. poprzez upodobnienie środowiska ich życia (np. inkubator) do środowiska łonowego, a tym samym wzmocnić system nerwowy dziecka. Jednocześnie badania nad wcześniakami wskazują, iż traumę przedwczesnych narodzin doświadcza nie tylko dziecko, ale również jego rodzice, dlatego zarówno matka, która ma tendencję do zachowania dystansu wobec dziecka lub lękowej nadopiekuńczości, jak i ojciec, który przyjmuje rolę pośrednika między nią a dzieckiem – wymagają wsparcia ze strony interdyscyplinarnego zespołu (Kmita, 2002, 2003a, b; Kmita, Kaczmarek, 2004).

Badania dziecka prenatalnego

Metody badań, którym poddawane są dzieci prenatalne, to przede wszystkim techniki obserwacyjne i eksperymenty. Techniki obserwacyjne zawdzięczamy fascynującym osiągnięciom techniki medycznej. Do nich należy m.in. ultrasonograf (USG), dzięki któremu można uchwycić ruchy dziecka już od szóstego tygodnia życia i śledzić ich rozwój oraz doskonalenie się reakcji i zachowań dziecka na przestrzeni całego okresu płodowego. Detektorem tętna płodu czyli kardiotokografem (KTG) bada się zmiany w rytmie serca dziecka w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne (np. dźwięk), wewnętrzne (np. niedotlenienie) lub stres przeżywany przez matkę. Pracę

[41] Już Ausubel i Sullivan (1970, rodz. 6) zaznaczali, iż: „Szukając genezy zachowań człowieka trzeba sięgnąć do rozwoju prenatalnego, a nie do noworodka. Wiele z tych zachowań, które obserwuje się przy narodzeniu, już jest ukonstytuowanych i stanowi bazę dla rozwoju następnych, bardziej zaawansowanych form. To jednak nie znaczy, że późniejsze zachowania są niejako zawarte, ukryte we wcześniejszych zachowaniach". I to nie oznacza, że środowisko (wewnątrz- i zewnątrzmaciczne) gra podobną rolę w regulowaniu rozwojem, jak po urodzeniu.

mózgu w czasie ruchów i spokoju, „snu" i „czuwania" można śledzić za pomocą wysoko wyspecjalizowanego elektroencefalografu (EEG).

Oceny rozwoju psychofizycznego dziecka dokonuje się również przy okazji zastosowania różnych metod monitorowania przebiegu ciąży i diagnozowania jego stanu zdrowia, np. fetoskopia polegająca na wprowadzeniu urządzenia optycznego do jamy macicy pozwala na wizualną ocenę dziecka. Dzięki temu wziernikowemu badaniu możliwa jest obserwacja morfologii dziecka, ale tylko w takim stopniu, na jaki pozwalają przyrządy optyczne i w takim zakresie, w jakim jest to możliwe ze względu na wiek dziecka i jego aktualne położenie. Pole widzenia jest zwykle ograniczone. Obserwacji zachowania dziecka dokonuje się również przez bezpośrednie filmowanie kamerą umieszczoną na końcówce endoskopu wprowadzanego drogą pochwową w pobliże powłok worka owodniowego.

Oprócz wspomnianych technik badających bezpośrednio stan i zachowanie dziecka, są również bardziej pośrednie techniki badania, np. przyłożenie urządzenia do powłok brzusznych matki, zdalne nadawanie bodźców i rejestrowanie reakcji dziecka znajdującego się w łonie. Poziom wiedzy prenatalnej jest bardzo ściśle związany ze stopniem skomplikowania użytej w badaniach aparatury.

Obserwacja dziecka na tym etapie rozwoju może być dokonywana bez naruszania normalnych warunków, w jakich ono aktualnie pozostaje (np. spontanicznych ruchów nabierania i wypierania wód płodowych) lub w warunkach laboratoryjnych przy okazji prowadzenia eksperymentu (np. częstości tychże ruchów po podaniu do wód płodowych sacharyny lub substancji gorzkiej, słonej), jak i w odpowiedzi na bodziec wewnętrzny (np. zmiany w tych ruchach wskutek niedotlenienia po zapaleniu przez matkę papierosa) lub zewnętrzny (np. odwrócenia głowy w odpowiedzi na nagłe oświetlenie brzucha matki). Badania eksperymentalne nie mogą jednak stanowić zagrożenia dla zdrowia lub życia dziecka prenatalnego, dlatego muszą brać pod uwagę jego dobro i przestrzegać regulacji etycznych (Merlo i in., 2007).

Niektóre badania stosowane zwłaszcza w okresie okołoporodowym wykorzystują zarówno techniki medyczne, jak i metody psychologiczne, np. psychometryczna ocena rozwoju noworodka Skalą Brazeltona.

Przykładem metody obserwacji w warunkach naturalnych może być obserwacja, np. przez matki – zmian w zakresie aktywności dziecka (jak często rusza się w ramach określonego odcinka czasu, jak długo ruchy trwają, jak bardzo są silne – Eggersten, Benetti, 1987; Mikhail i in., 1991). Gdy w badaniach była podawana matkom instrukcja, jaki typ zachowania dziecka należy odnotowywać (wzorce jego ruchów), jak go obserwować i zapisywać, to okazało się, że procedura ta nie była dla nich emocjonalnie obojętna. Miały one silną motywację do wypełniania instrukcji, gdyż uzyskiwały uspokojenie co do stanu dziecka (85%) i pozytywny skutek tych badań był na tyle duży, że deklarowały one włączenie obserwacji ruchów dziecka do repertuaru swoich zachowań w następnej ciąży (Eggertsen, Benedetti, 1987). Udział w badaniach spowodował też wzrost przywiązania matki do dziecka (Mikhail i in., 1991). Badania naukowe mogą więc mieć pośrednio niezamierzony skutek – w tym wypadku po-

zytywny – efekt więziotwórczy, podnoszący poziom funkcjonowania badanych podmiotów: matki i dziecka.

Podmiot bezpośredni i pośredni

W niektórych badaniach prenatalnych bezpośrednimi podmiotami są również matki w okresie ciąży. Należy jednak wówczas ustalić, co jest przedmiotem i celem badania: stan psychofizyczny matki, dziecko prenatalne czy relacja między matką a dzieckiem. W przypadku badania stanu psychofizycznego matki w okresie ciąży, jakiegoś wymiaru jej doświadczeń lub podejmowanych działań (również ojca dziecka), to osobę tę można określić jako podmiot badania. W przypadku, gdy matka w ciąży jest bezpośrednim podmiotem badania, lecz na podstawie wyników tych badań wnioskuje się o stanie dziecka prenatalnego, badaną matkę można określić jako podmiot pośredni, zaś dziecko prenatalne jest podmiotem docelowym badań. W sytuacji, gdy podmiotem badania prenatalnego jest relacja między matką i dzieckiem – można go określić jako dwuczłonowy podmiot badania prenatalnego.

Podmiotem badań prenatalnych mogą być również członkowie rodziny dziecka. Wobec nich, jak i wobec matki, stosuje się cały arsenał metod, np.: wywiad, ankietę, kwestionariusz, testy, listy, analizę wypowiedzi (narracji), analizę wytworów, dokumentów. Wyniki badań tymi metodami bazują na tym, co zostało słownie przekazane, a więc ograniczają się one do sfery świadomych przeżyć respondentów i zakładają szczerość wypowiedzi; niekierowanie się przez badanego przewidywanymi oczekiwaniami badacza (tym, co chce on usłyszeć) i tendencją do „upiększania" przeżyć i tego, co związane z dzieckiem; umiejętność wyrażania przez nich swoich subtelnych doświadczeń oraz czasem zdolność przywoływania z pamięci dawnych przeżyć (z uwzględnieniem częstszej tendencji do zapominania przeżyć negatywnych). Jak wskazał Pyles, Stolz, Macfarlane (1985), badania retrospektywne dotyczące ciąży, porodu i wczesnego rozwoju dziecka dają bardzo rozbieżne wyniki, gdyż ludzka pamięć jest zawodna, istnieje tendencja do przedstawiania przez rodziców tych doświadczeń bardzo pozytywnie (błędy ponad 40%) lub zgodnie z własną (optymistyczną lub pesymistyczną) wizją swojego życia. Podobne zastrzeżenia można odnieść do badań retrospektywnych dotyczących własnej przeszłości (Irving-Neto, Verny, 1992, s. 167; Burt, Kemp, Conway, 2001).

Jako pośrednie metody badań stosowane są również techniki projekcyjne, którymi dociera się do uczuć i stosunku ludzi do badanej kwestii (np. do nienarodzonego dziecka), lub odkrywa się źródła problemów rozwojowych, przejawianych zachowań czy zaburzeń w przebiegu okresu pre- i perinatalnego. Dokonuje się tego metodami psychoanalitycznymi, skierowanymi do indywidualnego pacjenta (np. poprzez analizę skojarzeń słownych, uzupełnień rozpoczętych zdań lub opowiadań, analizę rysunków lub innych wytworów, snów).

Innym rodzajem stosowanego narzędzia badań są kwestionariusze, kierowane najczęściej do szerszej populacji. Kwestionariusze są niestety bardzo ograniczone co

do liczby uwzględnianych zmiennych, a ich dobór uzależniony jest od stanowiska naukowego autora badań. Niesie to niebezpieczeństwo pominięcia istotnych zmiennych i wyciągania nieuprawomocnionych wniosków. Zwiększenie rzetelności badań może nastąpić poprzez uzupełniające użycie innych metod oraz skonfrontowanie relacji respondenta z obiektywnymi danymi, np. zaczerpniętymi z dokumentacji szpitalnej (np. Irving-Neto, Verny, 1992).

4. Wartość poznawcza (naukowa) badań prenatalnych

Okres prenatalnego rozwoju jest trudny do badań ze względu na:
– wczesność rozwoju,
– brak zrozumienia zachodzących procesów,
– odmienne i specyficzne środowisko,
– trudności z dotarciem do podmiotu badania,
– możliwość uszkodzenia (inwazyjność technik badawczych, wrażliwość organizmu, brak wykształcenia struktur obronnych),
– większość badań prenatalnych jest wykonywana przy użyciu skomplikowanych technik medycznych, które wymagają współpracy interdyscyplinarnego zespołu oraz, niestety, są bardzo drogie.

Wartość naukowa badań rozwojowych może być oceniona z punktu widzenia 4 kryteriów: obiektywności, rzetelności, trafności i replikowalności (Cole, Cole, 1989, s. 18-22).

Obiektywność badań zapewnia opis rzeczywistości niezależny od pojęć badacza na temat rozwoju i tego, którego ten rozwój dotyczy. W badaniach prenatalnego okresu rozwoju zachowanie obiektywności jest szczególnie trudne, gdyż badacz rozpoczyna badania nie tylko zgodnie z uprzednią wiedzą i przyjętym paradygmatem ujmowania rzeczywistości badanej, ale również z własnymi przekonaniami o charakterze filozoficzno-religijnym, które mniej lub bardziej wpływają na metodologię badań. Mamy tu również do czynienia z trudnościami wynikającymi z faktu, że badacz oczekuje zobaczyć to, co chce udowodnić, zwraca uwagę na to, co potwierdza postawiona w pracy hipoteza. Na korzyść badań prenatalnych przemawia fakt, że jeśli jest nim dziecko, to jako podmiot badania nie jest świadome tego, więc nie może zniekształcać wyników, większość badań wykorzystywana jest za pomocą technik medycznych, które obiektywizują notowanie obserwacji (np. jest zapis komputerowy, nie ma zniekształceń związanych z pamięcią badacza), pomiar może być ciągły (nie ma informacji straconych z powodu nie nadążania w notowaniu obserwacji przez badacza).

Rzetelność badań – ustala się ją na podstawie stwierdzenia, że opis zachowania występującego w takiej samej sytuacji jest zawsze taki sam (np. zachowanie dziecka po stymulacji nieznanym bodźcem dźwiękowym jest zawsze podobne, powtarza się wynik przy zastosowaniu różnych metod pomiaru) lub opis dwóch obserwato-

rów mierzących lub oceniających zachowanie dziecka zgadza się co do rozmiaru jego reakcji.

Trafność (wiarygodność) badań stwierdza się, jeśli zachowanie jest rzeczywiście objawem procesów psychicznych, których istnienie się zakłada, np. w jakim stopniu z irytacji dziecka można wnosić o przyszłych cechach układu nerwowego, a w jakim szybka reakcja na bodziec w okresie prenatalnym odzwierciedla predyspozycję do szybkich reakcji lub irytacji po urodzeniu. Testem na trafność jest sprawdzenie, czy zachowanie ujawnione w danym czasie może służyć do przewidywania zachowań w późniejszym okresie rozwojowym, np. fakt, że dziecko prenatalne reaguje szybko na jakiś bodziec reakcją wskazującą na dyskomfort, może zostać potwierdzona w przyszłości i wtedy będzie można wysunąć wniosek, iż taki rodzaj prenatalnej reakcji wskazuje na predyspozycje temperamentalne. Jeśli natomiast dziecko nie będzie w przyszłości reagowało silnym dyskomfortem na nagły bodziec, znaczy to, że to jego zachowanie prenatalne nie jest objawem predyspozycji temperamentalnych.

Replikowalność stwierdza się, jeśli te same procedury badawcze prowadzą do tych samych danych i wniosków.

Należy również zwrócić uwagę, że zmiany w zakresie jednego czynnika nie muszą być spowodowane zmianami w innym, gdyż oba mogą być zmienione pod wpływem zmian w trzecim, którego badacz nie bierze pod uwagę (ustalane korelacje nie oznaczają przyczynowości). Dotyczy to często takich badań, jak np. zmierzających do uchwycenia wpływu czynników działających w prenatalnym okresie rozwoju na zachowania lub osobowość w późniejszym życiu. Wpływ wielu z tych czynników (np. używki stosowane przez matkę, stres sytuacji rodzinnej) jest stały przed i po urodzeniu i trudno wyodrębnić znaczenie tego czynnika dla rozwoju dziecka w okresie prenatalnym (por. Irving-Neto, Verny, 1992, s. 168).

Poza tym, zarówno w stosunku do badań laboratoryjnych jak też obserwacji dokonywanej z użyciem przyrządów, wysuwa się sporo zarzutów natury etycznej. Głosy etyków, ale też lekarzy, psychologów, pedagogów są w tej kwestii jednoznaczne: nie wolno przeprowadzać żadnych eksperymentów, które mogłyby naruszyć zdrowie fizyczne lub psychiczne dziecka, jego godność, integralność i dobrostan. Każde dziecko przed urodzeniem ma prawo do ochrony jego zdrowia i stąd wskazany jest umiar w badaniach, gdyż w wielu wypadkach nie znamy odległych następstw stosowanych metod, np. wielokrotnego używania USG, częstego wystawiania dziecka na działanie teratogenu, wibratora czy głośnego dźwięku (np. Merlo i in., 2007; Goldberg, Verny, 2007). To nastawienie na promocję zdrowia dziecka i ostrożność, aby mu nie zaszkodzić, powoduje, że badania w tej dziedzinie są ograniczane do problemów uchwytnych metodami nieinwazyjnymi[42].

[42] Trzeba więc jasno podkreślić, iż w pedagogice prenatalnej, jak w każdej innej dyscyplinie pedagogiki – zarówno badania, jak też oddziaływania wychowawcze muszą być oceniane pod kątem kryteriów etycznych (por. Homplewicz, 1996; Ostrowska, 2000).

Rozdział szósty

Współpraca pedagogiki prenatalnej z dyscyplinami pedagogicznymi

Wierzę – iż główną przeto powinnością
Znać ów organizm, krzepić go miłością –
Cyprian Kamil Norwid

Zawartość treściowa tego rozdziału ma na celu dokonanie wstępnej charakterystyki wyłaniającej się pedagogiki prenatalnej, ale ze względu na jej początkowy etap rozwoju trudno obecnie ująć dokładnie możliwe formy i zakresy współpracy z bliskimi jej dyscyplinami pedagogicznymi i psychologicznymi, jak też z innymi dyscyplinami nauki, np. embriologią czy medycyną płodu. Niemniej, pomimo trudności zostanie podjęta próba nakreślenia niektórych możliwości współpracy pedagogiki prenatalnej z dyscyplinami pedagogiki, na przykładzie najbliższych jej dyscyplin, jakimi jest pedagogika rodziny i pedagogika zdrowia, pedagogiki opiekuńczej i społecznej oraz kultury, pedagogiki osób dorosłych i starszych, jak też pedagogiki specjalnej oraz chrześcijańskiej (zob. rysunek 3.). Każdą z tych nauk może łączyć z pedagogiką prenatalną wspólny teren zainteresowań i przedmiot poznania, wzajemne wykorzystywanie swoich osiągnięć, współpraca w aplikacji teorii do praktyki oraz częściowe zawieranie się w sobie, czyli merytoryczne krzyżowanie się.



Rysunek 3. Pedagogika prenatalna a inne dyscypliny pedagogiczne

Oczywiście przedstawiona tu propozycja refleksji bierze pod uwagę fakt, iż pedagogika prenatalna jest w stadium *in statu nascendi*, a wspomniane dyscypliny pedagogiki, chociaż są znacznie bardziej od niej rozwinięte, to przecież same borykają się z dookreśleniem swych podstaw metodologicznych i miejsca w praktycznym działaniu (Hamburger, 2006, s. 1-2). Dlatego w miarę rozwoju pedagogiki prenatalnej jej współpraca z innymi dyscyplinami pedagogicznymi stanie się bardziej klarowna.

1. Pedagogika rodziny

Relacja pedagogiki prenatalnej z pedagogiką rodziny będzie ujęta w dwóch etapach. Najpierw zostaną przedstawione funkcje rodziny jako przedmiot analiz pedagogicznych w kontekście współczesnych dyskusji metodologicznych o statusie pedagogiki rodziny. Na tym tle będą podjęte wnioski dotyczące celowości prac nad wyodrębnieniem pedagogiki prenatalnej jako subdyscypliny pedagogicznej.

Jednym z adresatów pedagogicznego oddziaływania jest rodzina. Pedagogika interesuje się nią, m.in. w aspekcie zdrowia jej członków i sprawowanych przez nią funkcji (np. prokreacyjnej, wychowawczej). Życie rodzinne i związane z nim macierzyństwo a także ojcostwo to jednak doświadczenia wieloaspektowe (bio-psycho-społeczny charakter prokreacji – zob. Bartosz, 2002, s. 11-23; Maciarz, 2004; Adamski, 2006; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 21-64; Lesińska-Sawicka, 2008, s. 15-72), dlatego od strony naukowej odnotować można interdyscyplinarne zainteresowanie nimi. Oprócz pedagogiki są one przedmiotem wielu dyscyplin naukowych. Pedagogika, wraz z innymi pokrewnymi naukami, coraz bardziej penetruje teoretycznie i badawczo obszar rodziny oraz zdrowia, a tym samym interesuje się wspomaganiem rodziny w wypełnianiu jej zadań wobec młodego pokolenia.

Pedagogika rodziny u początku XXI wieku z racji swego bogactwa i obecności w zakresach typowych dla innych dyscyplin pedagogicznych raz jest wyodrębniana jako dyscyplina pedagogiczna, innym razem całkowicie pomijana. Może to sprawić wrażenie na czytelniku nieobeznanym z literaturą przedmiotu, iż jej miejsce w systemie nauk pedagogicznych nie jest jeszcze ugruntowane. Inaczej mówiąc, z jednej strony jest ona wymieniana w klasyfikacji nauk pedagogicznych jako odrębna dyscyplina (np. w dziale „szczegółowe dyscypliny pedagogiczne" – Wiatrowski, 1995), a więc traktowana jako dyscyplina pedagogiczna zajmująca się wychowaniem w rodzinie, ściśle związana zarówno z interesującymi się też rodziną, szczegółowymi dyscyplinami pedagogiki (np. pedagogika społeczna, opiekuńcza, teoria wychowania, dydaktyka), oraz zajmująca istotne miejsce w kręgu nauk o rodzinie (obok np. psychologii rodziny, socjologii rodziny) (Janke, 2002b, s. 87; Opozda, 2003b). Z drugiej strony bywa ona pomijana w propozycjach uporządkowania według różnych kryteriów merytorycznych poszczególnych dyscyplin tworzących współczesną

pedagogikę (np. Hejnicka-Bezwińska, 1989, s. 250; Śliwerski, 2006a), zwłaszcza w literaturze zagranicznej (zob. np. Nowak, 1999, s. 113-121).

Podobnie A. Tchorzewski (2004), określając obszary refleksji i badań pedagogicznych nad rodziną, mocno podkreśla interdyscyplinarny charakter teorii rodziny, który odróżnia od multidyscyplinarnego charakteru teorii rodziny, polegającego na integrowaniu wyników badań różnych nauk w odniesieniu do rodziny[1]. Jego zdaniem termin „pedagogika rodziny" nie oznacza jeszcze w miarę autonomicznej dyscypliny w naukach pedagogicznych, a jedynie określa pole badawcze, którego granice wyznaczają kluczowe pojęcia, za pomocą których formułuje się podstawowe problemy wyprowadzone z zasadniczego obiektu badań, jakim jest rodzina – poznawana w aspekcie procesów wychowawczych, edukacyjnych i socjalizacyjnych.

Dzięki tym podejmowanym w rodzinie procesom, dokonuje się, według Tchorzewskiego, uczłowieczenie jednostki ludzkiej. Takie ujęcie kwalifikuje pedagogikę rodziny do jednego z nurtów pedagogicznych, określanych pedagogiką humanistyczną, w której wskazuje się możliwości twórczego urzeczywistniania się człowieka poprzez wartości duchowe. Należą do nich wartości poznawcze, moralne, religijne, estetyczne, a także sens ludzkiego życia. Stanowią one treść relacji międzypodmiotowych, realizowanych w procesie wychowania rodzinnego.

Do powyższych refleksji można dodać uwagę, iż międzypodmiotowe relacje aktualizowane są już w przedurodzeniowym okresie życia człowieka między nim a jego osobami bliskimi, ale na razie nie zyskały one uwagi ze strony pedagogicznie zorientowanej teorii rodziny. Należałoby więc dopracować na terenie pedagogiki takie ujęcie procesów wychowawczych i socjalizacyjnych, które zachodzą w czasie interakcji członków rodziny z dzieckiem prenatalnym oraz między nimi w związku z jego obecnością w rodzinie. W wyniku tych procesów dochodzi do pogłębienia uczłowieczenia wszystkich osób wchodzących we wzajemne relacje. Specyficzność procesu wychowania i socjalizacji, jaki ma miejsce w relacjach z dzieckiem prenatalnym, oraz edukacyjne wyzwania wobec rodziny w procesie prokreacji jawią się jako przedmiot zainteresowania pedagogiki prenatalnej.

Wydaje się jednak, że w kompleksie nauk o wychowaniu coraz bardziej umacnia się odrębność pedagogiki rodziny (Kawula, 2004b, s. 11). Dyskusję nad statusem pedagogiki rodziny, podjętą przez Janke w redagowanej przez niego pracy – kończy on, wskazując, że pedagogika rodziny staje się kategorią dyscyplinarną, a ściślej – dyscypliną, która lokuje się w kompleksie nauk pedagogicznych, a wraz z nimi w zakresie nauk społecznych. Dyscyplina ta, chociaż ciągle jeszcze w fazie *in statu nascendi* (2004c), spełnia podstawowe kryteria stawiane wobec nauki, a wysiłki pedagogów, by umacniać jej ukonstytuowanie w pedagogice, przynoszą wymierne efekty (Kawula, Brągiel, Janke, 2004, s. 87-94). Tym bardziej więc istniałaby możliwość jej wzbogacenia o nowe aspekty związane z funkcją seksualno-prokreacyjną

[1] Podobnie Izdebska podkreśla fakt, iż pedagogika zaczyna obejmować wszystkie dziedziny życia rodzinnego i stąd coraz bardziej wymaga inter- i multidyscyplinarnej współpracy (1997, s. 700).

oraz dotyczące relacji między osobami w rodzinie, która oczekuje na poczęcie, a potem na urodzenie się swego nowego członka i podejmuje pierwsze kontakty z nim po urodzeniu.

Skupiając się na aspektach pedagogicznych rodziny, zdaniem Tyszki, można ująć duże spektrum systemowe pedagogicznej problematyki rodziny (por. 1980, s. 21). W zagadnieniach tych można również znaleźć miejsce na problemy prokreacji, do których odnoszą się niektóre funkcje rodziny, np. prokreacyjna, opiekuńczo-zabezpieczająca, emocjonalno-ekspresyjna i odpowiadające im rodzaje więzi, np. więzi krwi, więź opiekuńcza, socjalizacyjno-wychowawcza, emocjonalno-ekspresyjna (Tyszka, 1991, s. 70-71; por. też: de Barbaro, 1999).

Rodzina jest instytucją realizującą podstawowe funkcje społeczne, tzn. cele, do których zmierza życie i działalność rodzinna oraz zadania pełnione na rzecz swych członków, zaspokajając ich potrzeby (Adamski, 2002, s. 36). Rozważając funkcje rodziny, możemy zauważyć, że rodzina w procesie prokreacji (na etapie przygotowania do poczęcia, oczekiwania i czasem wieloletnich starań o nie, na etapie ciąży i porodu oraz karmienia piersią), potrzebuje możliwości realizowania prawie wszystkich przypisywanych jej funkcji, np. dla prawidłowego spełniania przez nią funkcji opiekuńczo-wychowawczej wobec dziecka prenatalnego, konieczne jest pozytywne wypełnianie większości funkcji.

Poprzez poczęcie dziecka, ciążę i poród rodzina niewątpliwie wypełnia przypisywaną jej jako najbardziej charakterystyczną – funkcję prokreacyjną (zwaną też rozrodczą, reprodukcyjną, biologiczną), mającą na celu podtrzymanie biologicznej ciągłości osobistej, rodzinnej i społecznej. Funkcja ta jest powszechnie uznawana za podstawową, wysuwa się na czoło funkcji rodzinnych, gdyż tylko rodzina jest religijnie i prawnie uznanym środowiskiem powoływania nowych członków społeczeństwa (Adamski, 2002, s. 37). Funkcja prokreacyjna rodziny zapewnia ciągłość trwania rodziny, rodu, narodu, a więc przetrwanie samej rodziny jako grupy społecznej oraz społeczeństwa (zapewnia realizację populacyjnych potrzeb społecznych). Jest ona związana z funkcją seksualną (zaspokajanie popędu płciowego), ale obecnie, w związku z dostępnymi metodami antykoncepcji oraz formami prokreacji wspomaganej, nie jest to związek konieczny. Niezależnie od sposobu dochodzenia przez parę do posiadania dziecka, realizacja funkcji prokreacyjnej oraz funkcjonowanie w małżeństwie i rodzinie są płciowo zróżnicowane.

Istotną funkcją gwarantującą dziecku przetrwanie w pre- i perinatalnym okresie życia jest m.in. funkcja miłości. Dzięki niej dziecko może być bezwarunkowo zaakceptowane i przyjęte nawet wtedy, gdy nie było planowane i oczekiwane lub gdy nie jest w pełni zdrowe. Pozwala też ona na wypełnienie innych funkcji, pomimo niesprzyjających okoliczności, ze względu na zdolność do heroizmu w pokonywaniu przeszkód.

Równie ważną rolę pełni funkcja opiekuńcza, zabezpieczająca zaspokojenie najważniejszych potrzeb członków rodziny, którzy nie są w stanie w określonych zakresach troszczyć się o siebie. Dotyczy to szczególnie dziecka prenatalnego, rodzącego się oraz noworodka, które jest całkowicie zależne od rodziców. Rodzina

zapewniając małemu potomstwu zaspokojenie potrzeb koniecznych do życia i zdrowia oraz prawidłowego rozwoju, na tym etapie jednocześnie spełnia względem niego funkcję rodzicielską, zwaną też uczuciową i socjalizacyjną. W trakcie oddziaływań opiekuńczych, motywowanych miłością do dziecka, zaspokajane są jego potrzeby emocjonalne, nawiązuje się komunikacja, tworzą więzy rodzinne, dziecko wprowadzane jest w świat społecznych odniesień.

Bardzo ważna dla powodzenia w wypełnieniu funkcji prokreacyjnej jest funkcja ekonomiczna, polegająca na zapewnieniu dóbr materialnych rodzinie. Brak poczucia zabezpieczenia materialnego jest jednym z ważnym czynników niezaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa i w efekcie psychogennego uwarunkowania ciążowo-położniczych niepowodzeń. Poza tym nędza związana jest najczęściej z czynnikami ryzyka prenatalnego, jakimi są niedożywienie ilościowe i jakościowe matki, brak higieny i koniecznej opieki medycznej.

Również funkcja stratyfikacyjna jest realizowana w okresie ciąży, gdyż status społeczny rodziców już od poczęcia wyznacza przynależność dziecka do danej klasy społecznej, grupy narodowościowej, religijnej oraz określa stosowane przez rodziców rytuały i charakterystyczne dla ciąży i porodu zachowania. Pozycja społeczna rodziców decyduje nie tylko o wstępnej pozycji dziecka, ale również o sposobach zaspokajania przez nich potrzeb realizowanych dzięki prokreacji. Religijna funkcja rodziny na etapie prenatalnego rozwoju dziecka wyraża się poprzez włączenie dziecka w praktyki religijne, w modlitwę, medytacje, życie sakramentalne.

Jeśli pedagogika dokonała w ostatnich latach „podboju", poszerzając pole swych badań (wyodrębniając wczesne dzieciństwo, andragogikę i geragogikę), to również okres prenatalny jawi się jako pole edukacyjne, pole do zagospodarowania przez pedagogikę rodziny i pole do jej współpracy z wyłaniającą się pedagogiką prenatalną. Możliwość poszerzenia pola badań dyscypliny pedagogiki, jaką jest pedagogika rodziny i form jej związku z innymi dyscyplinami, a zwłaszcza wyłonienie się w niej zagadnień związanych z edukacją prenatalną, a obecnie pedagogiki prenatalnej, świadczy o jej naukowej żywotności i potencjale twórczym.

Pedagogika rodziny jest najbliższa (ze szczegółowych dyscyplin pedagogicznych) dla pedagogiki prenatalnej, ze względu na wyjątkową i niezastąpioną rolę rodziny w rozwoju i wychowaniu dziecka od poczęcia. Specyficzna sytuacja dziecka w okresie prenatalnym powoduje, że jego powiązania z matką są nieporównywalne do relacji łączących go z innymi znaczącymi osobami. Wielość, złożoność i bliskość oraz uczuciowa wartość relacji między poszczególnymi członkami rodziny, specyfika spełnianych przez nich ról i przypisywanych im pozycji społecznych, charakter ich wzajemnych więzi w rodzinie i z innymi osobami, grupami oraz instytucjami poza rodziną – wszystko to składa się na całość systemu rodzinnego, który wpływa mniej lub bardziej pośrednio na dziecko w łonie matki[2].

[2] Takie rozumienie jest charakterystyczne dla systemowej koncepcji funkcjonowania rodziny.

Zainteresowanie pedagogiki wczesnym okresem życia człowieka przekłada się na terenie pedagogiki rodziny, ujmowanej z punktu widzenia kryterium rozwojowego, zajęciem się człowiekiem w całym przebiegu jego biografii i we wszystkich jej obszarach (biopsychicznym, duchowym, społecznym) – od poczęcia do śmierci (Janke, 2004d, s. 350). Pojawienie się nowej nauki – psychologii prenatalnej, dzięki której wyodrębniona została jeszcze jedna faza w rozwoju człowieka – faza prenatalna[3], miało, zdaniem T. Kukołowicz (2004), znaczenie inspirujące dla dostrzeżenia w pedagogice rodziny nowych problemów wychowawczych.

Rodzina w okresie oczekiwania na urodzenie dziecka może być rozpatrywana jako grupa wychowawcza, środowisko wychowawcze, wspólnota wychowawcza, czynnik wychowawczy (Janke, 2004c, s. 26-35) i ujmowana w kontekście rozlicznych uwarunkowań (np. przyrodniczych, biofizycznych, zdrowotnych, kulturowych, materialno-bytowych, psychospołecznych). Rodzina nie funkcjonuje bowiem w próżni przyrodniczo-społecznej, stąd oczywiście wszystko to, co dzieje się w społecznej i fizycznej przestrzeni, odnosi się do niej, a pośrednio również do rodziców w procesie prokreacji, przez nich natomiast do dziecka prenatalnego[4].

W związku z wyjątkową i niezastąpioną rolą rodziny w zapewnieniu warunków dla prawidłowego rozwoju i wychowania człowieka od poczęcia, można by przyjąć, że problematyka przygotowania się do poczęcia dziecka, zabezpieczenia i towarzyszenia mu w rozwoju przed urodzeniem oraz w trakcie rodzenia się i w adaptacji do środowiska postnatalnego, jest również przedmiotem zainteresowania pedagogiki rodziny. Wtedy tworzą się zręby osobowości człowieka, dlatego do naczelnych zadań pedagogicznych rodziców należy troska o jakość wszystkich zdobywanych doświadczeń i przeżywanych przez dziecko treści od okresu prenatalnego. Inaczej mówiąc, teorię wychowania prenatalnego można by również rozwijać jako formę teorii wychowania rodzinnego (por. Wiatrowski, 1985, s. 13; Nowak, 2006a).

Skoncentrowanie na wychowaniu rodzinnym (wychowanie w rodzinie, przez rodzinę, do rodziny) związane jest z przyjęciem założenia (por. Janke, 2004b, 2004d, s. 349), że człowiek od poczęcia jest istotą rodzinną[5] (*homo familiaris*)

[3] Oczywiście, pojęcie „psychologia prenatalna" było wtórne wobec istniejącego już określenia dla pierwszej fazy rozwoju człowieka, jako fazy płodowej. Sam rozwój psychologii prenatalnej przyczynił się jednak do podkreślenia znaczenia tej fazy oraz bardziej zdecydowanego jej wyodrębnienia na terenie nauk humanistycznych, społecznych, jako przedurodzeniowej fazy życia człowieka. Stosowanie określenia „okres płodowy" jest charakterystyczne dla medycyny, w której używa się również pojęcia „płód".

[4] Takie ujmowanie rodziny w pedagogice związane jest z polikategorialnym podejściem do niej, a tym samym do wychowania rodzinnego we współczesnej pedagogice (Janke, 2004c, d).

[5] Fakt rodzinności człowieka w odniesieniu do okresu prenatalnego nasuwa się z oczywistością. Bez matki i ojca nie byłoby dziecka, i jakkolwiek się oni do niego odnoszą (np. ojciec jako dawca spermy, matka wynajmująca inną kobietę do urodzenia swojego dziecka), dziecko jest ich, a oni są jego rodzicami, zaś przebiegający w łonie matki prenatalny rozwój człowieka jest z natury zakotwiczony w układzie rodzinnym.

i potrzebującą opieki oraz wychowania[6] (*homo educandus*), jak też współdziałającą w tym procesie (*homo cocperativus*). Współdziałanie w prenatalnym okresie rozwoju jest procesem zarówno biologicznym, jak i społecznym, przyjmującym postać interakcji pomiędzy osobami ze środowiska rodzinnego a dzieckiem, wzajemnych oddziaływań na siebie rodziców (zwłaszcza matki) i dziecka (również między dzieckiem i jego rodzeństwem), związanych z przynależeniem do siebie i kształtującą się więzią między nimi. Współdziałanie dziecka z matką oraz innymi osobami wynika ze społecznej natury człowieka, z wrodzonych potrzeb społecznych, których zaspokojenie już na etapie prenatalnego okresu życia jest niezbędne do osobowego rozwoju.

Na tę potrzebę bycia z innymi i współdziałania już przed urodzeniem zwrócił uwagę A. Janke, pisząc: „Liczne badania nad życiem w okresie prenatalnym wskazują, że nienarodzony człowiek współdziała z matką poprzez organiczne z nią zespolenie – współdziała, gdyż ma zakodowany genetycznie impuls do życia. Zakłócenie tej naturalnej, biologicznej wspólnoty matki i dziecka, może w skrajnych przypadkach prowadzić do kresu tej «niepełnej» i «niewykształconej» jeszcze egzystencji" (2002a, s. 153).

S. Kawula (2004c), podejmując refleksję nad dorobkiem familiologicznym pedagogiki, dokonuje podstawowej dla metodologii pedagogiki syntezy, wskazując, iż rodzina stała się kategorią teoretyczną dzięki wychowaniu w rodzinie, czyli dzięki działalności wychowawczej rodziny, procesowi wychowania w rodzinie i stosunkom wychowawczym w rodzinie. Specyfikę tego wychowania określają szczególne cechy rodziny jako środowiska (grupy, instytucji). Autor ten zwraca uwagę na dwa łączące się ze sobą rodzaje wychowania: naturalne (zwane bezrefleksyjnym) oraz refleksyjne (zamierzone i planowe).

W wychowaniu w rodzinie chodzi o kształtowanie się układu dyspozycji określających postępowanie różnych współuczestników rodzinnych stosunków wychowawczych: rodziców, dzieci, dziadków, innych krewnych i powinowatych (Kawula, 2004c). W tym więc kontekście można by zaproponować włączenie do analizy swoistych procesów wychowania również układu sytuacji wychowawczych związanych z oddziaływaniem zamierzonym i niezamierzonym, jakie ma miejsce w sytuacji prenatalnego okresu życia wobec nowego członka rodziny. Rozwija się on wprawdzie w łonie matki (a więc w specyficznie bliskiej łączności tylko z jednym z członków rodziny), lecz faktycznie układ wychowawczy obejmuje wszystkie inne osoby powiązane systemowo w danej rodzinie, w sposób dla niej charakterystyczny, chociaż skorelowany ze wzorcami kulturowymi i religijnymi środowiska społecznego, w którym rodzina ta funkcjonuje.

Rodzina jest grupą społeczną, która spełnia szereg ściśle powiązanych ze sobą funkcji, stąd może być na terenie pedagogiki rozpatrywana z tego punktu widzenia.

[6] Bezradność poczętego potomstwa i zależność od opieki oraz wychowania przez dorosłych jest egzystencjalną koniecznością.

Autorzy zajmujący się przedmiotem pedagogiki rodziny i omawiający jej funkcje, faktycznie wskazują bezpośrednio lub pośrednio na miejsce problemów prenatalnych i prokreacyjnych w samym przedmiocie tej dyscypliny pedagogicznej. Z. Tyszka (2004) wymieniając funkcje istotne dla systemu rodziny, wśród 11 funkcji wskazuje jako dwie pierwsze – funkcję prokreacyjną i seksualną. Problemy związane z prenatalnym okresem życia człowieka jawią się jako naturalna konsekwencja tych dwóch funkcji. Oczywiście nie tylko te funkcje są związane z zagadnieniami prenatalnymi w obszarze zainteresowań pedagogiki rodziny, ale też inne wymienione przez Z. Tyszkę, mogą być rozpatrywane w odniesieniu do prenatalnego okresu życia oraz w powiązaniu z funkcją seksualną i prokreacyjną.

Wśród funkcji rodziny na szczególną uwagę w odniesieniu do prenatalnego okresu życia zasługuje funkcja opiekuńcza (Kawula, 2004b). Dziecko prenatalne jest niewątpliwie „podopiecznym rzeczywistym" i jednocześnie podopiecznym „w sobie", bo nieświadomym swych potrzeb i roli w stosunku opiekuńczym. Jest też podopiecznym indywidualnym, ale już kobieta w ciąży, a więc matka z dzieckiem prenatalnym czy też rodzice oczekujący urodzenia dziecka, stanowią grupowy podmiot opieki i mogą być traktowani jako podopieczni rzeczywiści i wyczekujący, „w sobie" i „dla siebie". Do rodziców i społeczeństwa należy rozumienie prawidłowości rozwojowych, rozpoznanie w dziecku prenatalnym podmiotu potrzeb ludzkich, szczegółowe zidentyfikowanie tych potrzeb oraz ich zaspokojenie (por. Kawula, Dąbrowski, Gałaś, 1980, s. 99-103), pomaganie mu w zdobywaniu doświadczeń, stwarzanie atmosfery tzw. ułatwiania, która sprzyja rozwojowi człowieka, konstruktywnym zmianom w jego zachowaniu i osobowości.

Rodzinność jawi się jako funkcja procesu opieki już od prenatalnego okresu życia człowieka (Dąbrowski, 2006a, s. 266). Rodzinność opieki prenatalnej jest bardzo swoista, gdyż z racji specyfiki wewnątrzmacicznego środowiska życia dziecko, jak już wspomniano, jest z natury rzeczy w układzie rodzinnym. Opieka nad dzieckiem poczętym jest pierwotną funkcją rodzicielską w porównaniu z wychowaniem prenatalnym. Ukierunkowana jest na zaspokajanie żywotnych potrzeb dziecka i przeciwdziałanie zagrożeniom, co wymaga od rodziców odpowiedniej wiedzy i wrażliwości (by potrzeby te w danej chwili odczytać) oraz umiejętności wychodzenia im naprzeciw (np. wyjść z zadymionego pomieszczenia, zmienić pozycję, zjeść posiłek, ściszyć dźwięk w otoczeniu, zrelaksować się). Dziecko „skazane" na matkę jest zależne od jej wrażliwości na sygnały posyłane przez niego oraz od jej własnej inicjatywy komunikacyjnej, czy będzie miało możliwości rozwoju poprzez kontakt z otoczeniem społecznym.

Zdecydowana większość rodziców podejmuje zadania związane z opieką nad dzieckiem prenatalnym, natomiast tylko część z nich włącza się w świadome i celowe oddziaływania wychowawcze. Jednak związek między opieką i wychowaniem jest na tym etapie rozwoju człowieka szczególnie ścisły, gdyż opieka, jako działanie podstawowe, umożliwia wszelkie formy wychowania, a sposób jej sprawowania ma znaczenie osobotwórcze dla dziecka. Inaczej mówiąc, intuicyjnie lub też bardziej

refleksyjnie podejmowane formy opieki nad dzieckiem w tym wieku, mają oczywiście dla niego również znaczenie wychowawcze (wychowanie przez opiekę, opieka wychowawcza), zaś wszelka działalność wychowawcza pociąga za sobą niezamierzone konsekwencje o charakterze opiekuńczym (wychowanie opiekuńcze, opiekuńcze funkcje różnych form wychowania). Wobec prenatalnego okresu życia człowieka wszelka opieka ma szczególny walor wychowawczy, a wszelkie oddziaływanie wychowawcze mają wartość opiekuńczą (por. Dąbrowski, 2006a, s. 266-276; 2006b). Zagadnienia te są oczywiście wspólnym zainteresowaniem pedagogiki rodziny oraz pedagogiki opiekuńczej (por. Olubiński, 1998, 2001).

Pochylając się nad problemem możliwości rozbudowania pedagogiki rodziny o problematykę prenatalną, można wysunąć następujące wnioski:

1. Istnieją metodologiczne możliwości i merytoryczne racje włączenia zagadnień prenatalnych w obręb pedagogiki rodziny, głównie w aspekcie wychowania w odniesieniu do prenatalnego okresu życia człowieka oraz wychowania do rodzicielstwa, w tym też do relacji wychowawczych z dzieckiem prenatalnym. Jednak pedagogowie rodziny, chociaż wskazują na takie możliwości, nie rozwinęli jeszcze (a przynajmniej niedostatecznie) kwestii związanych z prokreacją i przedurodzeniowym okresem życia w ramach swojej dyscypliny pedagogicznej, po części dlatego, gdyż sama pedagogika rodziny jest ich zdaniem *in statu nascendi* (Janke, 2004a, c). Poza tym, jeżeli traktować by „pedagogikę prenatalną" jako dział pedagogiki rodziny, to dotyczyłaby ona tylko wąskiego aspektu wychowania rodzinnego, jakim jest wychowanie dziecka w okresie prenatalnym, lub wychowania do dojrzałego spełniania funkcji prokreacyjnej przez rodziców, co prowadziłoby do zawężenia przedmiotu jej zainteresowań.

Refleksje nad pedagogiką prenatalną wpisują się w aktualny dyskurs metodologiczny nad pedagogiką rodziny u progu XXI wieku, podjęty m.in. z inspiracji A.W. Janke (2004a, c)[7]. W kontekście tego dyskursu można sobie zadać pytanie: czy jest miejsce, a jeśli tak – to jakie – na problematykę prenatalnego okresu życia w: 1) refleksji nad przedmiotem pedagogiki rodziny, 2) badaniach nad rodziną i wychowaniem rodzinnym, w tym również w aspekcie historycznym, oraz 3) refleksji nad kulturowymi, społecznymi, edukacyjnymi i filozoficznymi aspektami działalności rodziny? Podobnie można by podjąć dyskusję metodologiczną nad możliwością inkorporacji zagadnień prenatalnych do innych obszarów badawczych nakreślonych w tej publikacji, jak też opracować problematykę prenatalną i zinterpretować w tym kierunku sugestie zawarte w każdym z działów podręcznika *Pedagogika rodziny* autorstwa S. Kawuli, J. Brągiel i A. Janke (2004) lub w książce J. Homplewicza (2000).

2. Problematyka związana z psychopedagogicznymi aspektami prokreacji i prenatalnego okresu życia tak szybko rozwija się na świecie, iż uprawianie jej w ramach

[7] Przedmiotem analiz są trzy obszary tematyczne: 1) Przedmiot pedagogiki rodziny, 2) Aspekt historyczny badań nad rodziną i wychowaniem rodzinnym, 3) Kulturowe, społeczne, edukacyjne i filozoficzne aspekty działalności rodziny.

pedagogiki rodziny zdaje się nie spełniać w całości zadań i celów badawczych oraz aplikacyjnych, jakie mogliby postawić sobie pedagodzy, zajmujący się tą dziedziną. Najwcześniejszy etap życia człowieka oraz zaangażowanie w proces prokreacji jest przedmiotem wielu nauk, jest też jednym z obszarów wspólnego z innymi naukami zainteresowania pedagogiki rodziny.

Ze względu jednak na rozległość tej problematyki i wymaganie z jednej strony szczególnej specjalizacji, a z drugiej umiejętności kooperacji z naukami przyrodniczymi i medycznymi, filozoficznymi i humanistycznymi, wydaje się, że istnieje potrzeba wyłonienia dyscypliny, która zajęłaby się tym obszarem rozważań, badań empirycznych oraz aplikacji wywodzących się z nich wniosków[8]. Dlatego bardziej celowy wydaje się układ rozwijania problematyki prenatalnej w ramach nowej wyłaniającej się dyscypliny pedagogicznej – pedagogiki prenatalnej – która pozostawałaby w ścisłej współpracy z pedagogiką rodziny, a zwłaszcza tego jej działu, który zajmuje się wychowaniem rodzinnym. Pedagogika prenatalna poszerzałaby obszar eksploracji pedagogicznej nad rodziną i można by ją traktować jako szczegółową dyscyplinę pedagogiki oraz nową dyscyplinę w refleksji i badaniach familiologicznych.

3. Istnieje również inny ważki powód natury metodologicznej, który wskazywałby na to, że bogata problematyka prenatalna nie ma szans na stosowny do swoich potrzeb rozwój w ramach pedagogiki rodziny. Problematyka ta wymaga bowiem stawiania złożonych pytań badawczych, mających niejednokrotnie swój własny kontekst interdyscyplinarny. Pytania te implikują już dobrze rozwiniętą wiedzę o prenatalnym okresie życia człowieka oraz specyficznych problemach prokreacyjnych, a związane są ze stawianiem specyficznych celów zarówno poznawczo-teoretycznych, jak i aplikacyjnych o charakterze systemowym (w obręb tych celów wchodzi również rodzina jako system, służba zdrowia, media).

Zarówno prenatalne i prokreacyjne problemy badawcze, jak i związane z nimi cele teoretyczne oraz aplikacyjne domagają się z kolei specyficznych metod badawczych, stosownych dla konkretnego okresu życia człowieka. Wypracowanie właściwych metod wykracza jednak poza możliwości metodologiczne pedagogiki rodziny, która sama – jak wynika z przeglądu literatury – jest jeszcze na etapie kształtowania swojego własnego statusu metodologicznego. Z tego też względu bardziej celowe wydaje się rozwijanie pedagogiki prenatalnej, która potraktuje okres prenatalny i specyficzny okres ciąży i porodu oraz związane z nim metody badawcze, jako

[8] Jako forma praktycznego wdrożenia wiedzy z zakresu pedagogiki rodziny – działają różnego typu poradnie rodzinne. W tych z nich, które w szczególnym stopniu i zakresie nastawione są na rodzinę w procesie prokreacji, pedagog mógłby być koordynatorem zespołu edukacyjnego rozwijającego działalność skierowaną do rodziców (por. Nowak, 2008b, s. 170), by wspomagać ich w roli wychowawców swoich dzieci od poczęcia, przez okres rodzenia się i pierwszych kontaktów z nim. Poczucie kompetencji rodziców oraz konkretne umiejętności opiekuńczo-wychowawczego wpływu na dziecko nie tylko sprzyjałyby dziecku, ale też pomogłyby im w kształtowaniu tożsamości rodzica i satysfakcji z dobrze pełnionej roli.

differentio specifica nowej dyscypliny pedagogicznej, pozostającej we współpracy teoretyczno-badawczej m.in. z pedagogiką rodziny.

II. Pedagogika zdrowia

Pedagogika zdrowia jest dyscypliną pedagogiczną o charakterze interdyscyplinarnym, która ma swoje ugruntowane miejsce w naukach pedagogicznych oraz w strukturze kształcenia nauczycieli, pedagogów, służb medycznych. Jest ona różnie definiowana (np. Zawadzka, 2003). Może być rozumiana jako „pedagogika o zdrowiu", jak i „pedagogika zdrowia", inaczej mówiąc: jest nauką, która zajmuje się zdrowiem jako kategorią aksjologiczną oraz tym, jak je chronić i dbać o nie, a nawet coraz bardziej zajmuje się optymalizacją zdrowia, wypracowywaniem sposobów takiej pielęgnacji jego stanu, by osiągnąć maksimum powodzenia w tym zakresie.

Nakreślone zadanie pedagogiki zdrowia nie jest łatwe do realizacji, gdyż zdrowie jest rzeczywistością wielowymiarową (Kulik, Wrońska, 2000; Woynarowska, 2000, s. 14) i obejmuje zdrowie: fizyczne (prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka), psychiczne (emocjonalne i intelektualne), społeczne (prawidłowe relacje z innymi ludźmi) oraz zdrowie duchowe (noetyczne). Z jednej strony trudno zapewnić równocześnie pełny stan zdrowia we wszystkich wymiarach, z drugiej pogorszenie lub polepszenie jednego wymiaru wpływa na inne.

Trudność w utrzymaniu optymalnego zdrowia wynika również z tego, że zależy ono nie tylko od uwarunkowanych biologicznie predyspozycji, ale też od wielu predykatorów związanych z opieką i wychowaniem, jakością życia, stylem życia, środowiskiem przyrodniczym i społecznym (Demel, 1980; Krawański, 2003b; Maszczak, 2002), różnymi wpływami całego ekosystemu, do którego człowiek należy (Kolarzyk, 2000, s. 14). Dlatego coraz większą rolę odgrywa szeroko zakrojona edukacja zdrowotna (Woynarowska, 2000).

Szczególną dziedzinę troski o zdrowie stanowi prokreacja, gdyż stawia ona wyzwania nie tylko zdrowiu jednego człowieka, ale wszystkich osób zaangażowanych w nią, tzn. rodzicom i ich potomstwu. Postęp medycyny zmniejszył zagrożenia życia dla matki w okresie ciąży, porodu i połogu oraz dla śmiertelności dzieci, ale nie potrafi sprostać narastającym problemom niepłodności małżeńskiej, komplikacji w ciąży i porodzie, poronień, poporodowej depresji i rodzeniu się dzieci z problemami zdrowotnymi. Każda z tych sytuacji ma najczęściej cechy sytuacji kryzysowej, swoiste dla niej konsekwencje i rodzi potrzebę niesienia pomocy, możliwość zapobieżenia i/lub przezwyciężenia trudnej sytuacji, a tym samym stanowi wyzwanie dla edukacji. Wyzwanie to jest tym bardziej istotne, gdyż dotychczas prokreacja doświadczana jako kryzys była niedostatecznie rozpoznawana jako zadanie dla pomocy pedagogicznej (por. Borowska, 1998; Stochmiałek, 1998).

Poza tym postęp ten sam kreuje sytuacje trudne, związane ze zwiększającą się liczbą różnorodnych usług medycznych, oferujących rozwiązanie m.in. problemu: jak ustrzec się przed prokreacją (zróżnicowane formy ubezpłodnień czasowych lub trwałych), jak nie dopuścić do urodzenia dziecka już poczętego (zastosowanie środków wczesnoporonnych, aborcja na żądanie, aborcja eugeniczna), jak sprawdzić stan jego zdrowia (metody diagnostyki prenatalnej), jak uzyskać dziecko w sytuacji utrudnień w prokreacji (metody sztucznego wzbudzania życia ludzkiego), jak zabezpieczyć sobie dalszą prokreację (zamrażanie ludzkich embrionów) lub prokreację swoim dzieciom (np. oddanie komórki jajowej przez matkę dla swojej córki, której dziecko będzie jednocześnie jej rodzeństwem), jak zarobić na prokreacji (dawstwo spermy, wynajem macic, czyli tzw. macierzyństwo surogatowe, zastępcze). To tylko niektóre, najczęstsze dylematy i możliwości związane z ofertami dotyczącymi tzw. zdrowia reprodukcyjnego[9], co do których uwaga skupiona jest prawie jedynie na bezpiecznym pod względem medycznym przebiegu tych procedur (Szymański, 2007a, b).

Pojęcie zdrowia reprodukcyjnego po raz pierwszy określono w Programie Działań przyjętym w podsumowaniu Międzynarodowej Konferencji na rzecz Ludności i Rozwoju (ICPD) w Kairze w 1994 roku. Zdrowie reprodukcyjne zdefiniowano jako „stan dobrego samopoczucia w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz mają zdolność do reprodukcji oraz swobodę decydowania, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Zgodnie z powyższą definicją zdrowia reprodukcyjnego, opieka, której jest ono przedmiotem, to zespół metod, technik i usług służących zapewnieniu zdrowia reprodukcyjnego i dobrostanu poprzez zapobieganie problemom w tej dziedzinie i ich rozwiązywanie" (Platforma Działania – dokument końcowy IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet, Pekin 1995, art. 94)[10].

[9] Na terenie pedagogiki (podobnie jak psychologii – por. Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 21; Kornas-Biela, 2007h) proponuję (jak wspominałam już wyżej) nie używać słownictwa „reprodukcyjnego" w odniesieniu do człowieka, chociaż przyjęło się ono w polskiej literaturze, zwłaszcza medycznej oraz prawnej, jako wynik bezpośredniego tłumaczenia słów z języka angielskiego, bez rozróżnienia, iż o reprodukcji i rozrodzie należy mówić w odniesieniu do świata zwierząt, zaś o prokreacji w odniesieniu do człowieka. Kryje się za tymi dwoma różnymi terminami inna filozofia człowieka.

[10] Zapewnienie dostępu do zdrowia reprodukcyjnego nie obejmuje aborcji. Wbrew spotykanej w mediach i publikacjach interpretacji tych postanowień, 16.12.2003 r. przedstawiciel przy Radzie Unii Europejskiej Roberto Antonione zapytywany podczas przesłuchania przez posłów Parlamentu Europejskiego, Bernd Posselta i Dana Scallone'a, zaprzeczył, że określenie „zdrowie reprodukcyjne" obejmuje dostęp do aborcji. Podobnie, w dn. 30.09.2005 r., podczas składania wyjaśnień przed Komisją Spraw Zagranicznych Izby Reprezentantów Szef Sztabu Sekretarza Generalnego ONZ Kofi Annana Mark Matloch Brown wyjaśnił, że określenie „zdrowie reprodukcyjne" nie obejmuje aborcji.

Pedagogika zdrowia obejmuje swym zakresem wszystkie kategorie wiekowe, można ją również odnieść zarówno do okresu prenatalnego, jak i dorosłości, w której człowiek realizuje się jako istota zdolna do prokreacji. Obejmując swoim zainteresowaniem dziedzinę prokreacji człowieka, może się więc zająć wszystkimi grupami osób, które zostały wyszczególnione w kategoryzacji podanej przez T. Szewczyka (2006, s. 346).

Są bowiem osoby, które uważają się za zdrowe, ale w związku z planowanym poczęciem dziecka lub jako będące w ciąży, rodzące, karmiące piersią chciałyby podjąć działania podwyższające poziom ich zdrowia, by jednocześnie zapewnić optymalne zdrowie swojemu dziecku. Inne osoby, również uważające się za zdrowe, chcą zapobiec niepowodzeniom prokreacyjnym, wykryć zagrożenia lub chorobę w jej asymptomatycznym stanie, stąd poddają się procedurom diagnostycznym[11] i czynią starania związane z niwelowaniem czynników obniżających szansę pomyślnej prokreacji[12]. Jeszcze inne dostrzegają u siebie anomalie w tym zakresie[13], uważają się za chore lub rzeczywiście są chore i stosują środki zaradcze zmierzające do wyleczenia[14], a także podejmują aktywność, by zmniejszyć możliwość porażki i odpowiedzialnie zadbać o maksymalizację stanu zdrowia dziecka poczętego[15]. Szczególnie interesujące są starania niektórych osób o ekologiczne podejście do prokreacji, rezygnujące ze sztucznej ingerencji w jej procesy, a korzystające z metod rozpoznawania płodności. Bardzo obiecujący jest rozwój wiedzy i praktyki związanej z naprotechnologią (Hilgers, 2004; Barczak, 2008; Barczentewicz, 2008; www.naprotechnology.com).

Pedagogika zdrowia ma w swoim zakresie nie tylko obszar teorii, ale również praktyki edukacyjnej odnoszącej się do prokreacji ludzkiej (Szewczyk, 2006, s. 346-347). W stosunku do wszystkich grup osób wyszczególnionych w kategoryzacji T. Szewczyka (2006, s. 346), pedagogika zdrowia oferuje swoje osiągnięcia w zakresie teorii nauczania o zdrowiu i teorii wychowania zdrowotnego, jak też doświadczenia związane z praktyką edukacyjną i konkretnymi formami pomocy.

Głębsza analiza pokazuje jednak, że szeroko rozumiana problematyka prokreacji jest dotychczas na terenie nauk pedagogicznych podejmowana w zbyt małym zakresie w porównaniu z innymi zagadnieniami, znacznie mniej istotnymi dla życia człowieka. Przykładem może być promocja zdrowia w zakresie prokreacji na różnych

[11] Np. wcześniejsze badania w kierunku wykrycia cukrzycy, anemii czy odporności na różyczkę lub toksoplazmozę.

[12] Np. stosują suplementację kwasem foliowym, która zmniejsza ryzyko wad cewy nerwowej.

[13] Np. zaburzenia miesiączkowania, trudności z poczęciem dziecka.

[14] Np. poddają się operacji ginekologicznej, usuwającej zwężenie jajowodu, modyfikacji insulinoterapii w ciąży (matki z cukrzycą).

[15] Niektóre osoby faktycznie znajdują się w sytuacji zwiększonego ryzyka dla stanu zdrowia swojego lub dziecka prenatalnego (np. sytuacja ryzyka genetycznego, po nawykowych poronieniach, po wewnątrzmacicznej śmierci dziecka z powodu mnogich wad wrodzonych). Poradnictwo genetyczne, a potem diagnostyka prenatalna w połączeniu z terapią prenatalną może zmniejszyć ryzyko wystąpienia rozległych konsekwencji zaburzeń u dziecka.

etapach życia, prezentowana przez Forster (1998) i obejmująca opiekę prenatalną i obserwację przedporodową. Jest ona jednak nadal skupiona głównie na wskazaniu praw kobiet do opieki i usług, konieczności unikania różnych teratogenów i zajmuje niewiele więcej miejsca, co zadania związane z celem: „HIV/AIDS i życie płciowe". Tymczasem ze względu na narastanie częstotliwości niepowodzeń prokreacyjnych[16] oraz szybkiego rozwoju różnych usług medycznych dotyczących prokreacji, istnieje nagląca potrzeba zajęcia się tym obszarem życia człowieka. Dlatego wyłaniająca się pedagogika prenatalna, skupiona na teorii i praktyce kształcenia i wychowania w odniesieniu do prokreacji i przedurodzeniowego etapu życia człowieka, stanowi dla pedagogiki interesujące wyzwanie.

1. Wychowanie zdrowotne

Zdrowie prokreacyjne rodziców oraz ich poczętego dziecka zależy od długotrwałego procesu wychowawczego, który zmierza m.in. do ukształtowania: umiejętności identyfikacji potrzeb zdrowotnych; potrzeby dbania o zdrowie („osobowość dbająca o zdrowie" – Krawański, 2001, s. 32; Woynarowska, 1999); postaw prozdrowotnych; umiejętności dokonywania wyborów i podejmowania decyzji na rzecz zdrowia (por. Stephenson, Wagner, 1993) oraz praktycznej sprawności działania w tym zakresie; nawyków zdrowotnych stanowiących potencjał zdrowia.

Pedagogika zdrowia daje teoretyczną podstawę wychowaniu zdrowotnemu, ono zaś stanowi niejako praktyczne jej zastosowanie. Zgodnie z koncepcją M. Demel, nestora polskiej pedagogiki zdrowia: „Wychowanie zdrowotne jest dzieckiem medycyny i pedagogiki" (1968, s. 11) i polega na wytwarzaniu nawyków, wyrabianiu sprawności, nastawieniu woli, kształtowaniu postaw, pobudzeniu zainteresowań – w odniesieniu do ochrony i doskonalenia zdrowia (s. 55). Jest ono skierowane do dzieci i młodzieży i prowadzone przez różne instytucje wychowawcze (w tym też rodzinę) jako forma pracy oświatowo-sanitarnej, obejmującej zarówno nauczanie, wychowanie, jak i kształcenie.

Już M. Demel zwrócił uwagę, że istnieje zróżnicowanie płciowe zainteresowań rodzicielstwem u dojrzewającej młodzieży, a problemy przyszłego macierzyństwa w niemałym stopniu „podpadają pod zakres wychowania zdrowotnego" (1968, s. 98). Przy czym podkreślił on, iż chłopcy wymagają bardziej niż dziewczynki „intensywnych zabiegów wychowawczych typu przysposobienia rodzinnego", gdyż to, co u dziewcząt pojawia się jako wynik naturalnego zainteresowania i biopsychicznych pobudek, u chłopców jako potencjalnych ojców musi być zaktywizowane zabiegami wychowawczymi, dzięki którym będą oni bardziej angażowani w życie rodzinne, w opiekę nad młodszym rodzeństwem, w branie odpowiedzialności za

[16] Oczywiście częstość niektórych niepowodzeń prokreacyjnych maleje, np. zgonów okołoporodowych, porodów przedwczesnych.

sprawy rodziny. Autor ten już pół wieku temu zauważył, iż przysposobienie ojcowskie rozpoczęte przed ślubem lub już w małżeństwie, jest wprawdzie ważne, lecz nie jest wystarczające, gdyż jest to „cieniutka warstwa wiadomości i emocji na wielkim stosie lat pustych, lat nie zawsze neutralnych, gdyż często wypełnionych programową pogardą dla «spraw babskich»". Dlatego pedagogika kładzie nacisk na wychowanie rodziców z pokolenia na pokolenie (Demel, 1968, s. 102).

Przykładem takiego podejścia może być koncepcja wychowania fizycznego zintegrowanego z edukacją zdrowotną, zaprezentowana przez A. Krawańskiego (2003a), który podkreślił, iż zmierza ono do osiągnięcia celu, jakim jest troska o własne ciało i zdrowie nie tylko w samej szkole, lecz również po jej ukończeniu. Zgodnie z tą wizją również wychowanie fizyczne ma związek z edukacją zdrowotną wtedy, gdy przyszli rodzice przygotowują się do poczęcia dziecka, jak też wtedy, gdy kobieta jest w ciąży i rodzice prenatalni czekają na jego urodzenie.

Interesujące perspektywy w zakresie pedagogiki zdrowia daje A. Pawłuckiego koncepcja kulturalizacji zdrowotnej, zakładająca poznanie wartości własnego ciała (1996, 2007). Poczucie sensu własnego ciała, według tej koncepcji, tworzy się na podstawie wzorca nasyconego matrycą kulturową. Podążając torem koncepcji Pawłuckiego i odnosząc ją do sytuacji kobiet w związku z ciążą, można powiedzieć, że kobiety nabywają kulturową mapę znaczeń, pozwalającą im wartościować swoje ciało, jako dające życie dziecku. Do takiego spojrzenia na ciało kobiety może wychować nauczyciel, który nie jest tylko *bionauczycielem*, lecz również *aksjonauczycielem*, przyjmując wobec ucznia rolę tłumacza różnych wartości ciała. Dokonuje tego m.in. w zakresie wychowania seksualnego jako nauczyciel kultury seksualnej, łącząc zagadnienia cielesności i seksualności z miłością (Pawłucki, 2007, s. 98). Ważne jest, by w trakcie edukacji szkolnej zaprezentować uczniom wizję prokreacji jako obszaru usensowiającego życie, czyli nadającego mu coraz to głębsze znaczenia. W takim ujęciu okres ciąży matki, a dla dziecka prenatalny okres jego życia jawi się jako układ relacyjny, będący kreacją nie tylko cielesną, lecz również podmiotową. Matka, dzięki posłudze drugiemu człowiekowi jako osobie, rozwija siebie i dziecko ku pełni człowieczeństwa (tamże, s. 136).

A. Pawłucki wyraźnie podkreśla, iż „pedagogika zdrowia – promując wartość zdrowia osoby ludzkiej – musi jednocześnie wpisać siebie w projekt znacznie szerszy – promocji wartości życia." (2002, s. 249). Troska rodziców o zdrowie dziecka prenatalnego jest w personalistycznie ujętej pedagogice zdrowia wartością niższego rzędu wobec wartości wyższej jego człowieczeństwa, a tym samym wartości jego życia. Dlatego odpowiedzialność za kreację zdrowia własnego i dziecka jest traktowana jako powinność moralna niższego rzędu wobec powinności wyższego rzędu, jaką jest afirmacja człowieczeństwa i dobra drugiego człowieka (tamże).

Nie sposób mówić o wychowaniu zdrowotnym bez właściwej antropologii, która jest u jego podstaw (M. Nowak (2000; Michalski, 2000). W poszukiwaniu podstaw takiej antropologii warto zwrócić uwagę na tzw. fakt ludzki w kontekście wychowania zdrowotnego i jego dwie interpretacje, na które wskazuje M. Nowak (2000): 1. inter-

pretacja ewolucyjna – odwołująca się do praw przyrody, oraz 2. interpretacja świadomościowo-podmiotowa – akcentująca duchowość człowieka. Obie te interpretacje należy, jego zdaniem, traktować jako komplementarne i doprowadzić do zintegrowania w ramach koncepcji wychowania zdrowotnego osoby ludzkiej.

Wychowanie zdrowotne w perspektywie antropologicznej zmusza do ustawicznego odkrywania wartości ciała i cielesności i to zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, gdyż ciało ludzkie stanowi podstawę wszelkich relacji międzyludzkich, jak i relacji człowieka do świata. W tym ujęciu bardziej klarownie brzmi stwierdzenie, że wychowanie zdrowotne nie może nie uwzględniać również wychowania moralnego i społecznego, opartego na pewnej hierarchii wartości wybranych przez konkretną osobę, jak też grupę osób, rodzinę, naród czy państwo, w którym ona żyje (Nowak, 2000). Tego rodzaju podejście wychowawcze może doprowadzić do odzyskania wychowania w jego całości, integralności i spójności (Nowak, 2008b, s. 84).

2. Edukacja zdrowotna

Pedagogika zdrowia, jako teoria nauczania o zdrowiu i wychowaniu zdrowotnym, stanowi teoretyczną podstawę edukacji zdrowotnej (zwanej też edukacją prozdrowotną), będącej formą działalności praktycznej (Szewczyk, 2006, s. 346; Lewicki, 2006; Woynarowska, 1994, 2007; Skulicz, 2004, s. 72). Edukacja zdrowotna w rodzinie, w szkole (edukacja prenatalna, edukacja wspierająca zdrowie prokreacyjne) jest ważnym elementem „systemu edukacji zdrowotnej", istotną składową ogólnej polityki państwa. System edukacji zdrowotnej to dynamiczny układ powiązanych ze sobą pod względem celowościowym, logicznym i funkcjonalnym takich elementów, jak osoby, procesy i współczynniki oraz instytucje zaangażowane na rzecz zdrowia (Lewicki, 2006, s. 14, 99).

Klasyczna edukacja zdrowotna polega głównie na kształceniu, co – jak zauważa A. Krawański (2001) – sprowadza się najczęściej do przekazu wiedzy, zakładając, że u odbiorcy procesu kształcenia pojawi się refleksja, zmiana przekonań i nawyków zdrowotnych. Aktualnie dostrzega się potrzebę nie pozostawania jedynie na poziomie przekazu wiedzy, ale poszerzenia jej przez kształcenie umiejętności, które decydują o utrzymaniu lub podniesieniu potencjału zdrowia.

Kształcenie zdrowotne jest efektywne (tzn. odbiorca wprowadza wiedzę w czyn), jeśli jest podbudowane procesem wychowawczym, dzięki któremu następuje przekaz wartości i wzorców zachowań, formacja przekonań i postaw (dyspozycji, skłonności, trwałych nastawień) na rzecz dbałości o zdrowie. Jest ono związane z wychowaniem prozdrowotnym, zmierzającym do ukształtowania postawy prozdrowotnej, czyli dyspozycji do zachowań wykorzystujących zdobytą wiedzę w zakresie biologicznych, medycznych, psychicznych i społecznych determinant zdrowia (Krawański, 2001, s. 31). Rozumiejąc edukację jako proces dwuskładowy, którego elementami jest kształcenie i wychowanie, można przyjąć za wspomnianym autorem (Krawański,

2001, s. 29-30), że edukacja zdrowotna to intencjonalny przekaz wzorów wartości (wychowanie) i wzorów zachowań (kształcenie) dotyczących zdrowia. Tak również można by rozumieć zadania edukacji prenatalnej.

Niestety, niezależnie od podejmowanych przez człowieka starań, by zagwarantować sobie pomyślne zdrowie, narażony jest on ciągle na pogorszenie stanu zdrowia, choroby i sytuacje graniczne w tym zakresie. Efektywność edukacji prenatalnej zależy od wielu warunków, które muszą być ze sobą zharmonizowane[17] i obecność jednego z nich nie gwarantuje skuteczności oddziaływań. Stąd też oprócz przekazu wiedzy, przyswojenia przez człowieka zasobu informacji, zasad, standardów, sposobów postępowania, ważne jest też oddziaływanie na jego sferę emocjonalno-dążeniową, aby potrafił tę wiedzę i przekonania wprowadzić w życie[18] oraz tworzyć warunki umożliwiające i sprzyjające, by gotowość do działania zgodnie z posiadaną wiedzą mogła przerodzić się w aktywne działanie, przejawić się w postaci zachowań sprzyjających zdrowiu (prozdrowotnych).

Obecnie tradycyjną edukację zdrowotną społeczeństwa uzupełnia lub wyręcza tzw. marketing zdrowia (Grębowski, 2000, s. 161) i rozwijające się formy marketingu usług zdrowotnych, co oznacza komercjalizację dostępu i korzystania z usług zdrowotnych. Coraz bardziej nad dobrem pacjenta przeważa troska o wizerunek i konkurencyjność placówki służby zdrowia, o wzmocnienie jej pozycji rynkowej, rozszerzenie zakresu oferowanych usług i atrakcyjnej oferty świadczeń oraz takie dbanie o pacjenta, który stał się klientem, by był źródłem dochodów (Nowotarska-Romaniak, 2008).

Klientem części usług medycznych związanych z prokreacją stało się również dziecko prenatalne, gdyż są one albo bezpośrednio skierowane do niego (np. diagnostyka lub terapia prenatalna), albo też pośrednio, poprzez decyzje matki, która korzysta z nich w przebiegu ciąży lub porodu. Wskutek rozwoju usług medycznych dziecko prenatalne staje się w coraz szerszym zakresie ich konsumentem. Następuje niebezpieczna komercjalizacja i merkantylizacja prenatalnego dzieciństwa (por. Postman, 2001).

3. Promocja zdrowia

Edukacja zdrowotna stara się, zgodnie ze starożytną zasadą: „lepiej zapobiegać, niż leczyć", być bardziej skoncentrowana na promocji zdrowia i profilaktyce chorób, w tym na dostarczaniu adekwatnych informacji o zdrowiu, motywowaniu do dbania o nie, uczeniu praktycznych umiejętności związanych z kontrolą nad nim i polep-

[17] Por. Karta Ottawska (1986) podkreśliła znaczenie trzech warunków kontroli zdrowia, jakim jest wiedza, gotowość do działania i możliwości (Głowacka, 2000, s. 134).

[18] Zachodzi wtedy zgodność zachowań zdrowotnych z postulowanym algorytmem zachowań (Głowacka, 2000, s. 135).

szaniem zdrowia (np. niwelowaniu czynników ryzyka), zapewnianiu systemu opieki zdrowotnej oraz społecznego wsparcia (Kulik, 1997, s. 20); wpływaniu na zmianę zachowań człowieka (m.in. przez pobudzanie zainteresowań zdrowiem, przekształcanie postaw i zachowań wobec nowych zagrożeń), wyrabianiu odpowiedzialności za zdrowie swoje i osób bliskich (Gromadzka-Ostrowska, 2003).

Promocja zdrowia należy do zadań edukacji zdrowotnej, zaś edukacja ta jest ważną częścią promocji zdrowia (Skulisz, 2004, s. 73), ale jej nie wyczerpuje (należy również do niej profilaktyka i ochrona zdrowia)[19]. Promocja zdrowia, jak i edukacja zdrowotna zmierza w kierunku coraz większego nastawienia na osobę niż na chorobę oraz ujmowania całej osoby, a nie tylko jej choroby, tzn. uwzględnienia całego kontekstu jej życia, różnych osobistych uwarunkowań (por. Łuszczyńska, 2004).

Zajmując się edukacją prenatalną jako elementem edukacji zdrowia, trzeba mieć świadomość kontrowersji, które narosły wokół rozumienia takich pojęć pokrewnych edukacji zdrowotnej jak promocja zdrowia, prewencja zdrowia, ochrona zdrowia, działania prozdrowotne. Jakie są związki i zależności między tymi formami ludzkich przedsięwzięć w zakresie zdrowia, jaka różnica między nimi – nie zostało jeszcze do tej pory w literaturze przedmiotu definitywnie ustalone, gdyż odpowiedź zależy, m.in. od koncepcji zdrowia (np. modelu biomedycznego, psychospołecznego, holistycznego).

W krajach europejskich dominuje nacisk na promocję zdrowia z uwzględnieniem społecznego oraz instytucjonalnego kontekstu, a edukację zdrowotną, jako zależną od wpływu czynników osobistych i grupowych, ujmuje się jako element konstytuujący promocję zdrowia (Cylkowska, 2000, s. 50). Niektórzy autorzy z góry zakładają, że ze względu na zależność zdrowia od kontekstu kulturowego, nie jest możliwe wypracowanie jednej koncepcji promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (np. Melosik, 1999, s. 7). Na przestrzeni dziejów troska o prokreację, o jej zdrowotne walory zmieniała bowiem swoje formy, zależnie od przyjętej koncepcji człowieka, powszechnie akceptowanego systemu norm i preferencji wartości, wiedzy i przekonań oraz wyobrażeń i przesądów związanych ze zdrowiem, dostępnych usług medycznych.

Promocja zdrowia, zgodnie z definicją przyjętą w Karcie Ottawskiej, jest procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego polepszanie (Słońska, Misiuna, 1993, s. 34). Oznacza więc ona poprawianie stanu zdrowia (w tym również prokreacyjnego) i dbanie o utrwalenie dobrej kondycji zdrowotnej (dotyczy to zarówno rodziców, jak i dziecka prenatalnego). Istotnym elementem promocji zdrowia jest profilaktyka zdrowotna, dzięki której można zapobiec problemom zdrowotnym lub wcześnie je wykryć, a tym samym je zminimalizować. Jeszcze innym elementem jest kształtowanie zdrowego stylu życia, a tym samym

[19] Downie, Fyfe, Tannahill (1990) uważają, że promocja zdrowia obejmuje wysiłki podejmowane w celu wzmocnienia zdrowia i zapobiegania chorobie poprzez nakładające się na siebie działania edukacji zdrowotnej, profilaktyki i ochrony zdrowia.

zdolności do indywidualnych wyborów, biorących pod uwagę wartość zdrowia własnego i potomstwa.

Działania edukacyjne w zakresie promocji zdrowia prokreacyjnego opierają się na założeniu, że najważniejszym czynnikiem zdrowia tak rodziców, jak i dziecka prenatalnego, obok warunków środowiska (np. brak skażeń) oraz biologicznego potencjału jednostki – jest ich styl życia, będący wynikiem określonych wyborów, zgodnych z filozofią życia, potrzebami i systemem wartości (np. takie a nie inne wykorzystanie dochodu, stosowanie używek, nawyki żywieniowe, sposób spędzania wolnego czasu). Zdrowe wybory dokonywane są w kontekście społeczno-kulturowym, który ma wpływ na system wartości oraz wzorce stylu życia, zaspokajania potrzeb i radzenia sobie ze stresem.

Proces kształtowania się stosunku człowieka do zdrowia własnego oraz innych (w tym, np. dziecka prenatalnego, noworodka) dokonuje się przede wszystkim w rodzinie. Na bazie silnych związków międzyosobowych oraz mechanizmu naśladownictwa, identyfikacji i modelowania następuje socjalizacja zdrowotna, która jest podstawą międzypokoleniowej transmisji systemu wartości, postaw, stylu życia, zachowań i umiejętności związanych ze zdrowiem, również prokreacyjnym (Rostowska, 1995). W odniesieniu do wychowania zdrowotnego i promocji zdrowia rodzina gra rolę nie do przecenienia (wpływy te są szczególnie silne u mężczyzn oraz w rodzinach inteligenckich – Kaiser, 2008).

Jednocześnie obserwuje się obecnie oprócz socjalizacji zdrowotnej starszego pokolenia wobec młodszego (objaw kultury postfiguratywnej), wzajemny przekaz między dwoma pokoleniami (przejaw kultury kofiguratywnej) oraz wpływ młodszego pokolenia na zachowania zdrowotne starszych (symptom kultury prefiguratywnej). Szczególnie w tym ostatnim zakresie aktywne są córki, wykazując bardziej niż synowie elastyczne postawy zdrowotne (Kaiser, 2008), zmieniając wzorce przekazane w rodzinie pochodzenia wobec, np. metod rozpoznawania płodności, rodzenia w różnych pozycjach, rodzenia w domu, włączenia mężczyzny w doświadczenia prokreacyjne, karmienia piersią. Chociaż środowisko społeczno-kulturowe i rodzinne ma duży wpływ na styl życia, to jednak wyborów człowiek dokonuje sam, stąd kierowana do jednostki i pary ludzkiej edukacja zdrowotna ma ważne znaczenie w promocji zdrowia (por. Miller, 2001).

W pedagogice zdrowia ważne jest nastawienie profilaktyczne, dlatego w opracowywaniu programów promocji i prewencji dotyczących seksualności, prokreacji i zdrowia dziecka prenatalnego należy wziąć pod uwagę pewne istotne okresy: w dzieciństwie – okres ciąży matki i przyjścia na świat rodzeństwa, w okresie adolescencji – okres dojrzewania oraz kończenia szkoły średniej, następnie okres planowania założenia rodziny, bezpośredni okres przedkoncepcyjny (Chazan, 1997, 1999, 2001; Rekomendacje, 2005) oraz okres ciąży (Marianowski, 1994). Samo rozumienie profilaktyki jest zróżnicowane, ale obserwuje się zgodność autorów różnych podejść co do konieczności jak najwcześniejszego zapobiegania czynnikom ryzyka. W odniesieniu do rodziców dziecka poczętego profilaktyka obejmuje: edukację, porad-

nictwo genetyczne z prenatalną diagnostyką, opiekę medyczną, właściwe odżywianie, pomoc w dalszym planowaniu rodziny, dostarczanie wsparcia społecznego (Kulik, 2000).

Rodzice planując poczęcie lub oczekując urodzenia dziecka, w naturalny sposób są zainteresowani jego zdrowiem, koncentrują się na zapewnieniu mu warunków prawidłowego rozwoju, natomiast przed planowaniem poczęcia lub w przerwach między kolejnymi dziećmi są znacznie mniej skłonni do podejmowania wysiłków, aby zadbać o powodzenie przyszłej prokreacji. Dotyczy to zwłaszcza konieczności rezygnacji z różnych nałogów, zmiany sposobu odżywiania, podjęcia leczenia. Łatwiej też nabywać dyspozycje do nowych zachowań zdrowotnych, niż zmieniać dotychczasowe nawyki (Heszen-Niejodek, Życińska, 2001, s. 47). Wiedza i zachowania sprzyjające zdrowiu, nabyte podczas edukacji prenatalnej, są potem często z pożytkiem wykorzystywane i kontynuowane w dalszym życiu.

W dziedzinie prokreacji obserwuje się obecnie tendencję do skoncentrowania promocji zdrowia nie tylko na osobie matki i jej ciąży, ale również na osobie poczętego dziecka. Promocja zdrowia w odniesieniu do prokreacji, to m.in. przekazywanie wiedzy o organizmie ludzkim i sposobach dbania o niego (np. o układzie rozrodczym, o przebiegu ciąży i porodu, o zasadach higieny i odżywiania się w ciąży); dostarczenie informacji o dostępności i właściwym korzystaniu ze służby zdrowia (np. o poradniach genetycznych, o możliwości diagnostyki prenatalnej); zapoznawanie społeczeństwa z ustawami odnoszącymi się do zdrowia (np. regulacje prawne dotyczące macierzyństwa) oraz z tym, co może zagrażać zdrowiu lub życiu w ich środowisku (np. zanieczyszczenia powietrza czy gleby, niezdrowy styl życia).

Edukacja zdrowotna w ramach promocji zdrowia zajmuje się więc m.in.: dostarczaniem ludziom informacji, by mogli dokonać wyborów, umożliwianie im oceny tych wyborów oraz pomaganie w analizowaniu i odnajdywaniu alternatywnych i dostępnych wyborów. Podobnie edukacja zdrowotna w odniesieniu do prokreacji jest jedną ze składowych promocji zdrowia prokreacyjnego, dzięki której ludzie uczą się dbać o swoje zdrowie i zdrowie przyszłego pokolenia w okresie przedkoncepcyjnym, w czasie ciąży i porodu oraz w połogu.

Promocja zdrowia w szeroko rozumianej dziedzinie prokreacji to zadanie nie tylko dla profesjonalnych służb medycznych i pedagogicznych, a więc nie tylko dla sektora służby zdrowia czy edukacji, ale również dla tak zdawałoby się odległych obszarów oddziaływań na człowieka, jak jego wychowanie w rodzinie, regulacje prawne, stopa życiowa, ekonomiczny i społeczny kontekst życia, wyznaczające tzw. wstępne warunki zdrowia (Pike, 1998, s. 7-10). Promocja zdrowia prokreacyjnego jest bowiem wyzwaniem dla pracy wszystkich, którzy zajmują się zdrowiem oraz wychowaniem.

W ramach promocji zdrowia stosuje się różne metody oddziaływania, dlatego edukacja jest tylko jedną z nich, obok, np. komunikowania się przez media, wykorzystania legislacji i polityki, zmian organizacyjnych, aktywizacji środowisk lokalnych i wspierania inicjatyw na rzecz zdrowia (Słońska, Misiuna, 1993, s. 35), np. inicjatywa

„Szkoła promująca zdrowie" (Woynarowska, Sokołowska, 2000). Szczególnym rodzajem promocji zdrowia jest wspieranie nie tylko zmian w zakresie przekonań i postaw, ale przede wszystkim zachowań ludzkich. W tym zakresie pomocne jest poznawczo-behawioralne podejście do promocji zdrowia, uwzględniające fakt, iż uczenie się nowych zachowań zależy nie tyle od docierających bodźców, ile od ich reprezentacji poznawczej, stąd tak pomocne w zmianie zachowań są techniki behawioralne (warunkowanie reaktywne, sprawcze, modelowanie, samokontrola, trening umiejętności, podejście zintegrowane – Bishop, 2007, s. 133-148).

Ciekawym faktem jest to, że zainteresowania badaczy i praktyków są nadal o wiele mniej skupione na działaniach prewencyjnych niż interwencyjnych, na naprawczych wobec problemów o tzw. najwyższym priorytecie, niż na promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (por. Pike, 1998, s. 6; Głowacka, 2000, s. 138), w tym również dotyczącej sfery płciowej (np. na profilaktyce ryzykownych zachowań seksualnych – np. Grzelak, 2006; na prorodzinnej edukacji seksuologicznej – Rzepka, 2003). Są one też bardziej skoncentrowane na patologii niż normie, tzn. w opracowaniach dotyczących opieki nad dziećmi, promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, dominują problemy związane z przemocą, nałogami, uzależnieniami, dysfunkcjami w rodzinie, wychowaniem instytucjonalnym, nad problemami opieki wobec dzieci rozwijających się prawidłowo, ich wychowania zdrowotnego w normalnie funkcjonujących rodzinach (por. Irzmańska, Hudziak, 2002).

4. Edukacja prenatalna a pedagogika prenatalna

W zakresie edukacji prenatalnej jako elementu edukacji zdrowotnej odnoszącego się do dziecka prenatalnego, należy podkreślić, że jego zdrowie prenatalne nie jest stanem statycznym, ale podlega dynamicznym procesom, ukierunkowanym na przywracanie równowagi organizmu, destabilizowanej przez czynniki wewnętrzne oraz zewnętrzne (pochodzące od matki i środowiska zewnętrznego). Zmienia się, podlegając ciągle nowym wpływom i wymaganiom środowiska, w którym żyje. Niebagatelnym czynnikiem stymulującym przeobrażenia w zakresie zdrowia dziecka stanowią jego wzrastające kompetencje zmysłowe, poznawcze i emocjonalne[20].

W pedagogice prenatalnej jako nauce o wychowaniu akcent musi być bardziej położony na procesach rozwojowych, aktualizujących tkwiące w dziecku możliwości twórczego przystosowania się do wymogów środowiska, obecnych w nim i w środowisku. Inaczej mówiąc, dziecko ma do dyspozycji nie tylko własne zasoby (np. energetyczne, cechy dziedziczne, potencjał wzrastania i rozwoju, właściwości osobiste), ale też korzysta z docierających do niego zasobów matki, np. jej zdrowie, odporność, cechy osobiste, warunki życia, siły wewnętrzne, osobowość, poczucie koheren-

[20] Procesualne ujęcie zdrowia omawia Formański (2004, s. 52).

cji, wsparcie społeczne, sposoby radzenia sobie ze stresem. Dlatego tak ważne są również działania związane z edukacją zdrowotną, np. co do zdrowego stylu życia kobiety w ciąży, wypracowania pozytywnych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Niestety, nadal w odniesieniu do rozwoju dziecka prenatalnego i losów ciąży przykłada się zamiast modelu salutogenetycznego – model patogenetyczny[21], który klasyfikuje dzieci prenatalne na zdrowe lub chore z powodu konkretnej przyczyny i na konkretną jednostkę chorobową (a zdrowie i choroba ma charakter kontinuum); ogranicza szukanie przyczyn zaburzeń do jakiegoś konkretnego czynnika patogennego (pomijając znaczenie ich wzajemnych interakcji, zwłaszcza tych o psychogennym charakterze); zakłada, że wszelkie stresory i czynniki znane jako patogenne, mają jedynie negatywny wpływ na organizm (nie uwzględniając ich wszechobecności, korzystnych stron stresu – roli uodparniania, indywidualnej odporności).

Istotą edukacji zdrowotnej w odniesieniu do prenatalnego okresu życia człowieka jest, m.in. przysposobienie przyszłych rodziców, jak i oczekujących urodzenia dziecka, do zdrowego stylu życia. Styl ten musi być dopracowany indywidualnie, gdyż wtedy istnieje większa pewność, iż zostanie on podjęty na mocy osobistej decyzji i z poczuciem odpowiedzialności za los ciąży, porodu i dziecka. Dlatego ważne jest zaangażowanie obu stron procesu edukacji, powiązanie promowanego stylu życia z potrzebami, oczekiwaniami i warunkami życia rodziców, uwzględnienie ich „gotowości rozwojowej" do przyjmowania określonych informacji, ich wiarygodność (przekaz zrozumiały, konkretny, wyczerpujący), modelowanie zachowań pożądanych. Podejście skierowane na rodzinę dziecka prenatalnego, podobnie jak już urodzonego, może uwzględniać cztery podstawowe perspektywy: ekologiczną, kompetencji, rozwojową i planowania stałości (por. Pecora i in., 1992, za: Stelmaszuk, 1999, s. 163-184).

W edukacji prenatalnej odnoszącej się do prokreacji ludzkiej, można zauważyć potrzebę rozszerzenia warstwy werbalnej kształcenia o warstwę praktyczną. Chodzi więc o wyposażenie odbiorców procesu kształcenia w wiedzę i umiejętności dbania o zdrowie prokreacyjne i zdrowie poczętego dziecka, czyli w sprawność w posługiwaniu się zdobytymi wiadomościami przy wykonywaniu określonych zadań, z uwzględnieniem aktywnego uczenia oraz wykorzystania zasobów zdrowia tkwiących w środowisku społecznym, które jako „siedlisko" może wspierać lub ograniczać pozytywny wpływ podjętego intencjonalnie kształcenia zdrowotnego (por. Krawański, 2001, s. 30; Kaiser, 2008), np. ćwiczenia fizyczne i prawidłowe odżywianie się w ciąży, korzystanie z usług medycznych.

Nie wystarcza bowiem sama wiedza (a więc oddziaływania jedynie poprzez wykłady, książki, ulotki reklamowe), by rodzice umieli zapewnić sobie i dziecku optymalne zdrowie. A i w tym zakresie potrzebna jest metodyka oparta na aktywnych technikach nauczania, inspirująca rodziców do samodzielnego zdobywania wiedzy i sprawdzania swych umiejętności, „uczenie się poprzez działanie". Tak

[21] Ogólne cechy tych modeli opisał Formański (2004, s. 50-52).

funkcjonują obecnie szkoły rodzenia, dając rodzicom możliwość praktycznych zajęć w zakresie higieny noworodka, masażu niemowlęcego, muzykoterapii prenatalnej i niemowlęcej, wizyt na oddziale ginekologiczno-położniczym, na sali porodowej, spotkań z położnicą i jej relacji ze świeżo odbytego porodu.

Na przykładzie powyższego krótkiego przeglądu ujęć niektórych autorów, którzy reprezentują pedagogikę zdrowia w Polsce, widać, iż możliwe jest rozwinięcie problematyki wychowania i edukacji zdrowotnej w odniesieniu do prokreacji ludzkiej oraz prenatalnego okresu życia, i to zarówno w ramach kształcenia szkolnego, jak i pozaszkolnego. Podsumowując refleksje nad możliwościami inkorporacji problemów prenatalnych i prokreacyjnych do pedagogiki zdrowia, należy podkreślić, iż jakkolwiek ze wszech miar byłoby pożądane rozwinięcie tych wątków, to jednak nowe wyzwania, jakie jawią się obecnie w odniesieniu do problemów związanych z prokreacją i najwcześniejszym okresem życia człowieka, powodują, że nie da się ich zredukować tylko do tych, jakie są możliwe do podjęcia w ramach pedagogiki zdrowia.

Istnieje ponadto metodologiczna trudność objęcia przez pedagogikę zdrowia wielu problemów prenatalnego okresu życia człowieka. Powodem jest nie tylko samo postawienie tych problemów na jej gruncie, ale też ich metody badania oraz metody aplikacji do praktyki pedagogiczno-zdrowotnej. Wypracowanie takich metod jawi się jako możliwe na gruncie nowej dyscypliny pedagogicznej, której przedmiot i cel poświęcone byłyby specyficznie zagadnieniom prenatalnym i prokreacyjnym, z nastawieniem interdyscyplinarno-badawczym oraz aplikacyjno-pedagogicznym. Stąd też bardziej celowe jest zaprezentowanie możliwości stworzenia nowej dyscypliny pedagogicznej, jaką jest pedagogika prenatalna, która podejmując swoiste dla siebie zagadnienia prokreacyjne i prenatalne, mogłaby ściśle współpracować m.in. z pedagogiką zdrowia.

Edukacja zdrowotna wraz z pedagogiką prenatalną mogą współdziałać w zakresie realizacji oferty zdrowotnej skierowanej do społeczeństwa, np. zapobieganie dzieciobójstwu, wspieranie małżonków po śmierci dziecka w wyniku poronienia lub martwego porodu (Kobler, Limbo, Kavanaugh, 2007; Nikčevič, Kuczmierczyk, Nicolaides, 2007; Brier, 2008) lub po stracie tzw. doskonałego dziecka, gdy rodzi się z chorobą lub wadą wrodzoną (Boehm, 2008; Landsman, 2008), oraz do osób zainteresowanych prokreacją, np. ukazanie złożonych problemów psychicznych i moralnych sztucznego zapłodnienia, jak też problemów zdrowotnych (np. dla dzieci – Knoester i in., 2007), prawa dziecka do prawdy o swoim pochodzeniu *vs* anonimowości tej procedury.

Ta ostatnia kwestia, w kontekście intensywnego rozwoju dostępności różnych technik sztucznej prokreacji nabiera coraz większego znaczenia, zarówno dla dawców i odbiorców materiału genetycznego, jak też poczętego z tej transakcji dziecka (np. Sokołowski, 2005; Berkel, Candido, Pijffers, 2007; Ludwig i in., 2008). Analizy te mogą również służyć pomocą osobom z niepowodzeniami prokreacyjnymi oraz personelowi medycznemu, który się nimi zajmuje, a wnioski, jakie wynikają z tych refleksji, mogą inspirować poczynania w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji i profilaktyki zdrowia.

Oczywiście, rola pedagoga nie ogranicza się do przedstawionych w tym opracowaniu zakresów zainteresowań[22], gdyż możliwości praktycznego zaangażowania ciągle się rozwijają, a konkretne jego formy zależą od profesjonalizmu i twórczej, innowacyjnej postawy samego pedagoga (np. włączenie się w działalność szkoły rodzenia, w organizację prenatalnego hospicjum, zajęcia dla dzieci oczekujących młodszego rodzeństwa, prowadzenie „szkoły babć"), jak i otwartości personelu medycznego, by docenić wkład, jaki może wnieść w różne obszary prokreacji obecność pedagoga.

Zainteresowanie medycyny przebiegiem procesów biologicznych i psychologa – przebiegiem procesów somatopsychicznych i psychosomatycznych, pedagog ubogaca swoim praktycznym nastawieniem, by pomagać, interweniować, przekazywać wiedzę i kształtować umiejętności, doradzać, wspierać osoby zaangażowane w decyzje prokreacyjne, podejmujące konkretne zachowania i przeżywające pozytywne lub negatywne doświadczenia, związane z planowaniem rodziny, ciążą, porodem, połogiem, karmieniem piersią i pierwszymi kontaktami z dzieckiem po urodzeniu.

Podsumowując rozważania dotyczące relacji pedagogiki rodziny oraz zdrowia i pedagogiki prenatalnej, można wysunąć wniosek, iż zmiana postaw wobec płciowości i prokreacji, jaka następuje paralelnie do zmian cywilizacyjnych, zwiększanie się zasobu wiedzy o biologii i psychologii prokreacji oraz wczesnym rozwoju człowieka, jak też zakresu dostępnych usług medycznych (diagnostycznych, terapeutycznych i pozaterapeutycznych) powoduje, że na gruncie tych działów pedagogiki, jakimi są pedagogika rodziny i pedagogika zdrowia, nie da się problemów związanych z prokreacją i prenatalnym okresem życia człowieka satysfakcjonująco pogłębić w celu osiągnięcia pedagogicznych rozwiązań praktycznych. Problemy te domagają się odrębnego usytuowania teoretycznego oraz specyficznej metodologii, która pozwoli zrealizować cele pedagogiczne w tym zakresie. Dotyczą one zarówno osób przygotowujących się do prokreacji (wychowankowie, klienci poradnictwa przedkoncepcyjnego) i realizujących się w prokreacji (dorośli jako odbiorcy, np. edukacji prenatalnej), jak i dzieci prenatalnych jako podmiotów oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych.

III. Pedagogika opiekuńcza

Proponowana w obecnej książce pedagogika prenatalna jest o kilkadziesiąt lat młodsza od pedagogiki opiekuńczej (np. Maciaszkowa, 1991; Stochmiałek, 1993;

[22] Do prowadzenia prenatalnej edukacji zdrowotnej pedagodzy są przygotowywani m.in. dzięki realizacji przedmiotu „Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania", ujętego w standardach studiów pedagogicznych i medycznych, w ramach którego omawiany jest rozwój ontogenetyczny człowieka oraz czynniki mogące mu sprzyjać lub go zaburzyć (Jopkiewicz, Suliga, 2008; Świderska, Jewtuch-Budzyńska, 2008).

Żebrowski, 1998; Kelm, 2000; Olubiński, 2001; Dąbrowski, 2006a, b), która sama wciąż dookreśla swą metodologiczną tożsamość (Badora, 2002), jednak można by wysunąć pewne sugestie co do jej związków i możliwych pól współpracy z pedagogiką opiekuńczą[23]. Podobnie jak z innymi dyscyplinami pedagogicznymi, ich zakresy krzyżują się, tzn. mają one wspólne oraz odrębne pola zainteresowań.

Jednym z przedmiotów pedagogiki opiekuńczej jest opieka. Pojęcie opieki jest zakresowo krzyżujące się z pojęciem wychowania, co M. Łobocki dookreślił jako wzajemne uzupełnianie się, przenikanie i wzbogacanie (1992, s. 19). Opieka byłaby nie tylko dostarczaniem świadczeń, zaspokajających elementarne potrzeby życiowe człowieka, a więc działaniem podejmowanym ze względu na konieczność życiową, ale również stwarzaniem warunków stymulujących i wspomagających naturalny rozwój człowieka oraz wspomaganiem samego człowieka (Maciarz, 2000, s. 4). Co do rozumienia opieki nie ma na gruncie pedagogiki jednolitego stanowiska, przeciwnie – istnieje wielość sposobów jej rozumienia, a tym samym są i tacy, którzy odrzucają to pojęcie jako nieprzydatne (np. Badora, 2002).

Jednym z czołowych przedstawicieli pedagogiki opiekuńczej w Polsce jest Z. Dąbrowski, który wyróżnia opiekę międzyludzką, zwłaszcza nad dziećmi (Dąbrowski, 2006a, s. 254). Pedagogika prenatalna również jest zainteresowana opieką, ale koncentruje się na opiece wobec dzieci w najwcześniejszym okresie życia człowieka i wobec jego rodziców oraz wobec osób zaanagażowanych w prokreację. Czasem bezpośrednio wymagają one opieki w tym okresie ze względu na niepełnoletność, niepełnosprawność, przewlekłą chorobę, czasem zaś tzw. usług opiekuńczych wspomagających opiekę rodzinną (por. np. Pilch, Lepalczyk, 1995). Należy jednak przytoczyć tu jako bardzo aktualną opinię H. Radlińskiej (1961), która stwierdziła, iż czynności opiekuńcze wobec dzieci należy realizować w sposób systematyczny już w okresie przedwstępnym przez przygotowywanie dojrzałej młodzieży do właściwego pełnienia obowiązków rodzicielskich. Stąd przygotowanie ludzi młodych do dojrzałych postaw wobec macierzyństwa i ojcostwa może być zadaniem współpracy pedagogiki rodziny, opiekuńczej oraz prenatalnej.

Pedagogika prenatalna, zajmując się dzieckiem w pierwszej fazie życia, stoi przed zadaniem rozróżnienia między opieką i wychowaniem (por. Dąbrowski, 2006a, s. 254, 270-271). Tak naprawdę, podejmuje jedno i drugie: opiekując się, wychowuje, wychowując sprawuje równorzędnie opiekę (chociaż w głównej mierze wychowuje poprzez opiekę). Niewątpliwie jest to okres, w którym opieka jest działalnością pierwotną i dominującą, zapewnia bowiem zachowanie (ewentualne ratowanie

[23] Również o pedagogice opiekuńczej, pomimo iż jej początki w Polsce sięgają okresu międzywojennego, a jako odrębnej dyscypliny lat sześćdziesiątych XX wieku – niektórzy pedagodzy mówią jako o dziedzinie *in statu nascendi* (Pyrzyk, 2002, s. 7, 178-179; Kelm, 2000, s. 12), inni podważali zasadność jej istnienia, przenosząc zagadnienia ją interesujące w obszar pedagogiki społecznej lub pracy socjalnej, np. H. Radlińska, R. Wroczyński, A. Kamiński, J. Jundziłł (Badora, 2006, s. 7, 9).

w sytuacji zagrożeń) życia ludzkiego, a tym samym zapewnia przetrwanie jednostki i gatunku. Jednocześnie opieka łączy się z wychowaniem i ma znaczenie pedagogiczne (Badora, 2002, s. 7).

Związek opieki z wychowaniem na tym etapie życia człowieka jest bardzo ścisły, gdyż: 1. Stwarzając warunki dla podtrzymania egzystencji i zaspokajania niezbędnych potrzeb dziecka, kładzie podwaliny pod wszelką późniejszą działalność wychowawczą. Opieka byłaby więc koniecznym wstępnym warunkiem wychowania; 2. Sposób sprawowania przez matkę opieki nad dzieckiem ma ogromne znaczenie dla jego zdrowia fizycznego i psychicznego obecnie, jak i po urodzeniu (np. dla rozwoju układu nerwowego i procesów dojrzewania mózgu oraz tworzenia sieci powiązań mózgowych, dla kształtowania podwalin pod zmienne osobowości), a tym samym stwarza bazę dla późniejszych oddziaływań wychowawczych. Powoduje więc niezamierzone skutki osobotwórcze; 3. Podejmowane przez rodziców różne formy wpływu na dziecko (np. poprzez myśli, komunikację z nim dotykową, słowną, muzyczną), są działaniem opiekuńczym w tym sensie, że zapewniają zaspokajanie jego potrzeb uczuciowych i społecznego kontaktu, a jednocześnie są działaniem wychowawczym, gdyż próbują świadomie i celowo optymalizować rozwój dziecka, wpływać na emocjonalne lub poznawcze funkcjonowanie dziecka po urodzeniu lub nawet czegoś dziecko nauczyć; 4. Świadomość matki (i ojca) co do osobotwórczego potencjału pozytywnej atmosfery stwarzanej wokół dziecka i pozytywnych uczuć kierowanych do niego oraz działań praktycznie urzeczywistniających pewne wartości wychowawcze, a przede wszystkim osobotwórczych konsekwencji zaspokajania potrzeb dziecka, wyznacza opiece pre- i perinatalnej walor wychowawczy; 5. Jest ten sam podmiot – podopieczny w opiece oraz w wychowaniu pre- i perinatalnym, jak też jest ten sam podmiot – opiekun-wychowawca spełniający wymagania opieki i wychowania w tym okresie. Oba te podmioty skupiają w sobie działanie i jego skutki zarówno wtedy, gdy ma ono charakter opieki, jak i wtedy, gdy ma ono charakter wychowania. Stąd w odniesieniu do pre- i perinatalnego okresu życia możemy mówić o wychowawczym wzbogacaniu opieki, jak i opiekuńczym wzbogacaniu wychowania, czyli skrótowo o oddziaływaniu opiekuńczo-wychowawczym.

Relacja między pedagogiką prenatalną a opiekuńczą może polegać na wspólnych terenach poznania, do których należą: rodzina oraz instytucje opiekuńcze, przy czym pedagogikę prenatalną w szczególnym stopniu interesuje funkcja opiekuńczo-wychowawcza rodziny znajdującej się w procesie prokreacji; rodzinny kontekst rozwoju człowieka w okresie pre- i perinatalnym i jego potrzeby opiekuńcze; sytuacje, w których dziecko i/lub rodzina wymagają w tym czasie szczególnej opieki; wychowawczy charakter prenatalnej opieki; zadania opiekuńcze rodziny wobec dziecka prenatalnego i noworodka oraz zadania innych podmiotów osobowych lub instytucjonalnych wobec rodziny, jeśli potrzebuje ona wtedy opieki lub pomocy.

Pedagogika prenatalna w szczególnym stopniu pochyla się nad rodziną, jako „formą" opieki nad dzieckiem w pre- i perinatalnej fazie jego życia. Interesuje ją też rola, zadania i funkcje opiekuńcze instytucji powołanych do opieki nad rodziną

w przygotowaniu jej do prokreacji oraz w procesie prokreacji. Inaczej mówiąc, obie nauki interesuje opieka, ale pedagogika prenatalna zajmuje się nią w węższym zakresie, gdyż skupia się na opiece sprawowanej przez rodzinę nad dzieckiem w najwcześniejszej fazie życia oraz na opiece nad osobami w aspekcie ich przygotowania do prokreacji, będących na różnych etapach procesu prokreacji o normalnym lub zaburzonym przebiegu oraz borykających się z konsekwencjami niepomyślnej prokreacji. Zajmuje się też opieką, jaka kierowana jest ze strony personelu medycznego lub innych profesjonalistów oraz służb społecznych do dziecka w pre- i perinatalnym okresie jego życia oraz do rodziny w związku z planowaną lub realizowaną prokreacją.

Istnieją grupy ryzyka w aspekcie wchodzenia we wczesne role rodzicielskie, tworzenia więzi z dzieckiem prenatalnym i noworodkiem oraz otoczenia go właściwą troską od poczęcia. Osoby z tych grup (np. niepełnoletni, osoby z niepełnosprawnością umysłową, wychowankowie z domów dziecka, dzieci pochodzące z bardzo dysfunkcjonalnych rodzin, osoby z ryzykiem urodzenia dziecka z problemem zdrowotnym) powinny być otoczone opieką przygotowującą je do tych zadań oraz wspierającą na etapie ich realizacji.

Pedagogika prenatalna, korzystając z określanych przez pedagogikę opiekuńczą specyficznych właściwości opieki oraz stosunku opiekuńczego, może rozwijać te zagadnienia na swoim gruncie, analizując wyjątkowość opieki, jaką sprawuje matka w odniesieniu do dziecka w jej łonie oraz jaką sprawują osoby bliskie dziecku w tym okresie, jak też specyficzne cechy opieki nad dzieckiem rodzącym się, w pierwszych chwilach i dniach po urodzeniu. Opieka kierowana do dziecka prenatalnego warunkuje ciągłość gatunku, przeżycie dziecka, zachowanie jego zdrowia, rozwój i jakość życia w przyszłości. Stosunek opiekuńczy jest specyficznym układem pozycji, zależności oraz wymiany między opiekunem, jakim jest matka oraz jakim jest ojciec, a podopiecznym, jakim jest dziecko prenatalne, rodzące się i noworodek. Jednak stosunek opiekuńczy powinien być nawiązany w chwili, gdy informacja o prawdopodobieństwie poczęcia jest ledwie przypuszczeniem lub już pewnością. Zaniedbanie opieki na tym bardzo wczesnym etapie może spowodować jego śmierć, tak iż poczęcie może nie zostać potwierdzone (bardzo wczesne poronienie).

Patrząc z punktu widzenia tzw. kręgów środowiskowych, człowiek w pre- i perinatalnym okresie życia jest pod decydującym i bardzo silnym wpływem kręgu rodzinnego, a ściślej rzecz biorąc – matki. Ona, ze względu na biologiczną więź z dzieckiem, ponosi główną odpowiedzialność za jego życie, zdrowie i rozwój, w tym również częściowo za wpływy, jakie docierają przez nią do dziecka ze środowiska (Kelm, 2000, s. 39-40). Właściwością potrzeb dziecka prenatalnego jest fakt ich ukrycia, tzn. dziecko zasadniczo nie ma możliwości (prócz wzmożenia zakresu i siły ruchów) sygnalizowania swych potrzeb, dlatego rodzice, a zwłaszcza matka, muszą mieć wiedzę i umiejętności, by te potrzeby zaspokajać (np. poprzez właściwe odżywianie, higienę, tryb życia, ruch, wypoczynek, relaks, sen, dbałość o pozytywną atmosferę i kierowanie uczuć do dziecka, częsty kontakt z nim).

Obie nauki interesuje model opiekuna-wychowawcy, przy czym pedagogika prenatalna stoi przed zadaniem określenia, jaki może być model matki i ojca jako opiekuna dziecka w pierwszym etapie jego życia, jakie dyspozycje, cechy i postawy są konieczne i pożądane ze względu na potrzeby dziecka i wymagania opieki nad nim w tym czasie. Matka jako bezpośredni i niezastępowalny opiekun zaspokajający potrzeby dziecka, powinna mieć podstawową wiedzę (kompetencje poznawcze) co do sposobu opieki i umiejętności dostarczania dziecku tego, co mu potrzebne (kiedyś zdobywaną w rodzinie generacyjnej, obecnie również na lekcjach, w szkole rodzenia, poprzez publikacje oraz internet), zdolność do ponoszenia za dziecko odpowiedzialności (np. kompensacyjnej) oraz pozytywną postawę emocjonalną względem niego (Dąbrowski, 2006, s. 262).

Warunkiem podjęcia przez matkę opieki jest jej zdolność do odczuwania potrzeby opiekuńczej (potrzeby podejmowania przez siebie opieki, zwłaszcza gdy rozwój dziecka może być zagrożony) oraz jej realizacji (Kelm, 2000, s. 58), a także wyczulenie otoczenia matki na potrzebę opieki względem niej, jako matki dziecka, która w związku z ciążą, porodem i połogiem może wymagać wraz z nim szczególnej opieki i pomocy. Chodzi więc o to, by zostały zsynchronizowane potrzeby dziecka, by się nim w pewnych aspektach zaopiekowano, jak i potrzeby dorosłych, by się nim (wraz z jego matką, matka o siebie) wieloaspektowo opiekować.

Pedagogika opiekuńcza dostarcza pedagogice prenatalnej materiału do refleksji nad odpowiedzialnością opiekuńczą rodziców wobec dziecka prenatalnego i rodzącego się, jak też nad odpowiedzialnością otoczenia wobec nich, jako rodziców tego dziecka. Odpowiedzialność opiekuńcza rodziców wobec dziecka w tej pierwszej fazie życia polega na spełnianiu wymagań związanych z warunkami jego życia i „ponoszeniu wszelkich skutków tego, 'że się go ma', 'że ono ma mnie', 'że mamy siebie'. Sprawowanie opieki polega na chronieniu, bronieniu i reprezentowaniu jego interesów; decydowaniu za niego o nim i jego sprawach" (Dąbrowski, 2006a, s. 257). Jest to okres życia, w którym człowiek potrzebuje najwięcej opieki, bez właściwej jej dozy i formy – umiera. Dostarczanie opieki jest warunkiem istnienia jednostkowego i gatunkowego.

Przy czym należy zaznaczyć, iż na etapie prenatalnego okresu życia nikt poza matką nie jest w stanie zastąpić opieki nad dzieckiem, stąd jej odpowiedzialność jako opiekuna dziecka jest nieporównywalna z żadnymi innymi sytuacjami opieki[24]. Dlatego też nie tylko dla dobra dziecka, ale też dla przetrwania gatunku potrzebna jest rezygnacja przez matkę z niektórych własnych uprawnień i korzyści, by zagwarantować potrzeby istotne dla podtrzymania egzystencji poczętego dziecka.

[24] Ze względu na całkowitą egzystencjalną zależność dziecka od matki nie istnieje zjawisko sieroctwa prenatalnego – tym samym jeśliby ograniczyć rozumienie pedagogiki opiekuńczej do zjawiska sieroctwa (J. Maciaszkowa, F. Kowalewski, M. Jakubowski), to nie miałaby ona odniesienia do prenatalnego okresu życia człowieka.

Odpowiedzialność matki (i jego najbliższych) powinna znaleźć więcej uwagi w pedagogice, co może przejawić się w różnych kierunkach działań. Po pierwsze – pedagogika prenatalna może rozwinąć w ramach edukacji potencjalnych rodziców oraz rodziców oczekujących urodzenia dziecka działania na rzecz uświadamiania im zakresu ich odpowiedzialności za dziecko, w jaki sposób może i powinna przejawiać się ta odpowiedzialność. Zbyt wiele osób nie zdaje sobie sprawy z konkretnych zobowiązań wobec dziecka prenatalnego, dlatego nie rezygnują z nałogów w okresie ciąży, nie troszczą się o zmianę stylu życia, opiekę lekarską, itp. Po drugie – pedagogika prenatalna, uwzględniając ogromne znaczenie wsparcia społecznego, różnych form pomocy, a nawet ratownictwa (np. realne zagrożenia zdrowia oraz życia matki i dziecka) dla motywacji oraz podejmowania przez matkę zachowań opiekuńczych wobec dziecka prenatalnego i noworodka, może zająć się wspomaganiem instytucji, które podejmują opiekę oraz wspierają i popularyzują wiedzę w tej dziedzinie w społeczeństwie. Po trzecie – pedagogika prenatalna poprzez swoje organizacyjne struktury i profesjonalistów mogłaby wspomagać zmiany ustawodawcze w kierunku takiej polityki rodzinnej i społecznej, by rodzina znalazła stosowną pomoc w sprawowowaniu opieki nad dzieckiem przed i tuż po urodzeniu się.

Opieka nad człowiekiem w najwcześniejszej fazie życia (czasem nad parą lub rodziną w procesie prokreacji, np. w sytuacji niepełnoletności, chorób lub niepełnej sprawności) wynika z niezdolności człowieka do życia poza łonem matki, a bezpośrednio po urodzeniu do względnie samodzielnego życia i zaspokajania swych potrzeb. Jest więc „nieodwołalną koniecznością zachowania życia ludzkiego w wymiarze gatunkowym i jednostkowym, rozwoju genetycznego potencjału, zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia" (Dąbrowski, 2006a, s. 257). Skupia się na zaspokajaniu potrzeb dziecka, jego matki i innych członków rodziny. Przebiegając w kontekście rodzinnym, staje się kategorią rodzinną.

Przed pedagogiką opiekuńczą, rodziny i prenatalną stoi postulat analizy istoty „rodzinności" tej opieki (por. Dąbrowski, 2006a, s. 265-267), przy czym pedagogika prenatalna może się skupić na głębszej analizie istoty tej „rodzinności" oraz „macierzyńskości" (i „ojcorzeńskości") w odniesieniu do pre- i perinatalnego okresu życia człowieka oraz całego spektrum zagadnień związanych z różnymi drogami międzypokoleniowego przekazu wrażliwości na sytuacje wymagające opieki oraz umiejętności dostarczania jej w sposób zróżnicowany i dostosowany do potrzeb danej sytuacji (por. Piekarski, 1992; Rostowska, 1995). Tu również pojawia się zadanie edukacyjne wobec dziadków poczętego dziecka, których rola opiekuńcza wobec dziecka i matki jest czasem decydująca o jego życiu, np. w sytuacji nastoletnich rodziców, w sytuacji jej całkowitej zależności ekonomicznej czy mieszkaniowej od rodziców lub jej zależności emocjonalnej od nich, w sytuacji ryzyka urodzenia dziecka niepełnosprawnego.

Opieka dorosłego na pre- i perinatalnym etapie życia dziecka dotyczy wszystkich potrzeb ludzkich (np. pożywienia, bezpieczeństwa, ale też akceptacji, szacunku,

miłości, kontaktu, pozytywnego oddźwięku psychicznego)[25]. Świadomość społeczna w tym zakresie jest bardzo ograniczona, gdyż nadal główna uwaga skupia się na ciąży i kobiecie w ciąży lub rodzącej, na jej potrzebach, a potrzeby dziecka, zwłaszcza te psychiczne, są nierozpoznane i niedoceniane. Do pedagogiki prenatalnej należy podjęcie wraz z psychologią prenatalną badań dokumentujących znaczenie zaspokajania potrzeb człowieka w pre- i perinatalnym okresie dla jego dalszego życia oraz dla pomyślnego przebiegu procesu prokreacji. Jako przykład można tu wymienić znaczenie dla dziecka, dla jego rodziców oraz ich wzajemnej więzi i komunikacji prenatalnej, nieprzerwanego kontaktu z nim po urodzeniu, wyłącznego karmienia piersią, „kangurowania" i „chustowania" jako przejawów „kultury bliskości", („rodzicielstwa świadomej bliskości" – *attachment parenting*, Kornas-Biela, 1993d/ 2002, s. 148-151; Sears, Sears, 2001).

Problem znaczenia zaspokajania potrzeb dziecka w pre- i perinatalnym okresie jego rozwoju wymaga badań retrospektywnych, ale też trudnych organizacyjnie badań longitudinalnych, niemniej można przypuszczać na podstawie już dostępnej literatury z zakresu psychogennych przyczyn niepowodzeń prokreacyjnych oraz zaburzonego rozwoju dziecka (Kornas-Biela, 1997c, 2005f; Miller-Lewis, Wade, Lee, 2006)) potwierdzenia tezy, iż opieka nad tzw. matką ciężarną musi być opieką skoncentrowaną nad co najmniej dwoma osobami – matką i dzieckiem – z których każde, oprócz potrzeb fizycznych, ma również potrzeby psychiczne, a niezaspokojenie ich daje dalekosiężne skutki negatywne dla każdej z tych osób. Poza tym fakt, czy matka i dziecko mają w tym czasie odpowiednią opiekę, zależy w dużym stopniu od jej najbliższego otoczenia, w którym mogą być osoby wymagające opieki ze względu na zmienioną przez poczęcie dziecka sytuację w ich życiu.

Dlatego do zadań pedagogiki prenatalnej należałoby m.in. przeprowadzenie na szeroką skalę akcji edukacyjnej (skierowanej do różnych grup wiekowych, różnych grup osób), podejmującej zagadnienia odpowiedzialności podmiotowo-kompenasacyjnej i przedmiotowej matki oraz osób bliskich, tzn. np. ich dyspozycji do sprawowania opieki nad dzieckiem (przygotowania do macierzyństwa, gotowości opiekuńczej) i wejścia w rolę opiekuna dziecka prenatalnego, rodzącego się lub noworodka; warunków efektywności opieki; sposobów jej sprawowania; konieczności generowania przedmiotów potrzeb dziecka jako podopiecznego w postaci, np. kontaktu dotykowego, słownego, kierowania do niego uczuć miłości, a po urodzeniu karmienia piersią, czułego dotyku, tkliwego spojrzenia, serdecznego słowa.

Pedagogika prenatalna może również podjąć wraz z pedagogiką opiekuńczą zagadnienia opieki rodzinnej nad parą (czasem tylko matką) oczekującą urodzenia dziecka lub rodzącą. Pojęcie opieki pre- i perinatalnej musi jednak obejmować nie tylko ochronę życia i zdrowia dziecka, wspieranie jego rozwoju, zaspokojenie jego potrzeb, ale też działania podejmowane przez osoby oraz instytucje w związku

[25] Potrzeby ludzkie a potrzeby opiekuńcze – zob. np. Kawula, Dąbrowski, Gałaś, 1980.

z faktycznym albo też potencjalnym zagrożeniem dobra dziecka (styk pedagogiki opiekuńczej ze społeczną, polityką społeczną i pracą socjalną). Należy tu więc zarówno ochrona, jak i promowanie rozwoju dzieci; wspieranie rodziny w procesie prokreacji; identyfikacja osób niewydolnych opiekuńczo i udzielanie im wszelkich możliwych form opieki, pomocy, wsparcia, interwencji; zapobieganie przemocy i zaniedbywaniu dzieci; podejmowanie interwencji w sytuacji zagrożenia dobra dziecka i zaopiekowanie się jego matką (por. Stelmaszuk, Kolankiewicz, 2004, s. 838).

Wspólnym terenem zainteresowania obu nauk, a jednocześnie szczególnie intrygujące dla pedagogiki prenatalnej jest zagadnienie instynktu macierzyńskiego oraz istoty, warunków, przejawów kształtowania się tzw. gotowości opiekuńczej matek, zwanej inaczej „popędem pielęgnacji potomstwa" (Eibl-Eibesfeld, 1987, s. 152). Jak wspomniano wcześniej, istnieje wiele czynników, które u człowieka decydują o tej gotowości, jak też o jej uaktualnieniu w okresie ciąży i po porodzie. Pedagogika prenatalna może więc w szczególnym stopniu zająć się penetracją tego zjawiska, znanego u zwierząt, a występującego automatycznie jako odpowiedź samicy na tzw. bodziec lub bodźce kluczowe (np. widok, zapach, ruchy noworodka), natomiast u człowieka nie ma automatycznego uruchamiania się zachowań opiekuńczych.

Wiedza co do czynników i warunków utrudniających lub uruchamiających działania opiekuńcze u człowieka (zwłaszcza u matki po porodzie), określane jako instynktowe, nie jest wciąż dostateczna, a dokładniejsza znajomość ich mogłaby pomóc w zapobieganiu przemocy wobec dzieci (np. zaniedbaniu, dzieciobójstwu) oraz optymalizacji doświadczeń prokreacyjnych (Klaus, Kennell, 1982; Klaus, Kennell, Klaus, 1995; Klaus, Klaus, 1998).

Pedagogika prenatalna może poza tym uzupełniać pedagogikę opiekuńczą poprzez formułowanie zasad oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych odnoszących się do prenatalnego okresu życia, ale również istotnych w procesie rodzenia i od pierwszych chwil po urodzeniu dziecka. Formułowane dotychczas zasady na gruncie pedagogiki są niewystarczające, nie wykorzystują bowiem dostępnej wiedzy na temat psychologicznego kontekstu odnoszącego się do dziecka i rodziców w procesie prokreacji, chociaż wzrasta świadomość znaczenia stałego bliskiego kontaktu, o dużym pozytywnym nasyceniu emocjonalnym oraz komunikacji pozawerbalnej z dzieckiem (por. Gajewska, 2006, s. 71-77).

Szczególnie ważnym rodzajem pomocy w uruchomieniu zachowań opiekuńczych matek jest zapewnienie im nieprzerwanego kontaktu z noworodkiem przez pierwsze godziny po urodzeniu. „Pierwsze matczyne zaangażowanie" (D. Vinnicott), które pojawia się jeszcze przed porodem (Kmita, Kaczmarek, 2004), jest wzmacniane dzięki hormonom „szczęścia" (endorfiny), hormonowi „miłości" (oksytocyna) i „opieki" (prolaktyna), których poziom na szczycie porodu niepomiernie wzrasta. Widok, zapach, głos, dotyk noworodka zwiększa wydzielanie tych hormonów i wrażliwość matki na sygnały emitowane przez dziecko. Dzięki temu z łatwością podejmuje ona zachowania zwane „matczynymi" – często, gdy nawet chciała oddać dziecko do adopcji – rezygnuje z tego.

W systemie opieki okołoporodowej istotne jest więc uwzględnienie tego okresu szczególnej podatności na „wdrukowanie" pozytywnego stosunku do dziecka, otwarcie się na jego osobę, zacieśnienie naturalnej więzi i ustalenie wzajemnego „rytmu interakcyjnego", wzorca dialogu (Kościelska, 1998; Kornas-Biela, 1993d/2002 s. 127-135). Jak ważne jest zapewnienie matce systemu *rooming-in* oraz wczesnego podjęcia karmienia piersią wskazują badania, które dokumentują, iż matki te są bardziej, niż matki oddzielone od dzieci po porodzie, kompetentne w czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych, czułe i serdeczne wobec dzieci, chętniej bawią się z nimi, mają lepszy kontakt uczuciowy i mimiczny z nimi (np. Maciarz, 2004).

Jednocześnie, zajmując się substytutami opieki rodzinnej, jeśli jest jej brak lub niedobór – pedagogika opiekuńcza wraz z prenatalną może poprzez system zorganizowanej opieki dla kobiet będących w ciąży, a jednocześnie w trudnej sytuacji (np. kobiet młodocianych, osamotnionych, chorych psychicznie, z niepełnosprawnością), zapewnić im zaspokojenie podstawowych potrzeb, a tym samym również zaspokojenie potrzeb dziecka prenatalnego. Pedagogika prenatalna może włączyć się w ten instytucjonalny system, wspierając merytorycznie jego oddziaływanie opiekuńcze. Takie zadania stoją przed pedagogiką prenatalną w kontekście jej większego zaangażowania się w problemy systemu opieki w domach samotnych matek. Matki w tych domach znajdują się w trudnej sytuacji życiowej i ich dzieci są szczególnie narażone na zaniedbanie, przemoc prenatalną, dewastacyjny wpływ stresu. Niektóre z tych dzieci będą oddawane do adopcji.

Matkom znajdującym się we wspomnianych wyżej sytuacjach potrzebne są różnorodne formy opieki i pomocy, kierowane ze strony instytucji wspierających (np. poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie rodzinne, powiatowe centra pomocy rodzinie i ośrodki pomocy społecznej), instytucji interwencji kryzysowej (dom dla matki i dziecka, domy samotnych matek), instytucji uzupełniających funkcje rodziny po urodzeniu dziecka (żłobek) i rodzinnych form opieki (rodzina adopcyjna i zastępcza), które oferowane kobiecie w okresie ciąży mogą uratować dziecko i pomóc kobiecie w całym procesie prokreacyjnym. Zaopiekowanie się matką poprzez te formy pomocy jest jednocześnie zaopiekowaniem się ich dziećmi, a czasem również pośrednio jego rodzeństwem i całym układem rodzinnym (Brągiel, Badora, 2005). Obecnie nowe, szczególnie rozbudowane zadania stoją w tym zakresie przed miejskimi i powiatowymi centrami pomocy rodzinie (Kurcz, 2005a).

Pedagogika prenatalna byłaby więc zainteresowana wdrożeniem różnorodnych form pomocy matkom w okresie ciąży oraz z małym dzieckiem, by oprócz zaspokojenia ich potrzeb bytowych zostały dostrzeżone ich potrzeby o charakterze bardziej psychicznym, np. uformowania tożsamości matki, akceptacji dziecka, kształtowania więzi z nim, nawiązywania różnorodnych form komunikacji z nim, zdobycia wiedzy o dziecku, jego rozwoju oraz potrzebach, wiedzy dotyczącej czynników rozwojowych i zaleceń związanych z zachowaniem matki w okresie ciąży, edukacji przedporodowej, psychoprofilaktycznego przygotowania do porodu, wsparcia w czasie porodu (doula), pomocy w kontaktach z noworodkiem, by miały charakter więziotwórczy i zaspokajały

jego potrzeby, wsparcia w opiece nad nim i w karmieniu piersią. Gdy matka planuje oddać dziecko do adopcji, opieka nad nią musi uwzględniać potrzeby dziecka, np. poczucia bezpieczeństwa, miłości, szacunku, przynależności (Kalus, 2005).

W procedurze adopcji uwaga profesjonalistów najczęściej koncentruje się na rodzicach adopcyjnych, jednak powinna być ona rozszerzona o długofalową pomoc matkom biologicznym. Oczekiwanie, że matka łatwo zapomni o dziecku i ułoży sobie życie jest nierealistyczne. Większość z nich przeżywa długotrwałe stany depresji i żalu po „stracie dziecka", poczucie porażki życiowej i winy, lęk o dalszy los dziecka, co nie pozostaje bez wpływu na jej zadowolenie z życia, dalsze plany prokreacyjne, doświadczenia macierzyńskie w przyszłości oraz zachowania opiekuńcze względem dzieci (obecnych w domu i/lub następnych), np. nadopiekuńczość, kompulsywny lęk o dziecko. Psychologiczna sytuacja matek po zrzeczeniu się dziecka jest bardzo trudna, dlatego konieczne jest zapewnienie im możliwości stałego poradnictwa, profesjonalnego wsparcia i pomocy ze strony najbliższych oraz wprowadzenie w ich życie określonych rytuałów i zachowań (Gutowska, 1999, Brodzinsky, Palacios, 2005).

Z powodu narastania problemu różnych patologii rodziny, samotnego macierzyństwa, chęci oddania dziecka do adopcji z powodów ekonomicznych przez matki już mające dzieci, zmniejszania się odpowiedzialności rodziców za opiekę nad dzieckiem zwiększa się zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę wychowawczą, a to oznacza wysokie wymagania wobec osób oferujących opiekę nad rodziną w procesie prokreacji, konieczność ich ciągłego dokształcania i podnoszenia kwalifikacji.

Pełny zakres działań opiekuńczo-wychowawczych obejmuje zarówno działania wyprzedzające (w tym profilaktyczne, np. rutynowe badania profilaktyczne w ciąży, rozpoznanie ryzyka dzieciobójstwa), działania zbieżne, czyli adekwatne (np. zapewnienie prawidłowego odżywienia matki w okresie ciąży, organizacja systemu *rooming in* na oddziale położniczym, nie rozdzielanie noworodków bliźniaczych przy procedurze adopcji), działania interwencyjne (w sytuacjach zagrożenia, np. opieka nad matką brzemienną z nawrotem objawów choroby psychicznej), działania kompensacyjne (w sytuacji ciąży u osoby niepełnoletniej i opuszczonej przez bliskich) (por. Gajewska, 2006, s. 31, 33, 43).

Pedagogika prenatalna, zwracając uwagę na prenatalne nadużycia wobec dzieci oraz prenatalne uwarunkowania przemocy postnatalnej, może przyczynić się do zmiany myślenia o dzieciach prenatalnych, jako potencjalnych ofiarach przestępstw dorosłych, oraz o przebiegu okresu prenatalnego, jako potencjalnym źródle dokonywania przemocy wobec dziecka po jego urodzeniu. Tym samym może dostarczyć uzasadnień dla konieczności rozszerzenia form opieki nad matką i rodziną w okresie ciąży, porodu i połogu, zwłaszcza wobec grup ryzyka, co ma znaczenie profilaktyczne. Może rozszerzyć ona zainteresowanie pedagogiki opiekuńczej w kwestii poszukiwań optymalnej opieki prenatalnej nad dzieckiem oraz nad jego rodziną, jeśli jest w tym zakresie niewydolna, warunków dla uruchomienia pozytywnych zachowań opiekuńczych wobec dziecka w pre- i perinatalnym okresie życia oraz identyfikacji przyczyn zaniedbań i zapobieganie im.

Na styku pedagogiki opiekuńczej i nauk prawnych oraz pedagogiki prenatalnej leży kwestia prawnej ochrony życia, zdrowia i możliwości pozytywnego rozwoju oraz różnych uwarunkowań funkcjonowania kodyfikacji w tym zakresie oraz barier w realizacji praw dziecka (por. Gajewska, 2006, s. 49-53). Nieuwzględnianie praw dziecka prenatalnego w rodzinie może wynikać z bardzo wielu przyczyn, najczęściej z niewiedzy rodziców (niska świadomość opiekuńczo-wychowawcza), ich niedojrzałości psychicznej, zaburzeń osobowości, braku gotowości opiekuńczej, zaniku więzi i konfliktowych układów w rodzinie, niskiej kultury życia. Wydaje się, że pedagogika prenatalna, rozszerzając zakres konstatacji teoretycznych i praktycznych zabiegów związanych z humanizowaniem opieki nad dzieckiem w najwcześniejszej fazie rozwoju, wpisuje się w tendencję humanizowania pedagogiki, w tym również opiekuńczej (por. Badora, 2002).

IV. Pedagogika społeczna

Pedagogika społeczna koncentruje się na środowisku życia człowieka, analizuje środowiskowe uwarunkowania procesów wychowawczych oraz warunków i czynników umożliwiających zaspokajanie potrzeb człowieka w różnych fazach jego życia oraz w różnych sytuacjach życiowych, bada mechanizmy przetwarzania środowiska społecznego w środowisko wychowujące oraz szuka sposobów konstruowania nowej rzeczywistości wychowawczej (por. Kawula, 2001; Trempała, Cichosz, 2001; Cichosz, 2004; Marynowicz-Hetka, 2006/2007; Radziewicz-Winnicki, 2008). Wspólnym obszarem zainteresowania pedagogiki społecznej i prenatalnej jest środowisko prenatalnego życia człowieka, środowiskowe przyczyny ułatwień lub utrudnień zaspakajania potrzeb dziecka prenatalnego oraz rodziców w procesie prokreacji, społeczna interakcja między dzieckiem a jego najbliższymi (komunikacyjna dwustronność).

W pedagogice prenatalnej można wykorzystać pojęcie wprowadzone w pedagogice społecznej przez H. Radlińską – „środowiska niewidzialnego", jako tego, które wyraża umiejętność wyobrażania sobie życia w kategoriach „jak być powinno", „jak uczynić życie lepszym" (1961, s. 176). Pojęcie to jest niezwykle przydatne w odniesieniu do rodziców oczekujących urodzenia dziecka. Posiadana przez nich umiejętność wyobrażenia sobie takiego postulowanego środowiska życia ich dziecka prenatalnego, jest ważnym czynnikiem sprzyjającym jego rozwojowi. „Niewidzialne środowisko" jest realizowane dzięki zinterioryzowanym przez nich normom i wzorcom dotyczącym zachowań rodzicielskich wobec najmłodszego dziecka w rodzinie. W zależności od przyswojonych zasad i modeli dotyczących tego, „co być powinno" w odniesieniu do dziecka i własnej prokreacji, rodzice przyjmują określone postawy, podejmują jedne działania a powstrzymują się od innych, stwarzają dziecku takie a nie

inne warunki wzrastania. W ten m.in. sposób realizowane są profilaktyczne zadania zarówno pedagogiki społecznej, jak i pedagogiki prenatalnej.

Obie nauki mogą spotykać się na polu działalności wychowawczej, mającej na celu zapobieganie występowaniu sytuacjom lub stanom hamującym lub wręcz uniemożliwiającym prawidłowy rozwój jednostki w przedurodzeniowej fazie życia. Profilaktyka, jaką mogą być zainteresowane obie dziedziny pedagogiki, związana jest z kształtowaniem wychowawczych warunków środowiska życia dziecka prenatalnego, neutralizowaniem wpływu czynników, które stanowią potencjalne zagrożenie jego rozwoju w obecnym, jak i w następnych stadiach życia. Profilaktykę wychowawczą mogą pełnić zarówno instytucje, np. szkoła poprzez realizację podstaw programowych odnoszących się do przedmiotu „wychowanie do życia w rodzinie" oraz różnych programów profilaktycznych; instytucje oświatowe i poradnie organizujące warsztaty lub zajęcia związane z problematyką wczesnego rozwoju dziecka i prokreacji ludzkiej; jak też szkoły rodzenia, a zwłaszcza media, mające najszerszy dostęp do świadomości społecznej poprzez przekazywane wzorce ocen, decyzji i zachowań związanych z prokreacją i wczesnym rodzicielstwem.

Łono matki, w rozumieniu nie tylko środowiska śródmacicznego, ale całego organizmu i całej osoby matki (jej psychiki, ducha), jest dla dziecka bezpośrednim środowiskiem życia i rozwoju. Stanowi ono system, tzn. składa się ze względnie trwałego układu elementów ważnych dla egzystencji dziecka i tworzących zdolną do funkcjonowania całość.

Do środowiska łona można odnieść model teorii systemów. Dziecko już od poczęcia jest również systemem, który tworzy coraz większa liczba coraz bardziej zróżnicowanych i powiązanych ze sobą elementów. Dziecko prenatalne ze środowiskiem łona łączą skomplikowane wzajemne więzi, zależne od splotu wielu, mało jeszcze poznanych czynników. Relacje między dzieckiem prenatalnym a jego środowiskiem mają charakter zwrotny, tzn. dziecko będąc elementem środowiska łona, nie tylko podlega jego wpływowi, ale też samo ma na nie wpływ.

Model teorii systemów wyjaśnia zasady rządzące funkcjonowaniem systemów, np. fakt, że zmiana w zakresie jakiegoś elementu systemu łona wpływa na pozostałe jego części i podsystem dziecka prenatalnego, a obserwacja losów ciąży i porodu oraz noworodków przekonuje, iż środowiskiem łona rządzą zasady funkcjonowania systemów: ekwipotencjalności i ekwifinalności, tzn. w systemie tym nie ma prostej zależności między przyczyną i skutkiem[26] (por. Formański, 2004, s. 14-15, 21).

Pedagogika społeczna, zajmując się stosunkami społecznymi, może zaoferować pedagogice prenatalnej spojrzenie na relacje między dzieckiem prenatalnym a osobami z jego otoczenia, zwłaszcza matką, w terminach wymiany społecznej, interakcji, „bycia z drugim". O ile refleksja pedagogiczna i badania nad rolą relacji międzyludz-

[26] Zasada ekwipotencjalności mówi o tym, że „rezultaty procesów o takich samych warunkach początkowych mogą być różne", natomiast zasada ekwifinalności oznacza, że mimo różnych warunków początkowych może dojść do tych samych rezultatów (Formański 2004, s. 21).

kich w wychowaniu są skromne (Kawula, 2004a, s. 23), o tyle w odniesieniu do relacji prenatalnej są szczególnie ubogie. Powstaje pytanie, czy w odniesieniu do grupy osób, jaką stanowi rodzina w prenatalnym okresie rozwoju ich dziecka, można odnieść podobne rozumienie pedagogiczne kategorii zachodzących w niej stosunków społecznych, jak można to czynić po urodzeniu dziecka?

Wydaje się, iż stosunki społeczne zachodzące między matką a prenatalnym dzieckiem mają charakter opiekuńczo-wychowawczy, a układ pozycji społecznych uczestników tej interakcji jest asymetryczny (por. Janke, 2002a, s. 26). Jednak każdy, kto wchodzi w relacje z dzieckiem prenatalnym, rozwija swój sposób pełnienia roli społecznej (np. macierzyńskiej, ojcowskiej, siostrzanej, braterskiej, dziadkowej), a tym samym rozwija siebie i sposób społecznego funkcjonowania, stąd interakcja z dzieckiem, chociaż asymetryczna, jest jednak rozwojowa dla każdego z jej uczestników.

Procesy prokreacyjne mają swój ważny wymiar społeczny. Pedagogika prenatalna wraz z pedagogiką społeczną mogą rozpatrywać je jako wydarzenia społeczne, spełnienie oczekiwań społecznych, podjęcie ról społecznych, nabywanie statusu społecznego, sytuacje wymagające wsparcia społecznego. Cały okres ciąży, a zwłaszcza poród to rodzenie się dziecka, rodzenie się matki w nowej społecznej roli oraz rodzenie ojca do nowej roli społecznej. Poczęcie dziecka, a potem poród to przejście z jednej roli społecznej do innej, przyjęcie nowej identyfikacji jako matki i ojca urodzonego dziecka. To przejście jest objęte społecznymi zwyczajami[27], obudowane rytuałami, które mają ważne znaczenie, gdyż pomagają jednostce w nabyciu tożsamości związanej z nową rolą społeczną, przyswojeniu charakterystycznych dla niej cech i zachowań, uzmysławiają, że rozpoczął się nowy okres w życiu (Davis-Floyd, Robbie, 1992; Davis-Floyd, Sargent, 1997). Analiza tych społecznie i kulturowo uwarunkowanych różnic w doświadczeniach, zachowaniach i zwyczajach związanych z prokreacją, w praktykach wychowawczych dotyczących spełniania się w dziedzinie prokreacji, w niwelowaniu rozwojowo-wychowawczych zagrożeń dla dziecka może być wspólnym obszarem zainteresowania pedagogiki społecznej, pedagogiki kultury, edukacji międzykulturowej oraz pedagogiki prenatalnej.

Jedną z kluczowych kwestii w promocji zdrowia, a jednocześnie ważnych dla psychologii społecznej jest podejście „siedliskowe", tzn. uwzględniające wzajemne powiązania między środowiskiem społecznym a osobistymi charakterystykami osób tworzących to środowisko. Szczególnym „siedliskiem prozdrowotnym" jest rodzina, ze względu na dokonujące się w niej procesy pierwotnej i wtórnej socjalizacji. Podejście „siedliskowe" pozwala nie tylko docenić wpływ rodziny na prozdrowotne zachowania wychowywanego w niej młodego pokolenia, ale również na jej rolę w aspekcie stwarzania szans lub ryzyka dla zdrowia, asymilacji lokalnych wartości

[27] Zwyczaje te, bardziej lub mniej rozbudowane w kulturach pierwotnych, w których poród jest traktowany jako święto wspólnoty, zostały w cywilizowanym świecie ograniczone do minimum i zmedykalizowane.

i wzorców zachowań, powielania przesądów, kultywowania obyczajów dotyczących zdrowia (Kaiser, 2008).

Zarówno pedagogika zdrowia jak i społeczna oraz pedagogika prenatalna są zainteresowane promocją czynników sprzyjających zdrowiu prokreacyjnemu oraz zapobieganiu czynnikom utrudniającym wypełnianie funkcji prokreacyjnej, praktyczną odpowiedzią (np. poradnictwem, wsparciem, interwencją, edukacją) na wiedzę o wzajemnych sprzężeniach między tymi pozytywnymi i negatywnymi czynnikami, skierowaną do podstawowego siedliska dla człowieka, jakim jest małżeństwo lub rodzina, jak też do struktur, od których ich funkcjonowanie zależy (instytucje, organizacje, służby społeczne, polityka państwa).

Podejście siedliskowe pozwala widzieć zdrowie prokreacyjne zarówno w skali mikro (rodzina), jak i makro (otaczająca małżeństwo i rodzinę rzeczywistość społeczna). Dlatego też, oprócz ukierunkowania promocji zdrowia na jednostkę, ważne jest ukierunkowanie na systemy społeczne, np. środowisko lokalne. W nim można odnaleźć tzw. grupy zależne, wobec których odpowiedzialność społeczna powinna przybrać postać konkretnego działania (Syrek, 2001, s. 42).

Przykładem konkretnych działań w środowisku lokalnym na rzecz promocji zdrowia prokreacyjnego są funkcjonujące w dużych miastach osiedlowe szkoły rodzenia oraz grupy wsparcia dla matek karmiących. Natomiast niewątpliwą potrzebą chwili jest rozwinięcie praktyki zakładania grup wsparcia dla matek karmiących z bardziej profesjonalnym doradztwem laktacyjnym, dla matek z depresją poporodową, dla rodziców po stracie dziecka (poronienie, śmierć wewnątrzmaciczna, urodzenie dziecka martwego, śmierć dziecka w krótkim czasie po urodzeniu), dla rodziców, którzy otrzymali niepomyślną diagnozę prenatalną lub którym urodziło się dziecko niepełnosprawne (perinatalne hospicja – np. Kornas-Biela 2008b; Dangel, 2008; Szymkiewicz-Dangel, 2008).

Rodzina w okresie ciąży i w krótkim czasie po urodzeniu dziecka jest zwykle taką grupą, która wymaga różnorodnych form pomocy oraz wsparcia społecznego (Winiarski, 1997). Wyraża ono zasadę pomocniczości, jako jedną z podstawowych zasad pracy socjalnej. Wsparcie to jest szczególnie potrzebne w tzw. sytuacjach kryzysowych. Najczęściej są to obiektywne sytuacje, np. utraty pracy, śmierci współmałżonka, konieczności opieki nad terminalnie chorym członkiem rodziny, nabycia kalectwa. Wiele sytuacji życiowych, obiektywnych lub subiektywnie przeżywanych jako bardzo trudnych, może stanowić sytuację kryzysu egzystencjalnego dla rodziców oczekujących urodzenia dziecka. Takim kryzysem może być również śmierć dziecka lub inny rodzaj niepowodzenia prokreacyjnego (Barańska i in., 1996; Syrek, 2001, s. 43; Szymona-Pałkowska, 2005; Brachowicz, 2007). Lokalne ośrodki interwencji kryzysowej mogą oferować znaczące wsparcie informacyjne, emocjonalne i instrumentalne (por. Kawula, 1996; Oleś, 1996; Brągiel, Badora, 2005; Nikčevič, Kuczmierczyk, Nicolaides, 2007).

Projektowanie oraz udzielanie pomocy małżonkom przygotowującym się do poczęcia, oczekującym na urodzenie dziecka oraz zmagającym się z trudnymi sytua-

cjami w procesie prokreacji, wymaga uprzedniej kompleksowej i solidnej diagnozy ich potrzeb, oczekiwań, zasobów oraz możliwości efektywnego działania, by wyznaczyć kierunek i formy adekwatnej pomocy, dobrać odpowiednie działania zaradcze. Zintegrowane działania, w których centrum jest rodzina w procesie prokreacyjnym muszą być ukierunkowane dwutorowo: na inicjowanie form działalności wyprzedzającej sytuacje wymagające interwencji oraz rozwijanie i doskonalenie działań instytucjonalnych skoncentrowanych na kompensacji braków, opiece, pomocy społecznej, poradnictwu, wsparciu, patronażu, terapii (Włodarczyk, 2008).

Ważne też jest uruchomienie lokalnej inicjatywy „rodzice – rodzicom", dzięki której „pilotujący rodzice", którzy poradzili sobie z jakimś problemem związanym z prokreacją, są w stanie stanowić wsparcie dla tych, którzy dopiero stanęli wobec tego problemu, np. niepłodni rodzice, którzy zaadoptowali dziecko; rodzice, którzy doświadczyli nawykowych poronień (Callander i in., 2007); rodzice, którzy podjęli decyzję o urodzeniu dziecka z chorobą letalną, rezygnując z propozycji selekcyjnej aborcji (Dangel, 2008; Kornas-Biela, 2008b; Szymkiewicz-Dangel, 2008); rodzice z dzieckiem chorym na określone schorzenie (np. mukowiscydoza, choroba Downa, dziecięce porażenie mózgowe); rodzice z wysokim ryzykiem genetycznym (Kornas-Biela, 1988b, 2001d, 2008). Przykładem takiej inicjatywy jest Stowarzyszenie Liga Małżeństwo – Małżeństwu, które zrzesza pary z doświadczeniem w stosowaniu naturalnego planowania rodziny, chętne do uczenia innych par sposobu korzystania z metod sprawdzonych w tym zakresie.

V. Pedagogika kultury i edukacja międzykulturowa

Człowiek żyje w świecie kultury i na każdym etapie jego osobniczego rozwoju ma ona na niego wpływ, jak też stanowi punkt odniesienia dla jego działań, także rodzicielskich. Jednym z zadań pedagogiki jest podtrzymywanie ideałów i wartości humanizmu oraz tradycji, poszukiwanie związków między pedagogiką a kulturą, a także przekazywanie wiedzy o kulturze oraz analiza praktyki edukacji postrzeganej całościowo (tzn. wszyscy uczestnicy procesu edukacji oraz kultura są ujmowani we wzajemnych relacjach). Ponieważ przekaz wiedzy o kulturze oraz rozumienie kulturowego kontekstu praktyki „wychowania ludzkiej duchowości" są współcześnie zagrożone, konieczne jest wzmacnianie, dopełnianie i poszerzanie zakresu i znaczenia pedagogiki kultury i edukacji międzykulturowej we współczesnej praktyce edukacyjnej (Lewowicki, 2002; Milerski, 2004; Wróblewska, 2008).

W obecnych czasach wielokulturowość cywilizacji zachodniej stała się faktem (Nikitorowicz, 2008). Bezpośredni styk różnych kultur, w tym m.in. „kultur ciąży", „kultur porodu" i „kultur połogu" uświadamia nam, jak bardzo zwyczaje związane z realizowaniem się w sferze prokreacji są uwarunkowane „czasem i miejscem".

W zależności od kultury, rozumienie i znaczenie (zwłaszcza konotacyjne) pojęć odnoszących się do prokreacji jest inne i te odmienne schematy poznawcze powodują zróżnicowanie podejść do wydarzeń prokreacyjnych (por. Wołońciej, 2006a, 2006b). W wielokulturowym społeczeństwie następuje spontaniczna, a czasem też zaplanowana, wymiana wiedzy i doświadczeń oraz kontakt z prezentowanymi wzorcami zachowań prokreacyjnych, porozumiewanie się i zapożyczenia, wzbogacanie się i rozwój różnych form realizacji potrzeby prokreacyjnej.

Badania etnograficzne oraz badania z obszaru antropologii kulturowej, jak też kulturowego nurtu badań w psychologii prenatalnej ilustrują historyczne i geograficzne zróżnicowanie w podejściu do uświadamiania seksualnego i wprowadzenia młodych w problemy prokreacji oraz zróżnicowanie zachowań w różnych sytuacjach prokreacyjnych (np. zwyczaje związane z ciążą w kulturach pierwotnych, w Tybecie, na wyspie Bali, w kraju Basków – Kornas-Biela, 1995a; różne pozycje porodowe – Balaskas, 1997, s. 30-31). Rytualizm ciąży, porodu i połogu oraz związany z tym system nakazów i zakazów w każdej kulturze dotyczy przede wszystkim matki, w mniejszym stopniu ojca (Zadrożyńska, 1988).

Pedagogika prenatalna oraz pedagogika kultury mogą być zainteresowane badaniem wpływu wartości absolutnych i uniwersalnych oraz pragmatycznych i konsumpcyjnych na funkcjonowanie człowieka w sferze prokreacji. Wielość kultur, nieraz z całkowicie odmiennymi sposobami podejścia do prokreacji i dziecka, stworzyła „rynek" ciągle zmieniających się wartości uważanych za istotne w życiu człowieka. Supermarketyzacja kultury stawia wyzwania człowiekowi jako istocie potencjalnie prokreacyjnej, np. jak kreować własną tożsamość w kontekście różnych możliwości spełniania się jako istota płciowa i prokreacyjna; czy można i warto osiągnąć stałość tożsamości w tym zakresie; jakie są przyczyny i konsekwencje tożsamości stale poszukującej lub zmiennej; jaki jest sens i cel życia, jeśli zaakceptuje się czy odrzuci prokreację lub wystąpią przeszkody w jej realizacji?

Zarówno edukacja międzykulturowa, jak i pedagogika prenatalna stoją wobec wspólnego problemu edukacji społeczeństwa w zakresie przekazu wartościowych wzorów realizacji siebie i realizacji ważnych zadań społecznych w dziedzinie prokreacji ludzkiej, proponowanych przez różne środowiska kulturowe. Różne sposoby podejścia do prokreacji oraz doświadczenia związane z procesami prokreacyjnymi mogą (wskutek migracji i pośrednictwa mediów) wzajemnie przenikać między różnymi środowiskami. Pluralizm kultur stanowi szansę wzbogacenia, ale też zagrożenie w obszarze postaw i stylów zachowań prokreacyjnych (por. Szkudlarek, 2004, s. 417-418). Wiąże się z tym ryzyko zagubienia w anonimowej społeczności i utraty tożsamości kulturowej, która w odniesieniu do zachowań prokreacyjnych ma szczególne znaczenie. Dlatego w kreowaniu własnej tożsamości tak ważne jest zakorzenienie w kulturze środowiska pochodzenia, we wspólnocie rodzinnej (Suchodolska, 2006; Nowak, 2006b).

Wychowanie międzykulturowe jest odpowiedzią na rzeczywistość wielokulturowego społeczeństwa. W odniesieniu do dziedziny prokreacji, wychowanie to ma na celu kształtowanie empatii i umiejętności wzajemnego zrozumienia odmiennych

sytuacji kulturowych i wynikających z tego różnych wartości, przekonań, ocen i działań dotyczących prokreacji, akceptacji różnych sposobów spełniania funkcji prokreacyjnej, poszanowania dla odrębności kulturowej w tym zakresie, umiejętności efektywnej komunikacji i współdziałania z przedstawicielami odmiennej kultury o oparciu o ogólnoludzkie wartości.

W społeczeństwie wielokulturowym początku XXI wieku konieczne jest radzenie sobie z problemami, jakie powstają w związku ze zderzeniem sprzecznych tradycji i zwyczajów, związanych z ciążą, porodem i połogiem oraz stosunkiem do dziecka prenatalnego i noworodka, jakie wnoszą osoby z różnych kręgów kulturowych. Dotyczą one, np. korzystania lub odmowy poddania się rutynowym badaniom lekarskim, diagnostyce i terapii prenatalnej; zwyczajów związanych z zachowaniem kobiety ciężarnej, rodzącej i karmiącej; zwyczajów dotyczących przygotowania kobiety do porodu, miejsca porodu, pozycji porodowych, sposobów znieczulenia bólu porodowego, wykorzystania wody, przecięcia pępowiny, obecności osób towarzyszących; odmiennych wskazań co do roli położnej lub zachowania ojca dziecka w czasie porodu, wykorzystania łożyska po porodzie, obrzezania noworodka, pierwszych kontaktów z dzieckiem, karmienia piersią.

Przenikanie zwyczajów charakterystycznych dla różnych kultur jest już faktem, jednak wprowadzanie tych zwyczajów w życie wymaga rozwagi, gdyż pomimo iż są one mocno utrwalone („tak być powinno", „to jest najlepsze"), nie wszystkie praktyki są korzystne dla zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka oraz jego matki. W społeczeństwie wielokulturowym szczególnie koniecznym staje się zatem respektowanie praw człowieka i rodziny jako wspólnoty, w celu zapewnienia im warunków pozwalających na takie spełnianie funkcji prokreacyjnej, jaka jest właściwa dla ich kultury. Społeczeństwo takie stoi wobec problemów związanych z porozumiewaniem się osób o różnych mentalnościach i przyzwyczajeniach oraz ich adaptacją do nowych warunków. Wiąże się to, np. z wyborem bezpiecznego miejsca do odbycia porodu, który powinien uwzględniać kulturowo zróżnicowane wyobrażenia matki o tym, które miejsce jest dla niej bezpieczne: szpital, dom narodzin, własny dom, czy dom jej rodziców lub dom dziadków.

Dla kobiety z kultury amerykańskiej takim miejscem jest szpital oferujący arsenał medycznych interwencji, ale dla kobiety z kultury południowo-afrykańskiej jest nim domostwo babci, gdyż jest to miejsce przebywania pomocnych duchów przodków (Chalmers, 1996). Przykładem sposobu rozwiązywania tych problemów jest wprowadzenie w szpitalach na Zachodzie funkcji tzw. douli – osoby, która towarzyszy kobiecie (rodzinie) w okresie ciąży, a zwłaszcza porodu. Zna ona dobrze język, zwyczaje, rytuały i przesądy z obu obszarów kulturowych. Innym przykładem jest wprowadzanie warunkach szpitala systemu „matka z dzieckiem" po porodzie (*rooming in* – Rice, 2000; kangurowania – inicjatywy Nilsa Bergmana), tak jak jest to przyjęte w innych kulturach.

Sposób przeżywania ciąży oraz rodzenia jest w każdej społeczności kulturowo zróżnicowanym rytuałem. Rytuał przejścia odnosi się do 3 faz: separacji, tranzytu

i integracji. Separacja – odcięcie się od poprzedniego stadium rozpoczyna się od uświadomienia sobie faktu poczęcia dziecka; cały okres ciąży do kilkunastu dni po urodzeniu obejmuje okres tranzytu do nowej roli; a przez kilka pierwszych miesięcy po porodzie następuje faza integracji.

„Rytuał przejścia" obejmuje serię obrzędowych zachowań jednostki (lub grupy np. rodzinnej), które są wymagane ze względu na przyjęcie nowego statusu społecznego i uznanie tej nowej roli społecznej zarówno przez daną jednostkę, jak i otoczenie. Każda społeczność wypracowała rytuały przejścia (inne dla matki, inne dla ojca oraz inne dla nich jako pary), które nadają biologicznym procesom wymiar psychiczny, społeczny i duchowy, dają poczucie kontroli nad zdarzeniami, nad którymi obiektywnie człowiek ma małą kontrolę, wzmacniają poprzez wsparcie ze strony innych i poczucie wspólnoty, ułatwiają przekaz ważnych wartości i wierzeń następnej generacji (Davis-Floyd, Robbie E., 1992; Davis-Floyd, Sargent, 1997). Ważne jest, by rodzice zdali sobie sprawę z tych rytuałów, którym bezwiednie podlegają, z którymi związane są oczekiwania ich otoczenia, i które mogą, ale nie muszą, wychodzić naprzeciw ich potrzebom i aspiracjom.

Należy bowiem pamiętać, że w kulturach pierwotnych i w wielu społecznościach do dziś istnieją rozbudowane i zróżnicowane systemy wierzeń i zwyczajów, obowiązują nakazy i zakazy dotyczące tego, jakich myśli, fantazji, obrazów, dźwięków, zachowań, przedmiotów powinni rodzice unikać – lub przeciwnie – jakimi myślami i zachowaniami powinni sprzyjać dziecku w prawidłowym rozwoju i bezpiecznym rodzeniu się. Te kulturowo różne formy zalecanych zachowań związanych z ciążą i porodem, miały wprawdzie często charakter przesądów, ale były też zawsze powiązane z praktykami religijnymi, a przestrzeganie ich spełniało ważną funkcję: dawało poczucie bezpieczeństwa, wsparcia i efektywnego radzenia sobie z niepokojem o los ciąży i porodu oraz zdrowie dziecka.

Obecnie spełnianie tej funkcji powierzono personelowi medycznemu. Poprzez nagromadzenie badań lekarskich podczas ciąży, rutynowe wielokrotne korzystanie z diagnostyki prenatalnej oraz zmedykalizowanie procesu porodu próbuje się zastąpić wsparcie, jakie dawały rodzicom praktyki religijne, więzi rodzinne, tradycyjne zwyczaje. Ważne jest więc, by odnowić nie tyle przesądy, ile wspólnotowy charakter wczesnych doświadczeń rodzicielskich, powrócić do tradycyjnych, kulturowo zróżnicowanych form rodzinnego celebrowania misterium życia, powiązania osobistych doświadczeń z historią rodziny i zakorzenieniem w niej.

Pedagogika prenatalna oraz edukacja międzykulturowa spotykają się również w obszarze zainteresowań rolą kultury w kreowaniu różnych wzorów realizacji potrzeby prokreacyjnej (w tym również jej negowaniu) oraz wpływem bogatej oferty „supermarketu wartości" (bytowych, witalnych, społecznych, duchowych) na stosunek do macierzyństwa i ojcostwa, decyzje i zachowania prokreacyjne, rozwiązywanie dylematów w sferze prokreacji. Wspólnym obszarem działań praktycznych tych nauk powinno być wychowanie do wartości, które podtrzymują zarówno kulturową różnorodność, jak też indywidualną niepowtarzalność doświadczeń prokreacyjnych

i zachowań związanych ze wczesnym rodzicielstwem. Ponadto obie nauki interesuje wspieranie nowo pojawiających się w społecznościach wielokulturowych wartościowych stylów realizacji potrzeby prokreacyjnej oraz pozytywnego stosunku do dziecka prenatalnego; rozwijanie edukacji międzykulturowej dotyczącej problematyki prokreacyjnej i dziecka prenatalnego oraz własnej tożsamości kulturowej w tym zakresie (por. Szkudlarek, 2004, s. 424).

VI. Pedagogika dorosłych

Przegląd dyscyplin pedagogicznych, a wśród nich pedagogiki dorosłych, nazywanej andragogiką, może nasunąć myśl, iż zakres pedagogiki prenatalnej rozumianej jako edukacja dorosłych jest elementem andragogiki, a tym samym tzw. pedagogikę prenatalną można by sprowadzić do andragogiki prenatalnej. Jednak nie wydaje się to słuszne, gdyż zakres proponowanej pedagogiki prenatalnej jest szerszy: obejmuje nie tylko edukację prenatalną dorosłych i wychowanie do prokreacji, ale też opiekę i wychowanie człowieka w prenatalnym okresie rozwoju. Zakresy obu nauk krzyżują się, a pedagogika prenatalna obejmuje zagadnienia andragogiczne w tych aspektach, w jakich odnoszą się do osób w procesie prokreacji i ich relacji z dzieckiem przed urodzeniem.

1. Potencjalność edukacyjna andragogiki

Andragogika jako dyscyplina pedagogiczna zajmuje się oświatą i wychowaniem dorosłych i ten obszar jej zainteresowań zostanie omówiony w kolejnym paragrafie. Przyjmuje ona optymistyczną wizję człowieka dorosłego jako obdarzonego niespożytymi siłami duchowymi, zdolnego do ciągłej zmiany swych relacji ze światem i ludźmi, nastawionego na rozwój osobowości i dyspozycji sprawczych, pogłębianie treści i sensu życia. Turos (1999) wśród dyscyplin andragogicznych wymienia andragogikę zdrowia, kultury seksualnej, ekologiczną i życia rodzinnego. Każda z nich może mieć powiązania z pedagogiką prenatalną.

Andragogika zdrowia koncentruje się na wychowaniu do szacunku dla zdrowia jako ważnej wartości człowieka, propagowaniu wiedzy i wzorów zachowań oraz zasad postępowania zapewniających człowiekowi zachowanie zdrowia. Współpraca pedagogiki prenatalnej oraz andragogiki zdrowia dotyczy uczenia ludzi dorosłych rozumienia znaczenia zdrowia prokreacyjnego, jego ochrony, wzmacniania i użytkowania. Obie nauki zainteresowane są ustalaniem realnych i rzetelnych celów wychowania do korzystania z zasobów prokreacyjnych.

Andragogika życia rodzinnego zajmuje się życiem rodzinnym, rolą rodziców, spełnianiem przez nich oczekiwań społeczeństwa, zobowiązaniami i odpowiedzialnością rodziców za dziecko. Jej zadaniem jest formowanie celów i treści oraz opracowywanie metod, zasad, systemu i organizacji procesu edukacji prorodzinnej dorosłych, aby byli oni w stanie rozwiązywać problemy związane z realizacją podstawowych funkcji rodziny (Turos, s. 283-288). Przyjmując, że jedną z funkcji rodziny jest prokreacja, można zasugerować objęcie przez andragogikę życia rodzinnego problematyki przygotowania dorosłych do podjęcia funkcji rodzicielskich (prokreacyjnej, wychowawczej), uzdolnienia ich do jak najlepszego spełniania zadań życiowych z tym związanych oraz docenienia wartości życia rodzinnego. Ten zakres edukacji można by nazwać andragogiką prenatalną i jest to wspólny teren zainteresowań pedagogiki prenatalnej i andragogiki.

Wychowanie i edukacja rodziców do spełniania ich różnorodnych zmieniających się ról jest procesem całożyciowym. Andragogika prenatalna zajęłaby się przygotowaniem ich jako dorosłych do macierzyństwa i ojcostwa oraz towarzyszeniem im we wczesnym okresie ich rodzicielstwa, pomocą w okresie pre- i postnatalnego życia dziecka. Chodzi więc o to, aby przeprowadzić diagnozę sytuacji rodzin w okresie planowania poczęcia, w okresie ciąży, porodu i po urodzeniu dziecka (ich potrzeby, zagrożenia, trudności, błędy), opracować system kształcenia, aby udoskonalić życie rodzinne, umotywować ludzi do zainteresowania się podnoszeniem wiedzy na temat wczesnego rozwoju człowieka i prokreacji, polepszyć komunikację w rodzinie dotyczącą kwestii prokreacji oraz w procesie prokreacji, upowszechnić wzorce prawidłowych prenatalnych doświadczeń wychowawczych i radzenia sobie z trudnościami, zwiększyć umiejętności rodziców do refleksyjnej oceny zachowań prokreacyjnych i rodzicielskich, podnieść ich kompetencje rodzicielskie związane z pre- i postnatalnym okresem życia.

Należy również zaznaczyć, że wobec ogromnej roli, jaką spełniają dziadkowie w życiu dziecka od jego poczęcia oraz znaczenia ich wpływu na przeżycia, zachowania i postawy dorosłych już dzieci wobec wczesnego etapu rodzicielstwa oraz poczętego dziecka (wobec każdej ciąży i porodu oraz każdego kolejnego dziecka), pewnym zakresem przygotowania należy również objąć dziadków dziecka prenatalnego, jak też rodziców dorosłych już dzieci, które w najbliższej przyszłości staną się również rodzicami (np. inicjatywy typu „Szkoła Babć", zajęcia dla babć i dziadków w ramach zajęć w niektórych szkołach rodzenia).

Pedagogika prenatalna może korzystać z teoretycznego dorobku andragogiki i analizować procesy zachodzące w trakcie przebiegu edukacji prenatalnej. Może, np. w myśl teorii „kulturowych scenariuszy rozwoju ludzi dorosłych" P.G. Heymansa zinterpretować swoją praktykę jako andragogiczną ingerencję, z pomocą której ludzie konstruują swój świat małżeńsko-rodzicielskiego życia tak, by sprzyjał realizacji ich planów, a uczestnictwo w zajęciach lub korzystanie z pomocy edukacyjnych, jako formę wspomagania swojego indywidualnego rozwoju. Poczęcie dziecka lub plany z tym związane są znaczącym wyborem w biografii życia, który stawia ich wobec

wielu nowych zadań rozwojowych. Chcąc im sprostać, jeśli są przeświadczeni o możliwości wpływu na bieg zdarzeń, mogą wybrać edukację prenatalną jako strategię pomagającą zrealizować z sukcesem i zadowoleniem nową trajektorię życia (por. Malewski, 1998, s. 102, 105).

W myśl „teorii uczenia się transformatywnego" J. Mezirov, edukacja prenatalna może być również rozpatrywana nie tylko jako przygotowanie do pełnienia roli społecznej (jej funkcja socjalizacyjna), ale też jako wyzwalanie nowych schematów znaczeniowych, nowej interpretacji poznawczej rzeczywistości, nowych sposobów działania (por. Malewski, 1998, s. 106-107). Edukacja prenatalna, mając charakter transformatywny, służy dorosłym szczególnie w okresie tuż przed planowaną prokreacją lub w trakcie ciąży, gdyż jest to przejściowy okres ich życiowego cyklu, wymagający zmiany stylu życia, reorganizacji i ponownego określenia jego priorytetów. Nie wystarczy tylko nabyć kompetencje, przystosować się do nowej roli rodzicielskiej, trzeba też jakościowo zmienić swoją dotychczasową mentalność, perspektywę życia i schematy odczuwania, reagowania i działania. Nowe doświadczenia wynikające z oczekiwanego poczęcia dziecka oraz zainicjowane poczęciem czy porodem, wprowadzają zmiany w obrębie perspektywy znaczeniowej, a edukacja prenatalna może sprawić, iż zostaną wypracowane nowe schematy znaczeniowe, jako struktury poznawczego i emocjonalno-wolicjonalnego odniesienia do świata, regulujące zachowania człowieka.

Andragogika prenatalna mogłaby zawierać również takie działy, jak: *ogólna andragogika prenatalna*, zajmująca się problematyką przedmiotu edukacji dorosłych w zakresie problemów dotyczących pre- i perinatalnego okresu życia człowieka oraz roli rodziców i dziadków z nim związanych, podstawami filozoficznymi, strukturą, celami i metodologią edukacji w tym zakresie; *teoria wychowania dorosłych do roli wychowawców prenatalnych*, zajmująca się ogólnymi założeniami i podstawami wychowania dorosłych, celami, treściami, metodami i procesami wychowywania i samowychowania rodziców lub przyszłych rodziców i dziadków, uwarunkowaniami osobistymi i środowiskowymi tych procesów; *dydaktyka prenatalna*, jako teoria kształcenia i samokształcenia się dorosłych w zakresie problematyki prokreacji i prenatalnej. Dlatego pedagogika prenatalna musi współpracować nie tylko z różnymi działami andragogiki, ale również z ogólną teorią wychowania i dydaktyką.

Współpraca pedagogiki prenatalnej z pedagogiką porównawczą, a zwłaszcza z andragogiką komparatywną (por. np. Matulčik, 1997) może zmierzać do analiz i badań porównujących podejścia wychowawcze do wczesnego etapu życia człowieka oraz systemy kształcenia dorosłych dotyczące ich aktywności rodzicielskiej z tym związanej. Zadaniem porównywania jest wyjaśnianie podobieństw i różnic w formach wychowania i kształcenia prenatalnego, badanie sytuacji i problemów rodziców w związku z procesem prokreacji w różnych środowiskowo-kulturowych uwarunkowaniach i jego konsekwencji dla rozwoju i wychowania dziecka (np. zwyczajów związanych z zachowaniem kobiety w ciąży, przesądów dotyczących porodu, rytuałów w okresie połogu).

Pedagogika prenatalna i andragogika spełniają kryteria swojej odrębności i samodzielności w ramach nauk pedagogicznych, ale też istnieją między nimi liczne powiązania problemowe i organizacyjne, tak iż obie te dyscypliny są wzajemnie komplementarne i potrzebują stałej wzajemnej współpracy.

2. Oświata i edukacja dorosłych

Konieczność optymalizacji ludzkiego rozwoju od poczęcia wymaga troski o „zdrowe łona" i proekologiczną mentalność, dotyczącą pierwszego środowiska życia człowieka, jakim jest łono matki, zhumanizowania i „urodzinnienia" opieki pre- i perinatalnej oraz ginekologiczno-położniczej. To zaś wymaga zmian w mentalności społecznej, w koncepcji opieki pre- i perinatalnej oraz w podejściu do wychowania dziecka już od poczęcia. Ze względu na konieczność przygotowania ludzi do prokreacji i towarzyszenia im w prenatalnej opiece i wychowaniu, konieczne jest dopracowanie programów edukacji w tym zakresie oraz szkolenie najpierw edukatorów, a potem przez nich różnych grup społecznych. Inaczej mówiąc – pedagogika prenatalna zawiera w sobie bogaty potencjał oświatowy. Realizacja tych zadań pedagogiki jest oczywiście możliwa dzięki interdyscyplinarnej współpracy, kompleksowemu i wieloaspektowemu podejściu do problemów tak wczesnego wychowania i opieki.

Pedagogika prenatalna zajmując się wspomaganiem rozwoju ludzi dorosłych w kontekście ich zaangażowania w prokreację i życie rodzinne, może mieć też wspólne pole zainteresowań z andragogiką w tym aspekcie, w jakim zajmuje się ona oświatą dorosłych. Motywacja ludzi do podnoszenia swej wiedzy i kompetencji w związku z wymaganiami, jakie stawia przed nimi prokreacja i wczesne rodzicielstwo, wpisuje się w obserwowaną współcześnie (ale i kreowaną) tendencję do kształcenia ustawicznego, uczenia się przez całe życie. Z tym, że edukacja prenatalna kierowana jest nie tylko do ludzi dorosłych, zakresy odbiorców edukacji prenatalnej i oświaty dorosłych zachodzą na siebie.

Zmiany cywilizacyjne w obrębie opieki nad rodzicami oczekującymi urodzenia dziecka, stawiają przed nimi coraz większe wymagania co do ich kompetencji. Wiedza, umiejętności (np. korzystania z dostępnych usług) i postawy dotyczące prenatalnego okresu życia domagają się od rodziców ustawicznego doskonalenia, uzupełnień, modyfikacji i przewartościowań. Proces permanentnej edukacji w tym zakresie wymaga komplementarnego kształcenia formalnego w ramach nauki szkolnej, nieformalnego, odbywającego się poprzez kursy, seminaria, szkolenia, jak też incydentalnego, będącego skutkiem różnych wpływów środowiska, w tym mediów oraz własnej aktywności człowieka. Dlatego pedagogika prenatalna jako teoria wychowania dziecka prenatalnego musi mieć ścisłe powiązania z pedagogiką dorosłych, pojmowaną jako teoria edukacji młodzieży i dorosłych w zakresie przygotowania ich do wczesnego etapu rodzicielstwa.

Tymczasem, analizując literaturę dotyczącą edukacji dorosłych, można zauważyć, że jest ona prawie całkowicie skupiona na realizacji programów innowacyjnych, służących podnoszeniu poziomu wykształcenia ogólnego i zawodowego; podniesieniu lub zmianie kwalifikacji zawodowych; przygotowaniu do korzystania z dóbr kultury i posługiwania się środkami masowej komunikacji; zaktywizowaniu w zakresie spełniania obowiązków obywatelskich, wypracowaniu w dziedzinie polityki oraz zaangażowania w sposoby zaspokajania potrzeb twórczych i zainteresowań (por. np. Bednarczyk, 2002). Podobnie ma się rzecz w odniesieniu do organizacji i dostępności różnych form samokształcenia. Prokreacja ludzka jest terenem znacząco zaniedbanym.

Forma edukacji dorosłych, zwana oświatą dorosłych, jest rozumiana jako organizowanie kształcenia dla określonej kategorii jego uczestników (por. Kargul, 1997, s. 94) i jest nastawiona głównie na przekazywanie wiedzy i umiejętności decydujących o szansach życiowych w zakresie aktywności zawodowej, gospodarczej, kulturalnej i obywatelskiej, podnoszeniu tzw. kompetencji kluczowych rodziców (Bałachowicz, 2008), a więc na realizację interesów polityki państwa i dostosowanie się do szybko zmieniających się wymagań współczesności. W zakresie organizowanych struktur i procesów oświatowych (formalnych i nieformalnych) umożliwiających młodzieży w wieku poszkolnym i dorosłym nabywanie wiedzy i kompetencji w zakresie zdrowia, zauważa się małą troskę o przygotowanie do życia małżeńskiego i rodzinnego (zawężanie do wąsko rozumianej edukacji seksualnej). Oświata ukierunkowana na kształcenie i formację młodzieży i dorosłych jako małżonków i rodziców, a dotycząca prenatalnego okresu życia, jest prawie zupełnie niezinstytucjonalizowana[28]. Natomiast niewątpliwie istnieje potrzeba takiej edukacji i często jest ona wyrażana w postulacie wychowania prorodzinnego i seksualnego oraz edukacji rodzinnej i seksualnej (por. Banach, 1997, s. 118, 122) oraz wprost – edukacji prozdrowotnej (Toporska, 2008).

Dla andragogów edukacja prenatalna dorosłych jest dotychczas mało godną uwagi propozycją teoretyczną i badawczą[29]. Może wynikać to m.in. z faktu, iż edukacja prenatalna jest często zawężana do edukacji o charakterze formalnym, jaką prowadzą uniwersytety medyczne (np. na kierunku zdrowie publiczne, pielęgniarstwo, położnictwo, edukacja zdrowotna) lub szkoły rodzenia, natomiast tak naprawdę edukacja prenatalna jako rodzaj oświaty dorosłych dokonuje się również w sposób

[28] Oprócz ścieżki programowej w szkołach „Wychowanie do życia w rodzinie" i szkół rodzenia oraz prowadzonych przez Kościół katolicki obowiązkowych kursów dla narzeczonych przed udzieleniem sakramentu małżeństwa.

[29] Podręczniki z zakresu pedagogiki dorosłych albo nie podejmują problemu prokreacji, albo też traktują go marginesowo lub tylko z punktu widzenia zdrowia fizycznego. Już na podstawie pierwszego podręcznika akademickiego z andragogiki w języku polskim L. Turosa (1975/1999) można wysunąć wniosek, że interesuje się ona głównie instytucjami oświaty dorosłych i efektywnością ich funkcjonowania. Ponieważ w odniesieniu do prokreacji i wczesnego rodzicielstwa nie istniały formalne sposoby kształcenia, zainteresowanie andragogiki tym rodzajem edukacji było niewielkie. Podobnie dalsze pozycje z zakresu andragogiki nie poświęcają wiele uwagi sferze prokreacji (np. Marczuk, 1994; Wujek, 1996; *Rocznik Andragogiczny*).

nieformalny, np. poprzez doświadczenia życia, przekaz medialny, poprzez to wszystko, co zmienia wiedzę i kompetencje w odniesieniu do prokreacji i związanych z nią zadań rodzicielskich.

Prenatalna edukacja rodziców (tzn. edukacja ludzi dorosłych dotycząca problemów związanych z ciążą, porodem, połogiem, karmieniem niemowlęcia, komunikacją z dzieckiem prenatalnym i noworodkiem, opieką nad nim) wpisuje się w oświatę dorosłych. Wspólny dla andragogiki i pedagogiki prenatalnej w jej zainteresowaniu edukacją prenatalną będzie obszar takich zagadnień, jak np. proces uczestnictwa edukacyjnego, czynniki regulujące jego przebieg, motywacja uczestników (np.: rodzaj, siła, trwałość motywacji) i czynniki stymulujące, uniemożliwiające lub utrudniające podjęcie edukacji prenatalnej, bariery wewnętrzne (osobościowe, np.: lokalizacja kontroli, poczucie skuteczności, samoocena, zainteresowania) lub zewnętrzne (środowiskowe) demotywujące, w wyniku czego ludzie dorośli nie korzystają z możliwości edukacji prenatalnej, czy też czynniki gwarantujące pomyślność kształcenia w tym zakresie (por. Malewski, 1998, s. 17-18), potrzeby, oczekiwania i cele uczestników edukacji, ich zaangażowanie poznawcze (tamże, s. 60), uprzednie doświadczenia edukacyjne.

Można przypuszczać, że uczestnicy różnych form edukacji prenatalnej są przede wszystkim zorientowani na cele kształcenia, chcąc zdobyć określony zasób wiedzy i kompetencje oraz na tzw. uczestnictwo edukacyjne, oczekując wsparcia wynikającego z kontaktów z innymi. Edukacja prenatalna jest przez rodziców traktowana przede wszystkim instrumentalnie, a nie poznawczo. Zatem, jeśli chce wychodzić naprzeciw ich potrzebom i oczekiwaniom, powinna być zorientowana na przekaz wiedzy stosowanej oraz kształcenie umiejętności praktycznych. Dlatego okres ciąży oraz wczesnego połogu jest czasem szczególnie uprzywilejowanym do skorzystania z niej. Zasadniczo chodzi bowiem o natychmiastowe wprowadzenie wiedzy w czyn, o lepsze radzenie sobie z problemami powstałymi w aktualnej sytuacji życiowej i zwiększenie szansy urodzenia zdrowego dziecka oraz komfortu po porodzie (por. Malewski, 1998, s. 59, 61).

W zakresie prenatalnej edukacji dorosłych obserwuje się dotychczas nastawienie praktyczne, tzn. konstruowanie programów przekazu prenatalnej wiedzy i umiejętności oraz badanie ich skuteczności. Chodzi więc bardziej o dostarczanie informacji i podnoszenie kompetencji rodziców jako konsumentów na rynku oświaty, niż budowanie teorii i metodologii badań w tym zakresie. Osoby zajmujące się edukacją prenatalną (np. rodzice, dziadkowie, lekarze, pedagodzy, psycholodzy, doradcy rodzinni, księża) są zasadniczo praktykami o bardzo różnej profesji, mało kto zajmuje się tą problematyką z punktu widzenia naukowego. Interesująca dla andragogów kwestia relacji między wiedzą teoretyczną a wiedzą potoczną (deskryptywną, proceduralną i normatywną) oraz wiedzą praktyczną (praktycznie zorientowaną wiedzą teoretyczną), między edukatorem a dorosłym uczniem (Malewski, 1998, s. 123) – jawi się również jako przedmiot zainteresowania edukacji prenatalnej. Wdrażanie edukacji prenatalnej wymaga bowiem praktycznego ustosunkowania się w trakcie prowa-

dzonych zajęć do powszechnie przyjętych, jak też prezentowanych w grupie indywidualnie zróżnicowanych zwyczajów, rytuałów, przesądów dotyczących zachowania, zwłaszcza kobiety, w okresie ciąży, porodu i karmienia piersią oraz interpretacji zachowań dziecka.

Nawiązując do przedstawionej przez J. Półturzyckiego koncepcji edukacji zawartej w Raporcie dla UNESCO Międzynarodowej Komisji do spraw Edukacji dla XXI wieku (2001, s. 156-158), można by również zaproponować podobne filary jako podstawowe w edukacji prenatalnej. Powinna ona bowiem mieć na celu uczenie się dla wiedzy (rozbudzenie potrzeby dokształcania i poszerzenie wiedzy, by rozumieć lepiej siebie, współmałżonka, procesy prokreacyjne, dziecko poczęte i narodzone), uczenie się, by działać (zdobycie kompetencji rodzicielskich, sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami), uczenie się dla życia wspólnego (uczenie się harmonijnego współistnienia, m.in. komunikacji prenatalnej, komunikacji małżeńskiej w przełomach prokreacyjnych, wspierania się), uczenie się, by być (rozwijająca osobowościowo i duchowo wartość edukacji, uczenie się podejmowania decyzji prokreacyjnych, kreatywności rodzicielskiej). Raport ten, zwany Raportem Delorsa, postulował, by rządy krajów umożliwiły swoim obywatelom dostęp do edukacji ustawicznej, realizowały idee „uczącego się społeczeństwa", które ciągle odświeża, zdobywa, wykorzystuje aktualną wiedzę (Delors, 1998) jak można sądzić, również z zakresu problemów prenatalnych i prokreacyjnych.

W kontekście wezwań edukacji ustawicznej i niedostatku jej realizacji w zakresie problematyki rodzinnej, prokreacyjnej, a zwłaszcza prenatalnej, szczególna rola przypada samokształceniu. Pedagogika, zmierzając się z wymaganiami współczesności, powinna pomagać człowiekowi w podmiotowym rozwoju, osobistej refleksji, osobowym wysiłku i wyborach wartości, m.in. odnoszących się do sfery prokreacji. Prenatalna edukacja dorosłych powinna być tak zorganizowana, by stymulowała do osiągania wysokiego poziomu samowiedzy, samorozwoju i własnej tożsamości; wspierała człowieka w ustawicznym uczeniu się i „dorastaniu" do coraz trudniejszych zadań, jakie stawia przed nim prokreacja; pomagała mu w uczeniu się, jak żyć godnie (nie stracić szacunku do siebie) i otwierać się na nowe życie (por. Suchodolski, 2003). Zadaniem edukacji prenatalnej byłoby więc sprzyjanie rozwojowi podmiotowości i autonomii człowieka, samodzielności w dokonywanych wyborach prokreacyjnych i ponoszeniu odpowiedzialności za ich konsekwencje, bowiem życie sensowne i godne „dające się opisać w kategoriach stylu życia, jest projektem i zobowiązaniem, jakie jednostka podejmuje wobec siebie i wobec innych." (Bałachowicz, 2008).

Problemem pozostaje organizacja warunków do samodzielnego zdobywania wiedzy oraz przygotowanie i motywowanie do korzystania z dostępnych możliwości. Edukacja dorosłych w tym zakresie nie przeszła jeszcze ewolucji podobnej do tej, dotyczącej pozarodzinnych zaangażowań człowieka[30]. Problematyka prokreacyjna

[30] Z *lifelong education*, tzn. kształcenia ustawicznego do *lifelong learning*, tzn. uczenia się przez całe życie.

i prenatalna nie znalazła dotychczas należnej uwagi jako obszar zapotrzebowań edukacyjnych starszej młodzieży i dorosłych. Na terenie pedagogiki niedostatecznie wypracowano treści i cele tego kształcenia, dobór jego form, metod i środków.

Materiały pomocne w samokształceniu „prenatalnym" są dostępne dzięki publikacjom przygotowanym dla realizacji programu szkolnego „Wychowanie do życia w rodzinie", popularnym czasopismom skierowanym do rodziców, przypadkowym audycjom radiowym i telewizyjnym, wzrastającej liczbie popularno-naukowych książek będących głównie tłumaczeniami z języków zachodnich, broszurkom firm, reklamujących przy okazji swoje towary i usługi dla kobiet w ciąży i małych dzieci, oraz niezliczonej liczbie różnych stron internetowych, na których można znaleźć teksty bardzo naukowe, jak i absurdalne w treści i szkodliwe, a nawet niebezpieczne z punktu widzenia zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców i dziecka. Te formy oddziaływania nie są w żadnym stopniu zsynchronizowane, wynikają z odmiennej „filozofii dziecka" i koncepcji opieki i wychowania (czasem wręcz cele ich są sprzeczne), stąd rodzicom trudno jest ocenić rzetelność oraz użyteczność tych źródeł informacji lub rodzajów oferowanych im środków i usług.

Wobec wielości dostępnych współcześnie form przekazu (np. kształcenie na odległość) oraz różnorodności treści, osobom poszukującym właściwe informacje wcale nie jest łatwo je odnaleźć i ocenić ich wartość. Starsza młodzież i dorośli są ciągle pozbawieni porad, jak przygotować się do rodzicielstwa, jak uczyć się być dobrym rodzicem od poczęcia, skąd czerpać wiarygodną wiedzę, jak oceniać swoje kompetencje, z jakich form pomocy korzystać, jak uchronić się przed wykorzystaniem ze strony reklam.

Należy jeszcze zaznaczyć, iż również do różnych form edukacji prenatalnej należą nowoczesne formy komunikacji i nowe narzędzia, jak prezentacje multimedialne, kursy *e-learning'u i m-learning'u*, quizy, gry symulacyjne, dydaktyczne i strategiczne, kursy tematyczne, strony internetowe. Nie chodzi przy tym o zastąpienie osobowego przekazu wirtualnym, ale o to, by nowe narzędzia edukacji służyły do bardziej efektywnego przekazu wiedzy szerszemu gronu odbiorców i sprzyjały kształtowaniu pozytywnych postaw wobec prokreacji i dziecka przed urodzeniem. Istotne jest również rozwijanie inicjatyw edukacyjnych skierowanych do osób w różnym wieku, co wymaga od instytucji edukacyjnych tworzenia narzędzi, które będą powszechnego użytku, łatwe w obsłudze i przystępne dla każdego, kto chce poszerzyć swoje informacje lub pogłębić kompetencje w interesującej go dziedzinie związanej z prokreacją lub towarzyszeniem dziecku w prenatalnym rozwoju[31].

Niestety, korzystanie z różnych form edukacji prenatalnej przez rodziców, podobnie jak z innych form kształcenia ustawicznego (por. Suchodolski, 2003), zależy w dużym stopniu od ich wykształcenia i statusu społecznego. Osoby z wyższych

[31] Por. „Korzystanie z Internetu i komputerów" (CBOS, Warszawa, kwiecień 2007).

warstw piramidy klasowej społeczeństwa nie tylko stać na edukację, mają do niej większy dostęp, lepsze zaznajomienie z możliwościami w tym zakresie, ale też chcą się kształcić, mając bardziej wewnętrzne poczucie lokalizacji kontroli (por. Malewski, 1998, s. 56-57, zjawisko tzw. „drugiej śmietanki" – s. 63). W ten sposób powstaje podział społeczeństwa na bogatych i ubogich w kompetencje, włączonych lub wykluczonych z szans nabywania i podnoszenia kompetencji ważnych w życiu dorosłym (Bałachowicz, 2008). Tymczasem, według postulatów UNESCO, kształcenie ustawiczne (*life-long education*) ma zachodzić wszędzie, w każdych warunkach, obejmować wszystkie etapy życia i być dostępne każdemu. Każdy człowiek posiada bowiem zdolność, jak i prawo do uczenia się, które powinno być realizowane zgodnie z zasadą stałego rozwoju człowieka w ciągu całego życia.

VII. Pedagogika starości

Psychologia biegu życia otworzyła również przed pedagogiką nowe obszary zainteresowań (Ossowski, 1998, s. 40-41). Jeśli bowiem rozwój psychiczny człowieka dokonuje się sukcesywnie przez całe życie[32], to trzeba było zauważyć i docenić zmiany zachodzące zarówno w okresie dorosłości (stąd rozwój pedagogiki dorosłych, andragogiki), jak i w starości (czego wyrazem są np. uniwersytety trzeciego wieku). Na terenie pedagogiki – pedagogika starości ma już utrwaloną pozycję (np. Leszczyńska-Rejchert, 2006, 2007)[33].

Istnienie gerontopedagogiki wskazuje na możliwość objęcia zainteresowaniem przez pedagogikę nie tylko ostatniego, ale też pierwszego krańca życia, jako jedynego okresu życia człowieka, który nie doczekał się dotychczas opracowania ze strony osobnej dyscypliny pedagogicznej. Te dwie graniczne fazy: prenatalna i gerontalna, mogą okazać się interesujące teoretycznie, płodne badawczo, o ogromnym potencjale praktycznych działań, a przede wszystkim wychodzą naprzeciw zapotrzebowaniom człowieka. Tak jak przedłużanie życia ludzkiego stwarza nowe problemy dla gerontologii jako nauki interdyscyplinarnej, w tym gerontopedagogiki, tak coraz większe możliwości podtrzymania tegoż życia w okresie wewnątrzmacicznym lub tuż po urodzeniu (pomimo obciążenia chorobą, wadami) jest wyzwaniem dla pedagogiki i domaga się wyłonienia pedagogiki prenatalnej. Opieka geriatryczna ma swój

[32] Zmiany rozwojowe dokonują się w sposób ciągły, nieprzerwany, nieskokowy, kierunkowy – zob. różne koncepcje zmiany rozwojowej w: Przetacznik-Gierowska, Tyszkowa, 2002.

[33] Jej synonimami są: gerontopedagogika, pedagogika podeszłego wieku, andragogika podeszłego wieku, geragogia, gerontologia wychowawcza, gerontologia oświatowa, kształcenie i wychowanie osób w podeszłym wieku, wychowanie do starości. Gerontopedagogika jest w Polsce przedmiotem i kierunkiem magisterskim na poziomie studiów uniwersyteckich.

aspekt pedagogiczny (Twardowska-Rajewska, 2007), podobnie powinna go odkryć opieka prenatalna.

Wyodrębnienie się pedagogiki prenatalnej można więc interpretować jako poszerzenie zainteresowań pedagogiki o pierwszą fazę życia człowieka i skupienie się na niej celem wnikliwej eksploracji. Wejście pedagogiki w nowy obszar może być obiecujące[34]. Taki zwrot w ujęciu życia człowieka, jako integralnej całości od poczęcia do śmierci, oznacza istotną zmianę w sposobie ujmowania przedmiotu wychowania we współczesnej pedagogice w porównaniu z tradycyjną pedagogiką dziecka i otwiera możliwości przyjęcia tezy, że okres prenatalny stanowi integralną część teoretycznych rozważań, badawczej eksploracji oraz praktycznych działań podejmowanych przez pedagogikę. W perspektywie istniejącej już pedagogiki dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych, powstanie pedagogiki prenatalnej jawi się jako niezbędny obszar teorii i oddziaływań pedagogicznych.

Pedagogika prenatalna oraz pedagogika starości staje wobec wielu problemów wspólnych, jakim jest, np. bezwarunkowa godność człowieka i nienaruszalność jego życia; niebezpieczeństwa przyjęcia kryterium oceny życia według jego „jakości"; kondycja bezużyteczności społecznej; podatność na czynniki zagrażające zdrowiu i doznawanie przemocy, na marginalizację i wykluczenie społeczne; zależność od innych, potrzeby dziecka i człowieka starego wymagające rozpoznania i zaspokojenia ze strony innych; zmiana obrazu prenatalnego dzieciństwa i starości wskutek przemian społeczno-kulturowych XX wieku; sprzeczności w postawach społecznych wobec krańców życia, ambiwalentne emocje (por. np. Kieracińska, 2000; Kowalik, 2000; Kuchcińska, 2000; Zaworska-Nikoniuk, 2006; Miluska, 2008).

Pedagogika starości zajmuje się edukacją do starości, przez starość oraz w starości (Kuchcińska, 2004; Dubas, 2005). Pedagogika prenatalna podobnie, może być edukacją „do", „przez" i „w", tzn. edukacją ukierunkowaną na przygotowanie „do" prokreacji; edukacją prowadzoną wobec społeczeństwa w oparciu o wiedzę teoretyczną oraz doświadczenia osobiste lub innych ludzi, czyli przez fakt obecności prokreacji w życiu człowieka, niejako „przez nie" (ich rola wychowawcza); edukacją w trakcie zaangażowania człowieka w procesy prokreacyjne.

Obie nauki interesuje problem wychowania człowieka na etapie rozwoju, którym się zajmują i obie spotykają się nierzadko z niezrozumieniem co do możliwości i sensowności odnoszenia kategorii „wychowania" do tego okresu życia (por. Homplewicz, 2003). Taką rozwojowo-wychowawczą sytuacją jest doświadczenie macierzyństwa w starszym wieku (Maciarz, 2006) oraz poczęcie się członka następnego pokolenia (wnuka, prawnuka). W perspektywie pojawienia się nowego życia w rodzinie oraz rodzicielstwa własnych dzieci następuje ożywienie wspomnień, pojawia się szansa przepracowania nierozwiązanych dotychczas konfliktów psychicznych związanych z prokreacją, uleczenia zranień, dokonania pozytywnego bilansu życia.

[34] Por. „Nauka jest płodna poprzez problemy, które wyłania [...]" – Popper, 1999.

VIII. Pedagogika specjalna

Szczególne miejsce w naukach o wychowaniu zajmować może współpraca pedagogiki prenatalnej z pedagogiką specjalną. R. Ossowski, omawiając zadania pedagogiki specjalnej, wyraża przekonanie, że „pedagogika specjalna powinna dokonać modyfikacji w zakresie sposobu ujmowania swojego przedmiotu badań na wzór psychologii ciągu życia". Nie może być ona obojętna na problemy osób cierpiących w każdym wieku, dlatego powinna podjąć również problemy okresu prenatalnego jak i terminalnej fazy życia (1998, s. 40-41). Warto w prowadzonych w pedagogice specjalnej dyskursach uwzględniać problematykę prokreacji ludzkiej i wczesnego rozwoju dziecka, tzn. przed jego urodzeniem (Przybyliński, 2006). Na związek między wiedzą psychologiczną dotyczącą prenatalnego okresu życia a pedagogicznym oddziaływaniem w sytuacjach trudnych, których przykładem jest niepełnosprawność, wskazano już na Kongresie organizacji The International Society for Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (ISPPPM) w 1987 roku (Kornas-Biela, 1992b, s. 243).

Współpraca pedagogiki prenatalnej i specjalnej może dotyczyć szeregu obszarów. Oto ich przykłady:

– pogłębianie rozumienia sensu i szacunku dla tajemnicy niepełnej sprawności jako przejawu przygodności bytu ludzkiego, jego kruchości i przemijalności, horyzontu śmierci; refleksja nad „filozofią niepełnej sprawności";

– refleksja nad podobieństwem kondycji dziecka prenatalnego i osoby niepełnosprawnej – kruchość, bezbronność, słabość, zależność od innych, nieużyteczność, podatność na zranienie – co powoduje, iż zawsze wtedy, gdy w warunkach życia społecznego zagrożone jest życie człowieka nienarodzonego, wtedy też kwestionowana jest wartość i sens życia człowieka nie w pełni sprawnego;

– kształtowanie postaw społecznych wobec różnych przejawów niepowodzeń prokreacyjnych (np. wobec osób z ryzykiem genetycznym, osób po poronieniach i stratach dziecka obarczonego wadą wrodzoną), wobec prenatalnej diagnozy niepełnej sprawności i możliwości selektywnej aborcji, wobec różnych metod terapii prenatalnej oraz decyzji o urodzeniu dziecka chorego;

– opracowanie form pomocy rodzicom diagnozowanym jako obciążonych ryzykiem genetycznym, rodzicom oczekującym na badania prenatalne oraz po uzyskaniu ich wyniku, gdy diagnoza potwierdza istnienie problemu zdrowotnego u dziecka;

– wypracowanie form pomocy dla rodziców decydujących się na selektywną aborcję dziecka ciężko chorego lub obarczonego wadą rozwojową;

– oddziaływanie na całą rodzinę oczekującą narodzin dziecka niepełnosprawnego lub przewlekle chorego oraz pomoc w okresie perinatalnym i noworodkowym (konieczność zróżnicowania form wsparcia dla rodziców, rodzeństwa, dziadków i innych osób znaczących);

– organizacja paliatywnej opieki hospicyjnej dla rodziców oczekujących urodzenia się dziecka z chorobą letalną lub dla rodziców, którym urodziło się dziecko ciężko

chore i którzy zmagają się z bólem jego rychłej śmierci – towarzyszenie im na etapie życia dziecka, umierania oraz żałoby;

– wczesna interwencja wychowawcza wobec dziecka prenatalnego i noworodka obciążonego problemem zdrowotnym;

– przygotowanie specjalnych ofert edukacyjnych oraz procedur integracyjnych i towarzyszenie w procesie prokreacji osobom niepełnosprawnym umysłowo (współpraca z oligofrenopedagogiką), fizycznie i przewlekle chorym (współpraca z pedagogiką terapeutyczną zwaną też leczniczą), z problemami sensorycznymi (współpraca z tyflo- i surdopedagogiką) oraz niedostosowanym społecznie (współpraca z pedagogiką resocjalizacyjną). Jest to szczególnie ważne zadanie dla asystentów osobistych osób niepełnosprawnych, które wchodzą w proces prokreacji. Powinni oni posiadać podstawową wiedzę z zakresu pedagogiki prenatalnej oraz umiejętności udzielania „pierwszej pomocy" celem optymalizowania doświadczeń prokreacyjnych oraz rozwoju dziecka przed urodzeniem, jak też doradztwa w sytuacji wystąpienia jakiś trudności (por. np. Żółkowska, 2005).

– badanie potrzeb edukacyjnych osób niepełnosprawnych dotyczących problematyki prokreacji i prenatalnego rozwoju dziecka, opracowanie sposobów ich zaspokajania i ocena efektywności podjętych działań.

Pedagogika prenatalna może wzbogacić pedagogikę specjalną o nowe pole zainteresowań – prenatalny okres życia, w którym dzieci o zaburzonym rozwoju, z chorobami i wadami wrodzonymi wymagają docenienia ich podmiotowości oraz poszerzenia pojęcia normalizacji, integracji oraz inkluzji (por. np. Krause, 2000; Kosakowski, Kruse, 2005; Domagała-Zyśk, Kornas-Biela, Sidor, 2006). Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej można poszerzyć o problematykę dziecka zagrożonego niepełnosprawnością już przed urodzeniem (Ossowski, 1998, s. 40; Kosakowski, 2003), a nie dopiero po urodzeniu (por. Mrugalska, 1999; Olechnowicz, 1999; Kmita, 2000; Kmita, Kaczmarek, 2004; Aly, 2004; Kwaśniewska, 2007; Sidor, 2008), jak też problemy związane z adaptacją do tej sytuacji całej jego rodziny (np. Kornas-Biela, 1988b, 2001d; Cohn, 1996; Kościelska, 1998; Eriksson, Pehrsson, 2005) oraz trudną kwestię tzw. pierwszej informacji (Kornas-Biela, 1988b; Hedov, Wikblad, Annerén, 2002). Dziecko zagrożone niepełnosprawnością powinno być rozpoznane już na tym etapie swego rozwoju, jako dziecko o „specjalnych potrzebach edukacyjnych" (por. Kosakowski, 2000; Speck, 2005), a jego kondycja rozważana i opisywana m.in. w kategoriach wypracowywanych w ramach „filozofii niepełnej sprawności" (np. Chudy, 1996, 2005, 2006, 2007a; Wojciechowski, 2004).

Pedagogika specjalna wraz z prenatalną powinny stać na straży bezwzględnego prawa tegoż dziecka do życia, pomagając jego bliskim dokonać rewizji koncepcji szczęścia i sensu życia oraz dotychczasowej hierarchii wartości i celów w życiu, rezygnacji z wartości walentnych kulturowo na rzecz wartości prostszych i bardziej naturalnych, nadać nowy walor związkom z ludźmi, uniezależniając je od znaczenia potocznie rozumianego sukcesu czy udanego życia, przewartościowania tego, „za co warto życie dać", zmiany projektu życia (Chudy, 2007a) oraz odkrycia transcenden-

talnego wymiaru cierpienia, choroby i niepełnosprawności, ich „życiodajnego" (niedocenianego i niewykorzystywanego) znaczenia dla osób zdrowych i pełnosprawnych (działalność i publikacje J. Vaniera, np. 1985a i b, 1988, 1993, 1999, 2001; Kornas-Biela, 2000c; Domagała-Zyśk, 2005, 2006; Sidor, 2005, 2006; Spink, 2008; publikacje w czasopiśmie *Światło i Cienie*).

Jak wspomniano wyżej, pedagogika prenatalna wraz ze specjalną może pochylić się nad wspólnotą losu dziecka prenatalnego oraz osoby niepełnosprawnej, którą jak w soczewce ogniskuje najbardziej sytuacja dziecka zdiagnozowanego prenatalnie jako zaburzonego w rozwoju. Obie nauki, mogą więc mieć wspólny teren teoretycznych analiz i praktycznych przedsięwzięć, odnoszących się do rozpowszechnionych w społeczeństwie stereotypów postrzegania i traktowania „tego Innego" – osoby niepełnosprawnej i dziecka prenatalnego (por. Żółkowska, 2008).

Jeśli samoświadomość uzna się za *„conditio sine quo non* ukonstytuowania się podmiotu, osoby, osobowości i tożsamości", jeśli przyjmie się, że podmiotowość zasadza się na „świadomości własnej osobności w bycie", rozpoznawaniu siebie i działaniu praktycznym, świadomym realizowaniu celów (Bałachowicz, 2008, s. 26), a podmiotowe bycie człowieka w świecie nie jest jego atrybutem, ale staje się atrybutem w toku rozwoju, gdy człowiek rozwija umiejętność kierowania swoją intencjonalnością i aktywnością (tamże, s. 30), to ani dziecko prenatalne ani wiele osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności i chorobami (np. ciężką chorobą psychiczną, z chorobami degeneracyjnymi układu nerwowego, różnymi formami otępienia starczego) nie mają szans, by ich sposób bycia w świecie mógł być uznany jako podmiotowy, a oni sami jako podmioty. Takie rozumienie podmiotowości rodzi niebezpieczeństwo usprawiedliwienia eutanazji, marginalizacji i stygmatyzacji oraz wykluczenia społecznego (por. Nowak, 2008; Żółkowska, 2008) zarówno dzieci prenatalnych, jak i osób niepełnosprawnych (por. Smolińska-Theiss, 2002, s. 7).

I dziecko prenatalne, i człowiek niepełnosprawny nie spełniają wszystkich kryteriów „podmiotu osobowego", czy „standardu podmiotowego", jakie formułowane są w literaturze przedmiotu (np. Bałachowicz, 2008, s. 26-28) i jakie funkcjonują w świadomości społecznej. I dziecko prenatalne (ujmowane jako zarodek lub płód), i człowiek niepełnosprawny nie mają identyfikujących ich pozytywnych cech, przeciwnie – są opisywani poprzez charakterystyki braku i negacji, deprecjonujących ich różnic w porównaniu z „urodzonymi" i „normalnymi"; nie mają nic „własnego", nie mają żadnego wpływu na definiowanie ich społecznej tożsamości; w majestacie ustanawianego prawa są wykluczani ze społeczeństwa (por. Zakrzewska-Manterys, 2005). I dziecko prenatalne i człowiek niepełnosprawny traktowani są jako „niekompletni ludzie"; etykietowani różnymi określeniami, które deprecjonują ich ludzką godność; stygmatyzowani ze względu na swoją kondycję psychofizyczną, nie spełniającą kryteriów „dojrzałości" (normy); są słabi, bezbronni, niesamodzielni, zależni, prości, podatni na zranienie i odrzucenie.

Jednocześnie, zarówno pedagogika prenatalna, jak i specjalna mogą ukazywać nam, jak bardzo, i dziecko prenatalne i człowiek niepełnosprawny, to osoby, które

uczą nas prawdy o przygodności i kruchości ludzkiego życia; o konieczności zmiany kryterium oceny człowieka i tzw. udanego życia; ukazują twórczą siłę w słabości; uczą szacunku do życia w każdej jego postaci; wskazują na znaczenie bliskości, więzi, uczuć, świata ducha; wymagając oraz wyzwalając miłość i solidarność, są źródłem dojrzewania psychicznego i duchowego dla innych (Chudy, 1988, 2007a; Kornas-Biela, 2000c; Domagała-Zyśk, 2005, 2006).

Mówiąc o wczesnej interwencji, należy zaznaczyć, iż możliwa jest ona do zastosowania nie tylko wobec dzieci zdiagnozowanych przed urodzeniem, jako „dzieci specjalnej troski", „dzieci ryzyka przedporodowego", ale również wobec każdego dziecka. Można ją bowiem rozumieć jako podejście prewencyjne, tzn. mające na celu zapobieżenie wystąpieniu uszkodzeń układu nerwowego przez uwzględnienie psychospołecznych czynników, istotnych dla prenatalnego rozwoju dziecka oraz wpływających na przebieg ciąży i porodu, a tym samym na jego rozwój po urodzeniu. Wszystko to, co stymuluje i optymalizuje rozwój dziecka zdrowego, pomaga również dziecku, które nie rozwija się prawidłowo, przez zmniejszanie skutków zaistniałych zaburzeń oraz siły nadal działających bodźców uszkadzających. Cz. Kosakowski nazywa tę wczesną diagnozę i stymulację rozwoju dziecka z tzw. ryzyka wystąpienia zaburzeń – działalnością uprzedzającą (1998, s. 32), a M. Kościelska (2000), traktując upośledzenie umysłowe jako „stan, do którego się dochodzi w rezultacie nieprawidłowego procesu rozwojowego", podkreśla, że do stanu tego można by czasami nie dopuścić, jeśliby stworzono odpowiednie warunki rozwoju dzieci z ryzykiem upośledzenia.

W zapobieganiu lub zmniejszaniu wpływu czynników zaburzających rozwój dziecka przed urodzeniem, należy zwrócić szczególną uwagę na kształtowanie przywiązania rodziców do niego oraz ich poczucia realnego wpływu na jego rozwój. Uzmysłowienie sobie możliwości kontroli rozwoju dziecka[35] oraz świadomość oddziaływania przeżyć psychicznych matki na nie, wzbudza pozytywne uczucia rodzicielskie i motywuje do zmiany zachowań niepożądanych. Wszystkie formy zwiększające przywiązanie rodziców do dziecka, zwłaszcza gdy istnieje prawdopodobieństwo jego zaburzonego rozwoju, są potrzebne tak dziecku, jak i rodzicom. Rodzice ci będą bowiem postawieni wobec znacznie trudniejszych wyzwań związanych z kontaktem i opieką nad dzieckiem i mogą napotkać przeszkody w tworzeniu się przywiązania do niego (Kościelska, 1998). Również samo dziecko z uszkodzonym układem nerwowym jest mniej zainteresowane kontaktem ze światem osób, mniej prowokuje rodziców do tego kontaktu, gorzej reaguje na kontakt przez nich inicjowany, jego zachowania społeczne są mniej rozbudowane, zróżnicowane i zintegrowane (Blacher, 1984). Można spodziewać się, że również przed urodzeniem u dziecka z zaburzeniami rozwoju układu nerwowego jego funkcjonowanie będzie zaburzo-

[35] Wyraża to m.in. Cz. Kosakowski, pisząc: „[...] to my w głównej mierze posiadamy klucz do [...] sprawności naszych dzieci" (1998, s. 32).

ne, zwłaszcza jeśli przejawia rodzaj uszkodzeń, które po urodzeniu doprowadzą do upośledzenia umysłowego.

We wszelkich programach prenatalnej stymulacji rozwoju dziecka, jako warunek pozytywnego wpływu różnych innych form stymulacji, wymienia się techniki odprężające i uspokajające, a jest to istotne szczególnie wtedy, gdy rozwój dziecka jest zagrożony (Kornas-Biela, 1988b). Relaks matki, najlepiej w towarzystwie ojca dającego jej wsparcie emocjonalne, pozwala na doświadczenie wspólnych chwil z dzieckiem i dotlenienie go. Stany rozluźnienia matki są potrzebne dziecku pozostającemu w jej łonie, przede wszystkim wtedy, gdy przeżywa ona silne stresy i niepokoje lub dziecko nie rozwija się prawidłowo. Podobnie ważny jest werbalny, dotykowy i muzyczny kontakt z dzieckiem chorym. Jest on sprawdzonym stymulatorem nie tylko rozwoju psychoruchowego dziecka, ale również umiejętności poznawczych i językowych, uczuć, sprawności w uczeniu się i ogólnego stanu zdrowia. Pomaga również samym rodzicom, poprawiając ich komunikację z dzieckiem oraz ich stan fizyczny i zdrowotny (por. Pecchenino, St. John, 1983).

Wczesna interwencja podjęta na etapie przedurodzeniowym jest pomocna nie tylko dziecku, ale i rodzicom, gdyż m.in. zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia zjawiska zwanego w literaturze „parentalplegią", tzn. silnego wpływu niepełnosprawnej kondycji dziecka na zachowania rodziców, zagubionych i zafiksowanych na własnych niedojrzałych reakcjach (Murray, Cornell, 1981), przyjmujących potem niewłaściwe postawy wobec dziecka (np. dyrektywne, kontrolujące, zaniedbujące kontakt werbalny – por. Hanzlik, Stevenson, 1986; przesiąknięte niepokojem i napięciem – por. Machova, 1984), obciążonych aktywnym udziałem w programie leczenia i terapii (Parette, Hourcade, 1983, 1985) oraz zmagających się ze zmianami zaistniałymi w życiu małżeńskim i rodzinnym (Pelletier, 1988). Jest to zgodne z przyjmowanym na terenie pedagogiki podejściem domagającym się traktowania dziecka prenatalnego jako elementu społecznej niszy ekologicznej, jaką jest rodzina, ważnego elementu w systemie wzajemnych więzi między członkami rodziny (Kornas-Biela, 1993d/2002, 1995c, 2000a).

Pomoc rodzicom od początku ich zmagań z dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością ułatwia kształtowanie właściwych postaw wobec osób niepełnosprawnych w społeczeństwie, gdyż rodzice są w nim ambasadorami interesów i potrzeb dziecka (np. Domagała-Zyśk, 2007). Wymaga to jednak przekonania ze strony profesjonalistów pracujących z rodziną co do sensowności wczesnego wspomagania dziecka i jego rodziny, odpowiednich kompetencji, umiejętności modelowania właściwych postaw wobec dziecka, zaangażowania, unikania tych czynników, które uniemożliwiają efektywne oddziaływanie (Sidor 2008). Wymaga to równocześnie zmiany stereotypów nieszczęśliwego dzieciństwa i nieszczęśliwego macierzyństwa w obu sytuacjach: niepełnosprawności (por. Zakrzewska-Manterys, 2005; Zawiślak, 2005) oraz prokreacji (np., gdy dziecko było nieplanowane, matka rozważała aborcję lub jest niepełnoletnia). Skumulowanie stereotypizacji następuje wobec dziecka prenatalnie zdiagnozowanego jako obciążonego chorobą lub wadą wrodzoną oraz

wobec matek w ciąży, które są przewlekle somatycznie lub psychicznie chore, matek z niepełnosprawnością zmysłową, ruchową a szczególnie umysłową.

Łamaniu stereotypów (tych klasycznych i tych nowych, powstałych w wyniku politycznej poprawności) może pomóc rozpoznanie ich we własnych postawach oraz ich „zniewalającej mocy", częstszy satysfakcjonujący kontakt z tymi osobami, odbieranie stereotypom piętna bezwarunkowo definiującego, co znaczy określona rzeczywistość, np. niepełnosprawność, przedurodzeniowy okres życia, ciąża, poród lub niepłodność (por. Zakrzewska-Manterys, 2005, s. 71). Pomocą może być również większa troska o semantykę, gdyż używana terminologia – kształtuje postawy wobec osób niepełnosprawnych (Błeszyńska, 1999), osób w procesie prokreacji oraz wobec prenatalnego okresu życia człowieka. Konieczna jest też zmiana praktyk prowadzących do wykluczenia społecznego (por. Nowak, 2008; Żółkowska, 2008), jak też praktyk dyskryminacyjnych stosowanych nie tylko względem osób niepełnosprawnych (Dykcik, 1996; Flanczewska-Wolny, 2007), jak: zachowanie dystansu, dewaluacja, delegitymizacja, segregacja, eksterminacja (Kowalik, 1996, s. 161-173), ale również wobec dzieci nieurodzonych oraz osób w szczególnych sytuacjach procesu prokreacji. Kwestie stereotypizacji i dyskryminacyjne, marginalizacji i stygmatyzacji powinny stanowić obszar szczególnej uwagi zarówno pedagogiki specjalnej jak i prenatalnej.

Zarówno na terenie pedagogiki specjalnej, jak i prenatalnej można dostrzec podobną tendencję odchodzenia od medycznego modelu podejścia do podejmowanych problemów i osób, którymi pedagogika się zajmuje na rzecz podejścia personalistycznego (zob. rozdziały 3.1-3; 4.5). Zarówno w pedagogice specjalnej jak i prenatalnej akcentuje się konieczność działań profilaktycznych; wczesnej diagnozy zaburzeń rozwoju oraz wczesnej interwencji; pozytywnego myślenia i rozbudzania realnych nadziei; uznania praw osoby i jej podmiotowości; biograficznego i ekosystemowego podejścia; podkreślania ważności rodziny ujmowanej jako system i wspólnota osób; zmiany pojęć, by uniknąć stygmatyzacji; dostrzegania problemów ignorowanych i nieobecnych w obszarze dotychczasowych zainteresowań pedagogiki; pomocy tym, którzy pomagają osobom w procesie prokreacji oraz osobom niepełnosprawnym – rodzicom, personelowi, profesjonalistom (Kornas-Biela, 2006b, s. 641-642; Zaorska, 2008).

Problemy seksualności osób niepełnosprawnych oraz wychowania seksualnego (np. Kirenko, 1998; Huszcz, 1999; Kościelska, 2004) zyskały już uwagę na terenie pedagogiki, natomiast zagadnienia związane z planowaną lub realizowaną przez nich prokreacją, czekają na podjęcie. Osoby niepełnosprawne zakładają rodziny (Zawiślak, 2003) i stają wobec licznych problemów dotyczących planowania rodziny, ciąży, porodu, kontaktu z dzieckiem przed i po urodzeniu oraz opieki nad nim. Część z tych osób, zwłaszcza z niepełnosprawnością intelektualną, nie zawsze zdaje sobie sprawę z problemów, jakim powinna sprostać w związku z zaistniałą prokreacją, np. z badań Zawiślak (2005) wynika, iż zarówno pełnoletnie, jak i niepełnoletnie matki z niepełnosprawnością intelektualną niewiele lub prawie w ogóle nie dostrzegają problemów lub większych trudności w pełnieniu przez siebie ról macierzyńskich, uważają się za bardzo dobre i troskliwe matki, a opieka i wychowanie dzieci to

według badanych z obu grup zajęcie proste i przyjemne. Badane odczuwają fakt bycia matką jako nobilitację i podniesienie swego prestiżu, czują się spełnione jako kobiety, a dzieci zajmują w ich życiu wyjątkowe miejsce. Są one zadowolone z życia i często polecają innym kobietom szybkie macierzyństwo.

Ze względu na ryzyko zawyżonej samooceny w zakresie wypełniania funkcji macierzyńskiej przez matki z niepełnosprawnością intelektualną (Zawiślak, 2005) i zaniechania przez nie poszukiwań pomocy w zakresie opieki nad dzieckiem – pedagogika specjalna i prenatalna stoją wobec wyzwań badawczych oraz aplikacyjnych w tym zakresie. Pedagogika prenatalna wespół z pedagogiką specjalną mogą rozwinąć refleksję nad problemami, z którymi zmierzają się osoby z różnym rodzajem niepełnosprawności w związku z realizowaniem przez nie funkcji prokreacyjnej. Mogą również wspólnie opracować stosowne programy i materiały edukacyjne, rozwinąć sieć poradnictwa i wsparcia.

Ponadto pedagogika prenatalna i specjalna mogą również współpracować w ramach pomocy rodzicom, którzy mając dziecko niepełnosprawne, napotykają na trudności w realizacji funkcji seksualnej i prokreacyjnej ze względu na stwierdzone lub domniemane ryzyko genetyczne oraz lęk przed urodzeniem następnego dziecka z problemem zdrowotnym. Lęk ten jest szczególnie silny, jeśli dziecko niepełnosprawne jest pierworodnym a ryzyko powtórzenia choroby lub wady jest obiektywnie lub subiektywnie duże. Wewnętrzny konflikt między chęcią posiadania następnego dziecka a lękiem przed obciążeniem go chorobą wrodzoną może zakłócać atmosferę emocjonalną w rodzinie, rodzić wiele napięć między małżonkami, zniechęcać ich do kontaktów seksualnych, powodować oziębłość seksualną. Chęć do współżycia seksualnego i motywację do prokreacji obniża również przepracowanie rodziców związane z opieką i rehabilitacją dziecka, a „nieodżałowany żal" z powodu jego niepełnosprawności sprzyja poczuciu, iż nie zasługują na doświadczanie satysfakcji seksualnej, a z powodu wiszącego nad nimi fatum nie mają szans na szczęśliwe rodzicielstwo.

IX. Pedagogika chrześcijańska wobec wychowania prenatalnego

Prokreacja ma ważny wymiar duchowy i religijny. Jest ona prawie we wszystkich religiach otaczana kultem boskim[36]. Cywilizacja zachodnia ostatnich dwóch stuleci

[36] Powszechna jest wiara, że dzięki prokreacji można sobie zapewnić nieśmiertelność, np. Indianie wierzyli, że człowiek może osiągnąć po śmierci niebo, jeśli na ziemi osiągnął sukces prokreacyjny w postaci spłodzenia chłopca. Zrodzenie męskiego potomka miało zapewnić wejście do nieba i wieczne tam przebywanie.

starała się wykluczyć istnienie duchowego wymiaru z życia i świadomości ludzi. Jednak właśnie wyzwania i problemy, przed jakimi staje człowiek w związku z prokreacją, szczególnie wyraźnie uzmysławiają mu duchowe aspekty życia i muszą być one docenione, jeśli chcemy optymalizować rozwój dziecka i doświadczanie rodzicielstwa. Integralne spojrzenie na rodziców to docenienie świata ich przeżyć duchowych, dostrzeżenie przestrzeni doświadczeń religijnych, które otwiera przed nimi uczestnictwo w kreowaniu nowej osoby ludzkiej. Dlatego szczególną troską powinny być objęte potrzeby duchowe rodziców oczekujących poczęcia i urodzenia dziecka.

Aspekt duchowy prokreacji podkreśla szczególnie jej unikalną wartość jako potrzeby, której realizacja ma charakter specyficznej twórczości, innej niż w zakresie różnorodnych myśli, koncepcji, wynalazków, dóbr czy przedmiotów. Umożliwia bowiem doświadczenie własnej biologicznej życiodajnej siły, zdrowia i witalności, włączenie się w nurt rodzenia życia, przekraczanie ograniczeń, zmierzenie się z własną śmiertelnością i przygodnością, nadanie życiu głębszego sensu, ukierunkowanie na wyższe wartości i osobę ludzką. Wyprowadza człowieka z własnej samotności i kieruje ku drugiemu. Stwarza okazję do niezwykłej ofiarności, poświęcenia, wyrzeczenia i heroizmu. Zaspokojenie tej potrzeby w postaci urodzenia dziecka stwarza niepowtarzalne możliwości intensywnego i niezwykle różnorodnego zaspokajania potrzeb wyższych, np. potrzeby miłości, dobra, piękna, radości, twórczości, sensu.

Duchowa warstwa potrzeby prokreacji pozwala na doświadczenie jej jako potrzeby tworzenia czegoś nowego i wartościowego – w swym duchowym pierwiastku, niezniszczalnego – jako realizację poprzez miłość i głębokie więzi najwyższych wartości. Udział w prokreacji daje doświadczenie partycypacji w mocy stwórczej Boga (a dla osób niewierzących – natury). Okres ciąży i porodu jest czasem, który szczególnie sprzyja refleksji i medytacji nad życiem, jego sensem i celem, tajemnicami ludzkiej egzystencji, procesem osobowego samourzeczywistniania się rodzica, przekraczania siebie (transgresji[37]), ubogacenia się osobą dziecka, a wrażliwość na Transcendencję usposabia do kontemplacji.

Zarówno poczęcie (pojawienie się nowego życia w rodzinie), jak i jego urodzenie powinny być traktowane jako święto rodzinne i wydarzenie o znaczeniu symbolicznym (a nie tylko jako fakt biologiczny, a zwłaszcza nie jako rezultat wypchnięcia czegoś z ciała kogoś). Narodzenie dziecka to odrodzenie, to coś, co niesie nadzieję, piękno, czystość, prostotę, kreację, co stawia nas wobec pytań ostatecznych, pytań o sens i cel życia, o uniwersalne wartości, o nieuchronność biegu i końca naszego życia. To również uświadomienie sobie własnej mocy jako osób rodzących nowe życie, odczucie żywotności własnego ciała i ducha, kreatywności o nieskoń-

[37] Pojawienie się dziecka sprzyja osobowej ekspansji rodziców, stawaniu się tym, kim jeszcze nie są, a mogą być (Peterson, 1996).

czonych granicach (dziecko będzie żyć wiecznie), inicjacji nowego okresu we własnym życiu oraz życia osoby zupełnie innej od nas i niepowtarzalnej, transformacji własnego biegu życia i doświadczenia mocy twórczej, której nie da się porównać z żadnym innym typem twórczości.

Poza tym dziecko prenatalne jako istota ludzka już wtedy jest również istotą duchową i wszystko, co przeżywa matka w tej sferze, ma wpływ na niego i kształtuje duchowość jego osoby. Intensywność i głębia przeżyć duchowych związanych z życiem „dwoje w jednym ciele", sprzyja zarówno matce, jak i dziecku oraz wzajemnej więzi rodzinnej. Z chrześcijańskiego punktu widzenia jest ono już powołane do osobowej relacji z Bogiem i przebóstwienia (Niemirowski, 2008).

1. Inspiracje dla wychowania prenatalnego

Podstawową inspiracją dla wychowania prenatalnego w nurcie personalizmu chrześcijańskiego jest fakt zaistnienia człowieka w momencie poczęcia, fakt paradoksalnie podważany w czasach, gdy postęp medycyny i technik medycznych umożliwia zbadanie genomu istoty, która powstaje z połączenia ludzkich gamet rodzicielskich. Minął czas formułowania dowodów na istnienie Boga, natomiast nadszedł czas konieczności udowadniania istnienia człowieka, tzn. jego specyfiki, istotnej różnicy między nim a zwierzęciem[38], jego początku, od którego zaczyna swój nieprzerwany, autonomiczny (samoistnie kierowany siłą wewnętrzną zwaną też „zasadą organizującą") i rozwój ukierunkowany na cel. Rozwój ten dotyczy zawsze tej samej istoty, która się dynamicznie zmienia, która jest unikatowa, niepowtarzalna, niezastępowalna od pierwszej komórki, gdyż zniszczenie jej oznaczałoby niemożność egzystencji tego oto człowieka. Jako istota ludzka jest osobą, gdyż odmówienie jej godności i praw osoby oznaczałoby dyskryminację ze względu na wiek i stopień rozwoju, w którym nie ma żadnego skoku jakościowego, uzasadniającego „od teraz..." (Casini, 2007, s. 5, 17).

Personalizm filozoficzny wykorzystuje zdobycze nauk biologicznych i medycznych, ale jest od nich niezależny. Nawet gdyby nie można było unaocznić, co dzieje się w łonie matki, to i tak przyjmowałby, iż od poczęcia mamy do czynienia z człowiekiem, gdyż z ludzkich rodziców nie może począć się nic innego, żadna forma pośrednia, jak tylko ich dziecko. Personalizm filozoficzny stanowi podstawę antropologiczną dla personalizmu pedagogicznego (Adamski, 1993, s. 9-15; Nowak, 2004, 2008b, s. 80-82). W odniesieniu do prenatalnego okresu życia ukazuje on osobowy status dziecka, przysługu-

[38] Australijski etyk P. Singer nie jest odosobniony w uznaniu niższości człowieka nieuleczalnie chorego lub ciężko niepełnosprawnego od zdrowego i pożytecznego zwierzęcia. Twierdzi on, że pies wytrenowany do prowadzenia niewidomego, może mieć większą wartość niż sam niewidomy, a wysokiej klasy komputer od ludzkiego embrionu (Casini, 2007, s. 5; Speck, 2005, s. 163-164).

jące mu prawa oraz zobowiązania innych wobec niego[39], ukazuje sens, wartość i godność istnienia i powołania każdego człowieka, a także konieczność jak najwcześniejszego jego wychowania. Osoby poczynają osobę; z osób rodzi się osoba. Niezależnie od warunków poczęcia (np. gwałt), uczestniczące w nim ciało ludzkie rodziców jest nośnikiem wartości osobowych i przekazuje je nowemu bytowi ludzkiemu – ich dziecku, które dziedziczy od nich egzystencję osoby (Chudy, 1996, s. 219).

Odrzucenie antropologii personalistycznej oraz biologiczne i zmedykalizowane podejście do okresu ciąży i prenatalnego rozwoju człowieka prowadzi do uznania braku podstaw do wychowania prenatalnego. Zasadność tegoż wychowania wymaga bowiem uznania istnienia podmiotu wychowania, a więc nie tylko akceptacji ontycznego statusu płodu ludzkiego jako człowieka i osoby, ale również uznania jego ludzkich potrzeb oraz wzrastających już przed urodzeniem kompetencji poznawczych, emocjonalnych i społecznych, jak też możliwości i znaczenia opiekuńczo-wychowawczego wpływu na niego.

Podstawą filozoficzno-pedagogiczną, na której opierają się chrześcijańskie podstawy wychowania prenatalnego, jest chrześcijański personalizm, mający swoje zakorzenienie biblijne[40]. Według niego – człowiek strukturyzuje się, otrzymując duszę i ciało w chwili łączenia się materiału genetycznego pochodzącego od rodziców, dzięki zapoczątkowaniu jego istnienia przez Stwórcę. Od poczęcia człowieka jego duch organizuje ciało, przez które się wyraża, dlatego ciało rozwijającego się prenatalnie człowieka partycypuje w jego godności osobowej i nie może być traktowane instrumentalnie, jako np. tkanka, surowiec lub materiał (np. badawczy, leczniczy). W świetle antropologii chrześcijańskiej każda osoba ludzka od poczęcia ma swoją godność. Godność osobowa jako wartość konstytuująca osobę, zawiera w sobie element transcendencji ontycznej i dlatego prawdę o niej najpełniej wyraża teologia.

Współczesna cywilizacja wynosi na piedestał prawa człowieka, natomiast eliminuje pojęcie godności ludzkiej. Z perspektywy teologii chrześcijańskiej interpretacja wyjaśniająca ostatecznie wartość osoby w świecie bytów stworzonych, odwołuje się do opisu stworzenia człowieka na „obraz i podobieństwo" Boga (Rdz 1,26-27) oraz do wielu miejsc w Biblii, w których podkreślona jest godność człowieka uczynionego jako „niewiele mniejszym od Aniołów", uwieńczonego chwałą i czcią, obdarzonego władzą nad dziełami rąk Pana (Ps 8,6-7). Pochodzenie od Boga osobowego, bycie *imago Dei*, znakiem i obrazem Osoby Boga (Niewęgłowski, 2005, s. 18; Guz, 2008)

[39] Jan Paweł II mówiąc o fundamentalnych prawach dziecka prenatalnego, wspomina też o jego prawie do leczenia: „Badania nowoczesnej biologii pozwalają żywić nadzieję, że [...] najmniejsze i najsłabsze spośród istot ludzkich będą mogły być leczone w okresie życia wewnątrzmacicznego..." (Jan Paweł II, Eksperyment w biologii. Przemówienie do uczestników Tygodnia Studiów zorganizowanego przez Papieską Akademię Nauk, 23.10.1982, *L'Osservatore Romano* (wyd. pol.) 1982, nr 10, s. 8).

[40] Fragment książki poświęcony chrześcijańskiej wizji wychowania prenatalnego, jest zmodyfikowaną wersją dwóch publikacji Kornas-Bieli (1999k, 2007a).

i Jego afirmacja dla życia (stwórcza i podtrzymująca egzystencję), Jego „ojcowskie «tak»", stanowi zasadę bycia osobą i decyduje o jej godności, przynależnej człowiekowi – niezależnie od stopnia rozwoju, stanu zdrowia, umiejętności i zasług, czy też uznania przez innych. Człowiek ma więc podstawowe prawo do uznania jego godności od poczęcia, gdyż od pierwszego momentu swojego powstania jest żywym obrazem Boga, jego pochodzenie jest boskie (od Boga pochodzi), jego życie jest święte (dane i podtrzymywane przez Boga), jego przeznaczenie jest boskie (do Boga swym życiem zmierza). Godność jest zawarta w samej istocie człowieka, należy do jego natury, jest źródłem innych przysługujących mu obiektywnych i nienaruszalnych praw (np. prawa do życia, ochrony zdrowia), stanowi podstawowe i ostateczne kryterium wartościowania i postępowania względem siebie oraz innych osób, umiejscawia człowieka w centrum wszelkich programów i oddziaływań, dlatego człowiek od poczęcia musi być traktowany jako podmiot, wartość i cel, a nie jako przedmiot oraz środek do uzyskania jakiegoś celu (Niewęgłowski, 2005).

Antropologia chrześcijańska i chrześcijański personalizm przyjmuje więc, iż z osobą ludzką od poczęcia związane jest sacrum, które wynika nie tylko z jej pochodzenia od Boga, bycia znakiem Jego obecności i śladem Jego chwały w świecie, ale też z tajemnicy Człowieczeństwa Jezusa, Jego zjednoczenia z naturą człowieka i odkupienia go oraz zaproszenia do oglądania Boga i pełnej komunii z Nim. Dzięki Wcieleniu prenatalne życie człowieka stało się drogą przyjścia Boga na świat, a tym samym zostało włączone w odwieczny plan Boga wobec człowieka. Poczęcie Jezusa i życie na ziemi, objawiając przeznaczenie człowieka ku pełni życia przekraczającego granice czasu, ukazało wielką godność człowieka (Marek, 2005).

Poprzez Wcielenie, a więc przyjęcie ciała ludzkiego z kobiety – Maryi, Bóg w najwyższym stopniu objawił godność człowieka, a tym samym niezbywalne prawa i odpowiedzialne zadania właściwe osobie ludzkiej. Przez Wcielenie Syna Bożego każdy człowiek stał się wielkim oraz została ujawniona tajemnica jego godności i godność rodzicielstwa, a zwłaszcza macierzyństwa, bowiem ze względu na obecną w nim miłość rzuca zasadnicze światło na to, kim małżonkowie są dla siebie nawzajem, na szczególne powołanie miłości małżeńskiej[41].

Zagadnienie wychowania prenatalnego nie zostało podjęte *sensu stricte* w nauczaniu Kościoła katolickiego, chociaż problematyka wychowania człowieka oraz obrony życia od jego początku była wielokrotnie podejmowana (Dziekoński, 2000). Również oficjalne dokumenty pontyfikatu Jana Pawła II nie zawierają konkretnych pouczeń w tym zakresie, ale w jego okolicznościowych wypowiedziach można znaleźć inspiracje dla odniesienia wychowania do prenatalnego okresu życia człowieka. Podkreślał on bowiem bardzo wyraźnie, że już w tym czasie, poprzez szczególną więź łączącą matkę z dzieckiem, rozwija się jego człowieczeństwo, dlatego więź ta ma charakter wychowawczy (Kornas-Biela, 1999k, s. 22-23). „Uczłowiecza-

[41] Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *O zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym Familiaris consortio*, Rzym, 22.11.1981; Kornas-Biela, 1999k, s. 13-40.

jącą" funkcję wychowania wskazał również w homilii wygłoszonej do rodzin z Braga w Portugalii (15.05.1982 r): „człowiek będąc człowiekiem od pierwszej chwili swego poczęcia w łonie matki, stopniowo uczy się być człowiekiem – i ta podstawowa wiedza utożsamia się właśnie z wychowaniem" (za: Rynio, 2007, s. 15).

Wśród wypowiedzi Jana Pawła II dotyczących wartości i godności życia ludzkiego i konieczności jego ochrony od poczęcia oraz wśród ustaleń normujących postępowanie ludzi wobec człowieka w pierwszym etapie rozwoju, można również znaleźć inspiracje dla wychowania prenatalnego. Jego nauczanie wskazuje na konieczność przyznania człowiekowi właściwości osoby ludzkiej od poczęcia oraz uwzględniania jego indywidualności jako wychowanka. Treść różnych wypowiedzi Jana Pawła II pozwala na ujęcie dziecka prenatalnego jako podmiotu (a nie przedmiotu) wychowania, ujęcie wychowawcy jako osoby wspomagającej rozwój wychowanka i wchodzącej z nim w dialog oraz ujęcie wychowania jako formacji w kierunku integralnego osobowego i chrześcijańskiego rozwoju dziecka. Dziecko będąc „we wnętrzu" matki, jest jednocześnie istotą od niej odrębną, o w pełni autonomicznej, kształtującej się osobowości, stąd dzięki oddziaływaniu najbliższych może się rozwijać zgodnie z niepowtarzalnym i jedynym planem swojego życia[42].

Chrześcijańskie podejście do dziecka prenatalnego nie tylko akceptuje jego ontyczny status jako człowieka i osoby, dowartościowuje jego godność, autonomię, niepowtarzalność i jedyność, ale też uznaje go za podmiot wychowania, a więc rozpoznaje jego ludzkie potrzeby (miłości, bezpieczeństwa, szacunku i akceptacji) i rozwijające się już przed urodzeniem kompetencje oraz docenia ważność prenatalnej fazy życia. Takie podejście do życia człowieka ujmuje je jako integralną całość i wtedy oczywisty staje się fakt, że jego pierwszym środowiskiem, w tym też o charakterze społecznym, a więc i opiekuńczo-wychowawczym jest łono matki, a matka – pierwszą wychowawczynią.

Fakt, że dziecko jest podatne na oddziaływanie wychowawcze, wynika z genetycznie zaprogramowanej energii do rozwoju i radzenia sobie z tym, co mu zagraża. To wszystko, co dzieje się z dzieckiem przed urodzeniem, co wpływa na niego, jest jego osobistym doświadczeniem i uczeniem się, które go zmienia. Dzięki własnej sile życia uczy się nieustannie czegoś ze zdarzeń, które niesie życie w łonie. Dziecko przed urodzeniem nie tylko uczy się i zapamiętuje, tworzy nawyki i preferencje, ale jest też podatne na oddziaływania wychowawcze, których wpływ zależy od częstotliwości i jakości oraz nasycenia emocjonalnego więzi z najbliższymi osobami.

Chrześcijańscy rodzice są przekonani o możliwości i znaczeniu ich wychowawczej roli od poczęcia dziecka; przyjmują odpowiedzialność za proces wychowania i doświadczenia wychowanka; poszukują możliwości zdobycia wiedzy i kompetencji w zakresie rozpoznania sytuacji i zadań wychowawczych w tym okresie, zastosowa-

[42] Jan Paweł II, *Homilia*, Les Combes, 16.07.1995; Kornas-Biela, 1999k, s. 22-24; por. też: Rynio, 2004.

nia form oddziaływania i komunikacji z dzieckiem prenatalnym (podjęcia konkretnych starań o podniesienie jakości życia fizycznego i psychicznego dziecka); dokonują refleksji nad przebiegiem wychowania, dokształcania się i wzbogacania swoich wychowawczych kompetencji; doceniają pozytywne walory wychowawczego wpływu osoby dziecka jako wychowanka na siebie jako osobę rodzica.

Wychowanie prenatalne, jak każde wychowanie, ma ostatecznie na celu doskonalenie człowieka jako osoby, aby mógł osiągać coraz pełniejsze zjednoczenie z Bogiem. Uzasadniając potrzebę wychowania prenatalnego z punktu widzenia chrześcijańskiego, można sparafrazować zdanie R. Guardiniego: „Jeśli istnieje Bóg żywy, to istnieje on także w wychowaniu prenatalnym" (Guardini, 1991).

2. Zaproszenie dziecka na świat

Pierwszy kontakt osób bliskich z dzieckiem może dotyczyć nie tylko dziecka poczętego, ale może jeszcze przed jego poczęciem być odniesiony do ich myśli i planów związanych z jego istnieniem. Przyszłych rodziców i dziadków chrześcijańskich można odnieść do tekstu Księgi Jeremiasza, gdzie czytamy: „Zanim ukształtowałem cię w łonie matki, znałem cię, nim przyszedłeś na świat, poświęciłem cię" (Jr 1,5). Bogu byliśmy znani pierwej, niż można było rozpoznać nasze zaistnienie i Jego błogosławieństwo czuwało nad nami. To do mającego się począć dziecka mówi Bóg, że go zna i poświęca. Rodzice mogą więc odnieść się do Boga i Jego woli powołania ich dziecka do życia. Jeśli bowiem ich dziecko ma zaistnieć na ziemi, to znaczy istnieje już ono w Bogu, zostało objęte Jego myślą i miłością oraz odkupieńczą ofiarą Chrystusa, a Bóg, który istnieje poza kategorią czasu, jest już jego Ojcem. Człowiek najpierw urodził się w planach Boga, zanim Ten ukształtował go w łonie matki.

Pragnienie osób bliskich dotyczące poczęcia dziecka odnosi się do „jakiegoś" dziecka, co do którego mogą mieć oczekiwania względem płci, cech wyglądu, zdolności, sposobu realizacji w świecie, ale nie mogą one objąć „całego" dziecka i urealnić się poprzez poczęcie. Ono dokonuje się poza świadomością i wolą rodziców. Tylko Bóg chce człowieka takim, jakim on się konkretnie poczyna, tylko On chce człowieka takim, jakim jest i kim może się stać, wychowując się w określonym kontekście historyczno-geograficznym i w tej a nie innej rodzinie. Nie tylko więc dziecko stanie się darem Boga dla rodziców, ale też rodzice są takim darem dla niego.

Chrześcijańscy rodzice i inne osoby z rodziny jeszcze przed poczęciem dziecka mają więc możliwość umiłowania jego obecności w Sercu Boga. Bóg, który jest Miłością, stwarza każde nowe życie z miłości do konkretnego człowieka i na podobieństwo Siebie czyli Miłości. Dlatego też stosunek do dziecka jeszcze przed jego poczęciem, nie może być inny jak tylko miłosny. Dziecko bowiem pocznie się z miłości Boga do niego i będzie stanowiło odbicie Jego miłości. Rodzice są zaproszeni do odkrycia prawdy, że to dzięki miłości Boga do dziecka ono w ogóle zaistnieje, a dzięki miłości Boga do nich zostaną nim obdarzeni.

Chrześcijańscy rodzice mogą modlić się o dar, jakim jest dziecko. Wyrażają w ten sposób wiarę w to, że przez swoje psychofizyczne zespolenie stwarzają jedynie warunki do powstania nowego życia, natomiast to Bóg jest jego Dawcą. On to życie wzbudza. To Jego wola stwarza życie dziecka przy ich pomocy. Rodzice są więc współpracownikami Boga, który powierza ich opiece i miłości swój nowy „obraz i podobieństwo". Prosząc o dziecko, proszą o ucieleśnienie Bożego ducha i o uduchowienie tego, co może zaistnieć z połączenia dwóch komórek ich ciała. Miłość Boga jako dar (*agape*) znajdzie najpierw odbicie w miłości małżonków do siebie, a potem we wzbudzeniu nowego życia. Każda kobieta, użyczając małżonkowi swego ciała, toruje również Bogu drogę do urzeczywistnienia się Jego stwórczej miłości w jej ciele i może za matką machabejską, wołać: „Nie wiem, w jaki sposób znaleźliście się w moim łonie, nie ja dałam wam tchnienie i życie..." (2 Mch 7,22-23). Bóg ucieleśni swój stwórczy zamiar dzięki oddaniu przez matkę swego ciała do dyspozycji Jego woli i mocy.

Dziecko – dar Boży i Jego podobieństwo, jest godne tego, by przygotować się na jego przyjście poprzez modlitwę i Eucharystię. Ona to jest Miłością ucieleśnioną. W Ciele eucharystycznym przyszli rodzice doświadczają Boga – Stwórcy ich dziecka. Obcowanie z Bogiem poprzez „Ciało i Krew" pozwala małżonkom przywrzeć do ich dziecka, które jest w Bogu. Takim stosunkiem do mającego się począć dziecka rodzice stwarzają odpowiedni klimat uczuciowy do jego pojawienia się, a potem do wzrostu. Dziecko będzie zaproszone, chociaż czasem nieplanowane i nieoczekiwane na tym etapie życia rodziców.

3. Dziecko darem do wychowania przez rodziców

Bardzo ważnym podejściem w chrześcijańskim wychowaniu prenatalnym dziecka jest traktowanie go w kategorii daru. Każde dziecko jest dla swoich rodziców darem jako dzieło samego Boga, gdyż poprzez zjednoczenie miłosne jedynie oni stworzyli możliwość zaistnienia życia, natomiast o samym poczęciu i powstaniu człowieka jako istoty fizyczno-psychiczno-społeczno-duchowej zdecydował sam Bóg. Matka chrześcijańska uznaje, że to Bóg aktem stwórczym powołał człowieka do życia, a ona jest „naczyniem", w którym Bóg umieszcza dziecko, jak „zlewa się mleko", w którym dziecko rośnie, jak „zsiada się ser" (Hiob, 10); matka jest jakby „krosnem", które Bóg używa, aby „utkać" nowego człowieka; jest ziemią, w której głębi Bóg człowieka kształtuje (Ps 139,13) i „układa członki" (2 Mch7, 22).

Dzięki uczestnictwu miłosnej woli Boga w fizycznym akcie poczęcia, powstaje człowiek jako Boże stworzenie, jako istota odzwierciedlająca, Kim Bóg jest. Każde poczynające się dziecko, dzięki tchnieniu Boga, nabywa podobieństwa do Niego samego. To On tworzy człowieka, każdego osobno, na swój obraz. Dziecko poczęte jest Jego obrazem i podobieństwem, ma udział w Boskim życiu, stąd jego nadprzyrodzona wartość i godność. Bóg istniejący poza kategorią czasu, każde poczynające się dziecko nosił od zawsze w swoim Sercu, by ofiarować go konkretnym rodzicom. Jest ono Jego darem za ich dar z siebie, stanowi odbicie ich miłości, trwały znak ich

jedności. Dziecko jest więc darem, który wypływa z miłosnego daru rodziców, dlatego powinno być przyjęte jako dar, który poprzez wychowanie zostanie przygotowany, by samo zostało darem dla innych[43].

Dziecko jest największym darem Boga dla człowieka, ponieważ jest jedynym darem osobowym. Jest osobowym darem Osobowego Boga dla bliskich osób: rodziców, rodzeństwa, dziadków, krewnych. Nie ma wspanialszej darowizny dla człowieka, jak otrzymać od Boga dziecko, i nie ma wspanialszego „upominku", jaki mogą otrzymać rodzice niepłodni, jeśli przyjmują dziecko adoptowane jako dar od Boga, przekazany im pośrednio przez biologicznych rodziców dziecka.

Świadomość Boskiego i ludzkiego pochodzenia człowieka wzywa rodziców do odpowiedzialnego rodzicielstwa już od jego poczęcia (por. Guz, 2008, s. 91). Otrzymując od Boga dar życia swego dziecka, małżonkowie otrzymują jednocześnie dar nowej odpowiedzialności. Osobowy dar otrzymany od samego Boga jest dla rodziców ogromnym zobowiązaniem, by go nie zmarnować i uszanować wielkość tego daru na miarę osoby, jej praw, stworzyć możliwości rozwoju tkwiących w niej potencjalności i realizacji jej powołania życiowego. Dar ten stawia przed rodzicami wielkie i odpowiedzialne zadania wychowawcze. Jest on bowiem objawem ufności Boga w ich otwartość serca na przyjęcie daru i „pomnożenie" jego potencjału. Poczęcie dziecka jest sygnałem, że Bóg powierzył im swój największy skarb, że ma do nich zaufanie, iż poprzez opiekę, pielęgnację, wychowanie i edukację pomogą mu kształtować się w kierunku celu ostatecznego osoby, ku pełni życia, którą człowiek ma z Boga i którą osiągnie w Bogu.

Troską rodziców powinno więc być przygotowanie swojego serca na przyjęcie każdego dziecka, aby od pierwszych chwil zaistnienia w łonie matki otaczała go atmosfera akceptacji, bezpieczeństwa i bezwarunkowej miłości. Wymaga to nieraz heroizmu, poświęcenia się dla wspomagania rozwoju dziecka od poczęcia, ale ze względu na jego Boskie pochodzenie i przeznaczenie do wieczności ma ono prawo, aby rodzice nie skąpili mu daru z siebie (Kornas-Biela, 2008c).

4. Dar dwurodzicielstwa

Jedność małżonków, która zapoczątkowała życie dziecka, urzeczywistnia się w nim, dlatego są oni wspólnie za nie odpowiedzialni[44]. Płodność miłości małżeńskiej i rodzicielskiej nie ogranicza się do fizycznego aspektu życia dziecka, do stworzenia warunków, by mogło się począć i urodzić, ale poszerza się o ubogacanie go darami natury psychicznej, moralnej, duchowej i nadprzyrodzonej[45], i to od początku jego zaistnienia.

[43] Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym, 25.03.1995, n. 92.

[44] Jan Paweł II, *List do Rodzin*, Rzym, 02.02.1994, n. 12.

[45] Jan Paweł II, Adhortacja apostolska *O zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym Familiaris consortio*, Rzym, 22.11.1981, n. 28.

Wychowywać – znaczy rodzić człowieka, tak jak rodzić go, znaczy wychowywać. Rodzenie i wychowanie to dwa wielkie wymiary rodzicielstwa, w których przenika się wzajemnie to, co cielesne i to, co duchowe, a także to, co macierzyńskie i to, co ojcowskie. Całościowo rozumiane wychowanie nowego człowieka wymaga dwoistego wkładu rodzicielskiego: macierzyńskiego i ojcowskiego. Biblijna rodzina z Nazaretu jest tego przykładem, bowiem w niej Jezus wzrastał zarówno przy Matce, jak też przy ziemskim ojcu – Jego opiekunie.

Jednocześnie, we wspólnym z małżonkiem rodzicielstwie kobieta ma większy udział, gdyż rodzi fizycznie i psychicznie dziecko oraz w pewnym sensie „rodzi ojca". Wkład macierzyński jest bowiem decydujący nie tylko dla budowania podstaw osobowości dziecka, ale też mężczyzny, który od kobiety-matki uczy się ojcostwa. Więź, która w niej kształtuje się pod wpływem zmian hormonalnych i intymnego kontaktu z dzieckiem przed urodzeniem, u mężczyzny tworzy się poprzez kontakt z kobietą i dzieckiem, o ile ona umożliwi mu ten kontakt. Od chwili poczęcia dziecka, w macierzyństwie kobiety mężczyzna znajduje wyraz i potwierdzenie swego ojcostwa. Dla cywilizacji miłości jest sprawą zasadniczą, ażeby mężczyzna czuł się obdarzony macierzyństwem kobiety, swojej żony, aby ona wychowywała go do odpowiedzialnego ojcostwa, do wielkoduszności w przyjęciu poczętego pod jej sercem życia, do troskliwości o nie oraz do miłosnego, zróżnicowanego w formach kontaktu z dzieckiem.

Kobieta jest nie tylko wychowawczynią dziecka prenatalnego, ale też w pewnym stopniu wychowawczynią jego ojca. Macierzyństwo jest więc posługą wychowawczą wobec dzieci, jak również wobec siebie jako kobiety-matki oraz wobec mężczyzny jako ojca. Jeśli kobieta podejmie trud zaproszenia męża do swojego macierzyństwa, obdarzenia go nim, on także może zaangażować swoją męskość i swoje prenatalne ojcostwo w ochronę i ubogacenie jej macierzyństwa. Skorzystają na tym nie tylko oboje małżonkowie, ale też ich dziecko[46].

„Opieka nad dzieciństwem" stanowi element „aktualnego sposobu pojmowania «służby człowiekowi»"[47]. Odpowiedzialność za tę służbę, za rozwój i wychowanie dziecka jest inna dla macierzyństwa i ojcostwa[48]. Macierzyństwo jest misją szczególnej odpowiedzialności i służby życiu. Rola matki jest w tym pierwszym okresie życia człowieka niezastąpiona i pierwszoplanowa. Biofizyczny wymiar macierzyństwa wynikający ze ścisłego powiązania matki z dzieckiem, wyciska podstawowe znamię na całym procesie uczłowieczenia potomstwa, a w aspekcie ontyczno-bytowym oznacza bardzo doniosłą twórczość kobiety, od której w zasadniczej

[46] *List do Rodzin*, n. 16; Kornas-Biela, 1999k, s. 20-21, 23.

[47] Jan Paweł II, „Osoba, nie wiedza jest miarą i kryterium wszelkiego działania ludzkiego". Przemówienie do uczestników 81 Kongresu Włoskiego Towarzystwa Interny i 82 Kongresu Włoskiego Towarzystwa Chirurgii Ogólnej, 27.10.1980, w: *Jan Paweł II, Nauczanie papieskie III*, 1980 (lipiec – grudzień). Poznań–Warszawa, Pallotinum, 1986, s. 534-537.

[48] Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, n. 14.

mierze zależy człowieczeństwo nowej istoty ludzkiej. Dzięki jej pierwotnym biologiczno-psychicznym relacjom z dzieckiem oraz szczególnemu otwarciu na niego, jako nową osobę, zapewnia ona poczucie bezpieczeństwa i miłości, które jest podstawą pod budowanie osobistej tożsamości dziecka, nabywanie przez niego umiejętności nawiązywania zdrowych i owocnych relacji z innymi w przyszłości, w tym również z Bogiem.

Uzmysłowienie sobie swej roli prowadzi kobietę do odkrycia, że to jej zostało powierzone to, co najcenniejsze – ludzkie życie. Na mocy swej macierzyńskiej misji staje się ona strażniczką życia i jego pierwszą wychowawczynią. Jej wkład w budowanie i formowanie podstaw nowej osobowości ludzkiej jest nie do przecenienia. Znaczenie prenatalnego macierzyństwa uwydatnia się poprzez jego owoce. Konsekwencje oddziaływań matki na dziecko prenatalne są długofalowe, decydują w dużym stopniu o całym jego życiu. Są to bowiem odniesienia pierwotne, pierwsze, a więc najważniejsze.

5. Dziecko darem wychowawczym dla rodziców

Podstawowym czynnikiem w budowaniu jedności – komunii – rodziny jest wymiana wychowawcza między rodzicami i dziećmi, w której każdy daje i otrzymuje. W chrześcijańskim ujęciu rodzicielstwo jest miejscem prawdziwej wymiany darów. Rodzicielstwo to nie tylko poświęcenie i ofiara, obdarzanie dziecka coraz dojrzalszym człowieczeństwem (Kornas-Biela, 2008c), ale też okazja do wzajemnej wymiany tego, co ma się najlepszego. Dziecko poprzez fakt swojego zaistnienia oddaje siebie rodzicom[49], przez co ma swój szczególny i niezastąpiony wkład w życie każdego rodzica i całej rodziny. Ważne jest, aby rodzice zachowali zawsze tę żywą świadomość daru, który stale otrzymują w swoich dzieciach[50].

Zwykle otrzymanie daru to uśmiech losu, ubogacenie. Otrzymanie daru, jakim jest nowy człowiek, i to od samego Boga, jest czymś tak uroczystym i ważnym, a „prezent" czymś tak wyjątkowym i drogocennym, iż nie wyobrażamy sobie braku wdzięczności. Jednak nie zawsze rodzice są nastawieni na poczęcie dziecka. Czasem nie planują go, a pomimo to pojawia się ono na świecie. Nie jest to łatwa sytuacja, by docenić szczodrobliwość i hojność Boga, by zaufać Darczyńcy, jak Maryja potwierdzić: „niech mi się stanie według twego słowa" (Łk 1,38), wyrażając gotowość do daru z samej siebie w bezwarunkowym przyjęciu nowego życia i służeniu mu. Jednak właśnie przywołanie obrazu Boga jako dobrego Ojca i zawierzenie Jego Mądrości może pomóc w potraktowaniu dziecka jako daru.

Wysiłek, by pomimo trudności sytuacji dostrzec w dziecku odbicie Boga i Jego obecności w ich życiu, może pomóc rodzicom w zaakceptowaniu poczęcia dziecka.

[49] *List do Rodzin*, n. 11.

[50] Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, n. 21.

Żyje już ono bowiem wtedy nie tylko w łonie matki, ale także żyje zanurzone w Bogu, Którego pieczy podlega wszystko, co istnieje. Poprzez dziecko sam Bóg przychodzi w gościnę do ich domu. Czyniąc miejsce dla dziecka, „nie wiedząc, jakby aniołom dali gościnę" (Hrb 13,2). Jeśli dziecko jest nieplanowane, chore lub niepełnosprawne, bywa ono trudnym darem do odebrania, ale mogą oni mieć ufność, że Ofiarodawca jest zawsze dostępny i pomocny, by dar mógł przez nich zostać odczytany jako wyraz Jego miłości. Trzeba czasu i wysiłku, by zrozumieć znaczenie tego daru, pokochać go oraz doświadczyć, jak wiele wniósł w ich życie, jak bardzo pomogło im stać się bardziej dojrzałymi i lepszymi ludźmi, jak wiele innych darów otrzymali wraz z dzieckiem.

Jakim szczęściem jest obdarowanie rodziców dzieckiem przez Boga, obrazuje dramat tych, którzy mają problemy z poczęciem dziecka lub którzy kiedyś ten dar odrzucili. Dla zdecydowanej większości rodziców pokonanie trudności z akceptacją poczęcia dziecka i przyjęcie go bez warunków z pełnym zaufaniem w Opatrzność Boga nad ich wspólnym życiem, jest czynnikiem rozwoju bardziej dojrzałych form funkcjonowania, integracji wewnętrznej i nadania głębszego sensu własnemu życiu.

Uzmysłowienie sobie faktu, że to nie tylko dziecko jest dla rodziców darem i rozwojowym wyzwaniem, ale też rodzice i najbliżsi są darem dla dziecka, zastępują mu już wtedy Boga na ziemi, budzi odpowiedzialność, m.in. za to, by ich miłość była dla dziecka odbiciem miłości samego Boga. Tak wielkie zadanie może stanowić mobilizację do pracy nad sobą, by swoim stosunkiem do dziecka prenatalnego oraz względem siebie nawzajem prezentowali mu prawdziwy obraz Boga – Boga, który kocha, akceptuje bezwarunkowo i troszczy się nieustannie.

W okresie prenatalnym obraz Boga może być przekazywany dziecku pośrednio poprzez postawę rodziców na wzór postawy Boga wobec każdego człowieka. Ta wielka miłość Boga do każdego człowieka, zwłaszcza najmniejszego i bezbronnego, jest inspiracją do służby poczętemu życiu, ubogacając je tak cennymi owocami miłości rodzicielskiej, jak np. bezinteresowność i duch ofiary, usłużność, dobroć i stałość, zabezpieczanie potrzeb i podtrzymywanie przy życiu, troska o dobro dziecka, myślenie o nim i komunikacja z nim, różne formy dialogu, czułość[51].

Można by powiedzieć, że rodzice najlepiej zabezpieczą prawidłowy rozwój dziecka, jeśli swoim zachowaniem i stosunkiem do dziecka będą starali się naśladować Boga, który jest dla nas Ojcem i kocha nas na miarę swej niepojętej i nieskończonej miłości (bardziej niż matka ludzka: „A nawet gdyby ona zapomniała, Ja nie zapomnę o tobie" – Iz 49,15). Ze względu na wielkie zadania wychowawcze rodzice muszą uczyć się swego rodzicielstwa od samego Boga. Aby wychowywać, trzeba samemu być wychowanym i nieustannie wychowywać się. Samowychowanie jest dla chrześcijańskich rodziców najważniejszym wyzwaniem rozwojowym (Kornas-Biela, 2008c).

[51] Por. Adhortacja apostolska *Familiaris consortio*, n. 14, 36.

Poczęcie dziecka jest darem rozwojowym dla rodziców, i to nie tylko dlatego, że poprzez swój rozwój i swoją osobę będzie ono wnosiło w ich życie różne dary, ale też jest darem inicjującym ich rozwój osobisty. Dziecko prenatalne przez swoją kruchość i bezbronność wyzwala w rodzicach najlepsze energie uczuciowe i duchowe. Dzięki dziecku rodzice mają okazję poznać i na nowo uczyć się tego, co znaczy być człowiekiem. Nie tylko bowiem rodzice obdarzają go swoim człowieczeństwem, ale i ono obdarza ich świeżością i nowością swego człowieczeństwa[52]. Zaistnienie dziecka, rozwiązywanie niezliczonych problemów w związku z ciążą, porodem i wychowaniem, jest dla nich szansą na funkcjonowanie na coraz wyższym poziomie dojrzałości psychicznej.

Uczestniczenie w sposób świadomy i czynny w rozwoju nowego człowieka i zapewnianie mu już w pre- i perinatalnym okresie odżywczego uczuciowo środowiska życia, stanowi dla rodziców specyficzną „szkołę miłości" i stwarza szczególną szansę ich psychoseksualnego i psychospołecznego rozwoju. Pojawienie się dziecka w ich życiu jest też szansą dojrzewania duchowego, które „polega na przechodzeniu od *życia–dla–siebie* do *życia–dla–innych*". Mogą bowiem wtedy w szczególny sposób doświaczyć, iż dla człowieka „istnieć prawdziwie",to uczestniczyć, być razem i to nie tyle z kimś, ale „w kimś innym", co dokonuje się poprzez darowanie siebie, poświęcenie swego „ja" (Zawada, 2000, s. 50).

Oczywiście łatwiej o rozwojowy i wychowawczy charakter obecności dziecka w łonie oraz jego rodzenia się i pierwszych kontaktów po urodzeniu, jeśli rodzice potrafią otoczyć dziecko miłością, gdy nie jest ono traktowane jako ciężar, brzemię, dopust Boży, ale jako ktoś, dzięki komu są oni w stanie błogosławionym. Dziecko jest wtedy źródłem radości, inicjuje proces osobowego rozwoju rodzica, przekraczania siebie (transgresji[53]), ubogacenia się tym, co wnosi w jego życie osoba dziecka, pogłębienia wizji siebie i sensu życia. Obecnie coraz więcej rodziców chce doświadczać okres ciąży nie jako trudne brzemię, ale jako czas nieporównywalnych z niczym, pozytywnych doświadczeń życiowych, jako stan błogosławiony, czyli szczęśliwy (w którym w sposób szczególny rozbrzmiewa w ich sercu *Magnificat*). Doświadczenia prokreacyjne, pomimo wielu związanych z nimi trudności, są traktowane jako źródło dodatnich przeżyć, silnych i różnorodnych uczuć, dostarczających, głębokich radości i wzruszeń.

Jednym z rozwojowych wymiarów poczęcia dziecka stanowi fakt, iż dla rodziców jest to wezwanie do wdzięczności dla Dawcy życia oraz cieszenia się wraz z dzieckiem darem życia podarowanego już na wieczność. Biblijnym przykładem radości kobiety z daru powierzonego jej życia jest Maryja śpiewająca *Magnificat*

[52] *List do Rodzin*, n. 16.

[53] Poczęcie a potem urodzenie dziecka sprzyja osobowemu rozwojowi rodziców, stawaniu się tym, kim mogą być, inicjacji niezwykle ważnego etapu ich życia i wiążących się z nim ról, zadań i wyzwań; zmaganiu się na granicy życia i śmierci w imię życia najbliższej istoty; doświadczeniu sytuacji granicznych w najbardziej metafizycznym sensie.

(Łk 1,46-56) oraz inne niewiasty, dziękujące Bogu za dar życia dziecka (np. Anna za Samuela, 1 Sm 2,26), jak też pośrednio sam Jezus, gdy rozradował się w Duchu Świętym (Łk 10,21).

Nastrój panujący w ewangelicznym opisie Nawiedzenia daje nam przykład radości z daru macierzyństwa. Pozdrowienie Elżbiety odnosi się do każdej kobiety brzemiennej, noszącej człowieka jako owoc swojego łona oraz początek nowego życia[54]. Kobieta brzemienna może czuć się „radosną w nadziei", gdyż otrzymała dar, który jest szczególnym rodzajem błogosławieństwa. Owoc jej łona jest święty. Biblia wielokrotnie wspomina, iż łono i jego owoc są błogosławione (np. Łk 1,42; 11,27; Pwt 7,13). Może więc jak Maryja śpiewać hymn radości, cieszyć się dzieckiem, jak cieszyła się Ona, której duch radował się w Bogu, Jej Zbawcy, tzn. w Jezusie, który począł się w Jej łonie (Łk 1,47; por. Mt 1,21). Z głębi tajemnicy, którą kobieta nosi pod sercem, mogą rodzić się słowa hymnu, gdyż jej także Wszechmocny „uczynił wielkie rzeczy". Poczęcie dziecka dla kobiety staje się okazją do pełnego radości uniesienia nad wszechmocą i dobrocią Boga. Dla człowieka płciowość, prokreacja i rodzicielstwo są nie tylko „miejscem", do którego trzeba Boga zapraszać, ale przede wszystkim „miejscem", w którym trzeba Go odkryć, miejscem obecności Jego miłości (Kornas-Biela, 2009b).

Zwłaszcza dla matki jej psychofizyczne zjednoczenie z dzieckiem prenatalnym jest szczególną szansą osobistego rozwoju, gdyż wyostrza jej ogólną wrażliwość na potrzeby człowieka, jej intuicję i empatię, jej zdolność pochylenia się nad tym, co słabe, bezbronne, zależne. Uwrażliwia ją również na wartości serca, rozwija jej zdolność do obdarowywania sobą i postawę solidarności wobec ludzkich dramatów, uczy ją okazywania miłosierdzia, dobroci i czułości oraz ulżenia tym, którzy cierpią, kształtuje umiejętność odpowiadania miłością na przemoc. Poprzez ten jedyny sposób obcowania kobiety z dzieckiem, który jest charakterystyczny dla prenatalnego okresu jego rozwoju, rozwija się jej osobowość oraz dyspozycja umożliwiająca zwrócenie się na potrzeby konkretnego człowieka, przyjęcia go i miłowania.

Wczesne macierzyństwo jest doświadczeniem obcowania z tajemnicą życia, które dojrzewa w łonie kobiety – ukryte, nierozpoznane, maleńkie, a jednak odczytane i pokochane przez tę, która robi dla niego miejsce w swoim własnym wnętrzu i sercu, szanując jego inność i odrębność. Dzięki temu sama matka wychowuje siebie i innych do szacunku wobec każdego człowieka, niezależnie od kryteriów wieku, zdrowia, przydatności, urody[55]. Prenatalne macierzyństwo jest sposobem rozkwitu kobiecej osobowości, tak jak prenatalne ojcostwo dla mężczyzny jest okazją duchowej i moralnej formacji, praktyką miłości świętej i uświęcającej, jest drogą świętości i apostolatu[56].

[54] Pozdrowienie Elżbiety odnosi się również – chociaż w innym sensie – do każdego ojcostwa.
[55] Encyklika *Evangelium vitae*, n. 99.
[56] Kornas-Biela, 1999k, s. 20.

Towarzyszenie dziecku od poczęcia jest rozwojowe dla każdej osoby w rodzinie (również dla jego rodzeństwa, dziadków) i dostarcza radości z dokonującego się wtedy własnego rozwoju, zmiany swego stosunku do własnego dzieciństwa. Wchodzimy bowiem nie tylko w przestrzeń nowych doświadczeń psychicznych i społecznych, ale też metafizycznych, duchowych. Uczestnictwo w kreowaniu nowej osoby ludzkiej poprzez więź z nią niezmiernie ubogaca wnętrze człowieka.

Wychowanie do bycia bezinteresownym darem dla innych i do szacunku dla życia jako daru Boga opiera się na zaufaniu do matki, która daje życie[57]. Tego zaufania nie można narażać na szwank, dlatego w chrześcijańskim spojrzeniu na prokreację tak ważny jest szacunek dla prenatalnego rodzicielstwa i dla człowieka od poczęcia. Jeśli myślimy poważnie o przyszłości świata, trzeba myśleć o wychowaniu nowych pokoleń, a to nie jest możliwe, jeśli nie będziemy myśleli z szacunkiem i nie staniemy z troską i miłością przy każdej parze prenatalnych rodziców. Rodzice, a zwłaszcza matka, jako wychowawca dziecka, w chrześcijańskim podejściu do człowieka otoczona jest czcią i wdzięcznością (Kornas-Biela, 1999k).

6. Wychowawczy wymiar komunikacji prenatalnej

W okresie prenatalnego rozwoju kształtuje się nie tylko organizm dziecka, ale też całe jego człowieczeństwo. Od poczęcia w łonie matki rozpoczyna się historia każdego człowieka. A jest to historia nieustannych kontaktów z drugim człowiekiem. Osoba matki w okresie ciąży i osoba dziecka w jej łonie nie są dla siebie samych – ale każde jest dla drugiego. Społeczny charakter życia prenatalnego jest możliwy dzięki stałej i bardzo bliskiej relacji dziecka z matką. Prenatalne środowisko wychowawcze cechuje bowiem interakcyjny, dynamiczny charakter zachodzących w nim złożonych procesów, sytuacji, sekwencji zachowań i oddziaływań dorosłych wobec dziecka i siebie, które w różnorodny, odmienny dla każdego sposób, stymulują uczestników tego środowiska.

Pozostawanie w tej wspólnocie ma charakter wychowawczy dla każdego z jej członków, gdyż każda z tych osób jest dla drugiej znacząca i to, co się dzieje między nimi, jest istotne dla osobistego rozwoju każdej z nich. Oczywiście nie wszystkie zdarzenia w obrębie relacji interpersonalnej matka-dziecko prenatalne mają intencjonalnie charakter wychowawczy, a nawet przeciwnie, jest ich stosunkowo mało, natomiast z natury rzeczy relacja ta stwarza nieustanną sytuację wychowawczą, bo wszystko sprzyja rozwojowi lub go zaburza. Matka służąc dziecku swoim ciałem, jednocześnie zapewnia mu opiekę i miłość oraz pierwszy dialog ze światem, przez co przyczynia się do jego harmonijnego, psychofizycznego rozwoju w tym okresie życia, jak też zapewnia dobry początek, gdy rodzi go na świat. Jego cały dalszy

[57] Encyklika *Evangelium vitae*, n. 92.

rozwój zależy bowiem od tego, jak bardzo matka użycza mu swego ciała i ducha, jak bardzo symbioza z jej ciałem nie jest li tylko fizyczna, lecz także umożliwia nawiązanie komunikacji ze światem społecznym.

Ze względu na ciągłość procesu wychowania, również do okresu prenatalnego należy odnieść model podmiotowości obojga partnerów interakcji wychowawczej. Oznacza to faktycznie przyjęcie modelu dwupodmiotowości. Każdy z partnerów jest odrębny od drugiego, a ich wspólne działanie tworzy sytuację interakcji. Dwupodmiotowość wychowania prenatalnego nie oznacza oczywiście partnerstwa we wspólnocie działania rozumianego jako równość pod każdym względem. Każdy z partnerów jest równy w godności osobowej, ale różny pod wieloma innymi względami, i to głównie dorosły wychowuje dziecko, chociaż niewątpliwie sam przez to jest również wychowywany.

Kontakt dziecka ze światem osób odbywa się poprzez szczególną więź łączącą rodziców z dzieckiem, która w ujęciu chrześcijańskim ma charakter wychowawczy[58]. Dziecko, będące owocem „komunijnego" zjednoczenia małżonków, jednocześnie tę „komunię" pogłębia, samo będąc w „komunijnej" więzi ze swoją matką. Więź między rodzicami przeniknięta jest tym, co stanowi samą istotę „komunii", bo przecież nie ma silniejszej „komunii", jak między matką i dzieckiem noszonym w jej łonie[59]. Tworzenie więzi jest procesem, który zależy od wielu czynników (np. Kornas-Biela, 1992c, 2008b[60]).

Na jakość więzi prenatalnej ma również swoisty wpływ samo dziecko, przez to, że odpowiada na sygnały płynące od matki, a przez nią – ze środowiska społecznego. Biblijnym przykładem takiej obopólnej więzi może być radosne poruszenie się Jana Chrzciciela w łonie swej matki Elżbiety, gdy ta, będąc u szczytu radości z powodu daru macierzyństwa swej krewnej Maryi, rozpływała się w błogosławieństwach dla Pana (Łk 1,41-45). Jan wyraźnie zareagował na radość matki z pozdrowienia Maryi i poruszył się „z radości", co znaczy, iż odpowiedział tym samym stanem emocjonalnym, jaki przeżywała jego matka. Swoim zachowaniem zareagował na kontekst społeczny otoczenia swojej matki. Jest to niewątpliwie scena, która uzmysławia nam ważność osobowego kontekstu, w jakim żyje matka, gdyż – ze względu na ścisły związek między nią a dzieckiem – matka nastraja swymi emocjami dziecko, które natychmiast towarzyszy jej w przeżyciach. Istotnie, transmisja (neurohormonalna, psychiczna) stanu emocjonalnego matki jest bardzo szybka. Silne emocje matki okazują się od razu doświadczeniem dziecka i sposobem komunikowania mu, jaki jest otaczający matkę świat (Masakowski, 1997).

[58] Kornas-Biela, 1999.

[59] *List do Rodzin*, n. 7.

[60] Kornas-Biela, Referat „Prenatalna diagnoza o niepomyślnym stanie zdrowia dziecka a kształtowanie się więzi rodziców z nim". W: *Konferencja nt.: Problemy diagnostyki rehabilitacji i rozwoju dziecka niepełnosprawnego. Streszczenia prac.* 22-24.09.2008. Lublin, Polska Akademia Nauk, Oddział w Lublinie, s. 65-66.

To przekonanie o wpływie stanów psychicznych matki na rozwój dziecka utrzymywało się przez wieki i jest obecnie potwierdzane poprzez wyniki badań empirycznych. Rozwój technik medycznych (np. ultrasonografii) pozwala coraz wyraźniej udokumentować fakt, iż dziecko w łonie jest istotą odbierającą bodźce ze środowiska fizycznego i osobowego, reagującą na nie i czującą, a emocjonalny stan matki ma wpływ na jego samopoczucie i zachowanie. Psychologia prenatalna zwróciła uwagę na to, że dziecko w łonie matki może przeżywać szereg sytuacji dyskomfortowych, napięcia, niepokój, a jego żywotne potrzeby psychiczne (np. bezpieczeństwa, akceptacji, szacunku) mogą być niezaspokojone. Ponadto rozliczne badania ukazują długofalowy wpływ działania różnych czynników stymulujących i optymalizujących oraz utrudniających i zaburzających rozwój dziecka przed urodzeniem (w tym też czynników o charakterze psychogennym) oraz ich rozległe skutki (Kornas-Biela, 1997c, 1999i). Podatność dziecka prenatalnego na wpływy ze strony środowiska matki, jego wzrastające kompetencje do odbioru i reagowania na bodźce zewnętrzne (zmysłowe i emocjonalne) oraz coraz większe możliwości kontaktu społecznego, dają podstawy pod możliwość oddziaływań opiekuńczo-wychowawczych przed urodzeniem.

Biblijne spotkanie dwóch brzemiennych kobiet ilustruje również w sposób bardzo wyraźny bezwzględną pewność co do osobowego statusu ich prenatalnych dzieci. Nie miały one takich wątpliwości, jakie są formułowane obecnie, po dwóch tysiącach lat, że to dziecko a nie płód lub ciąża porusza się w łonie matki i że jest ono zdolne do odbioru uczuć oraz reagowania na nie. Elżbieta wyraziła przekonanie co do swojego emocjonalnego wpływu na dziecko i jego umiejętności adekwatnego towarzyszenia jej w przeżyciach. Potrafiła też odczytać znaczenie ruchów dziecka, zinterpretować je jako ruchy „z radości". Obie matki wykazały radość ze stanu brzemienności, a ich prenatalne dzieci były przez nie błogosławione. Obie były dla siebie wsparciem i miały świadomość, że już są matkami (Elżbieta nazwała Maryję „Matką mojego Pana", a nie „przyszłą matką", czy „matką oczekującą dziecka", jak to dziś formułuje się, odbierając tym samym dziecku prenatalnemu status osoby). Sceny Zwiastowania oraz Nawiedzenia są pełne znaczącej treści i są wyrazem korzystnej postawy wobec dziecka prenatalnego i siebie jako jego rodziców.

7. Wychowanie prenatalne wychowaniem religijnym

Ponieważ „istnienie, zapoczątkowujące i urealniające osobę jako byt, swymi przejawami odnosi człowieka do wszystkich osób, a więc do ludzi i Boga" (Gogacz, 1997a, s. 27), wychowanie prenatalne, skupione na kształtowaniu osoby dziecka, obejmuje zarówno jego sferę zmysłową, poznawczą, emocjonalną, wolicjonalną, jak i duchową. Już wtedy więc można mówić o wychowaniu religijnym (czyli uzdalnianiu do wchodzenia w relację z Bogiem). Szczególnym sposobem otwarcia człowieka na Transcendencję jest komunikacja prenatalna oraz życie sa-

kramentalne matki, życie Bogiem. Interpersonalne relacje matki z dzieckiem nie tylko umożliwiają mu rozwój jego osobowych właściwości, tak potrzebnych później, by mogło wejść w osobowy kontakt z Bogiem, ale już teraz podprowadzają go pod „źródło wody żywej" (J 7,37), stwarzają dziecku klimat do duchowego rozwoju. Życie sakramentalne i zażyła relacja z Bogiem tworzy niejako „klimat «pragnienia» chrztu, dostarcza tlenu duchowego na spotkanie z Nim w sakramencie chrztu" (Nowak, 2005, s. 51-53).

Wychowanie prenatalne skupione na integralnym kształtowaniu osoby dziecka obejmuje prenatalne wychowanie religijne, jako tworzenie osobowych podwalin uzdalniających dziecko do wchodzenia w relację z Bogiem. Komunikacja prenatalna jest dla dziecka i rodziców szczególnym „miejscem" otwarcia na Transcendencję. Mogą mieć oni świadomość, że już od poczęcia kształtują osobę, która będzie żyła wiecznie, współmieszkańca nieba, dziedzica Królestwa Niebieskiego, wieczysty dar Syna dla Ojca. Poprzez poczęcie ich dziecka „Bóg dotknął ziemi", tchnął Siebie w „pył" i powołał go do istnienia jako kogoś dla siebie, „na Nasz obraz, podobnego Nam" (Rdz 1, 26). Jako akt Boga wiecznego i objawiającego się jako więź Trzech, nosi ono w sobie naturę nieskończoną i skierowaną „ku". Rozpoznanie przez rodziców tej „Bożej genealogii" ich dziecka pozwala im dostrzec „cud" bycia obdarowanym (por. Zawada, 2000, s. 47-51; 2002, s. 307-310).

Dla rodziców chrześcijańskich szczególnie ważnymi formami prenatalnej komunikacji z dzieckiem, która ma charakter pierwocin wychowania religijnego, jest:

– medytacja nad tekstami Biblii, zwłaszcza tymi, które dotyczą wartości życia ludzkiego, jego pochodzenia od Boga i przeznaczenia dla Niego, pierwotnego powołania do przedstawiania sobą obrazu Boga (Niewęgłowski, 2005; Guz, 2008, s. 91), powołania jako człowieka i jako konkretnej osoby (Derdziuk, 2008b; Kornas-Biela, 2008c), stosunku dorosłego do dziecka, tajemnicy Wcielenia, Nawiedzenia i Narodzenia Jezusa oraz Jana Chrzciciela, życia rodziny nazaretańskiej;

– kontemplacja tajemnicy dziecka poczętego, które jest obrazem i domem Boga (tajemnicy podobieństwa i zamieszkania) i adorowanie Boga jako obecnego w dziecku; miłosna uwaga kierowana do Niego wśród codziennych spraw w aktach uwielbienia i dziękczynienia (Zawada, 2002, s. 48-52, 307-310) zatroskania i prośby. Podobnie pomocą może być kontemplacja tajemnicy Maryi w Biblii i na przestrzeni dziejów zbawienia (por. Mokrzycki, 2007);

– medytacyjne odmawianie różańca;

– modlenie się za dziecko i z dzieckiem, przedstawianie je Bogu; przedstawianie Bogu siebie jako rodzica, swoich rodzicielskich trosk i radości na tym etapie życia dziecka;

– podejmowanie czynów pokutnych i czynów miłosierdzia w intencji dziecka;

– pielgrzymowanie wraz z dzieckiem do miejsc świętych oraz odwiedzanie kościołów, szczególnie tych, które są pod wezwaniem Świętej Rodziny, Matki Bożej, świętych patronów;

– włączanie dziecka w przeżycie Eucharystii;

– śpiew liturgiczny i częste śpiewanie religijnych pieśni (C. de Meester, 1998, s. 35);

– uwielbianie Boga, np. przez psalmy i inne teksty Biblii, jak *Magnificat* lub *Benedictus* za Jego dary, w tym również za dar, jakim jest dziecko;

– jak najczęstsze błogosławienie dziecku;

– umożliwianie częstego błogosławieństwa kapłańskiego dla dziecka;

– przez swoje własne zaangażowanie, włączanie dziecka w życie Kościoła jako mistycznego Ciała Chrystusa, którego matka i jej bliscy są członkami.

Teksty szczególnie przydatne do rozważań to fragmenty z Biblii, jak np.:

– ze Starego Testamentu: Rdz 1,28; 22; 30; Jer 1,5; Iz 44,1-2,24; 49,15; 66,10-13; PnP 4,12; Psalmy: 8,2; 71,1-6; 113,9; 127,3-5; 139,1-18;

– z Nowego Testamentu: Mt 10,15; 19,14; 25,40; Mk 9,36-37; 10,14-16; Łk 9,46-48; 18,15-17; J 16,21; Tm 4,4-5; 1Kor 6,19-20; Hbr 2,14; 10,5; Flp 4,4-5; Ef 2,11.

Przykładem publikacji przeznaczonej dla rodziców w przygotowaniu się do urodzenia dziecka na podstawie medytacji biblijnych może być np. książka Graham i Kelso (2005) lub odwołujący się do chrześcijańskiej perspektywy poradnik Bullivant (2004).

Większość tych form religijnego oddziaływania na dziecko, a jednocześnie włączania jego osoby w swój osobisty kontakt z Bogiem, jest dostępna i polecana nie tylko matce, ale też ojcu, rodzeństwu, dziadkom, bliskim. Wszystkie te formy religijnej czci, przeżywane wraz z osobą dziecka, grają wielką rolę w kształtowaniu więzi z nim. Poprzez swoje pozytywne uczucia do dziecka i włączanie go w swój kontakt z Bogiem, bliscy kształtują w nim „pozytywną orientację emocjonalną", prazaufanie do ludzi i Boga, pełen pokoju, radości i otwartości stosunek do świata. Komunikacja prenatalna pomaga dziecku w płaszczyźnie duchowej, gdyż jest szczególnym „miejscem" otwarcia człowieka na Transcendencję, uzdalnia dziecko do wchodzenia już po urodzeniu w bezpośredni kontakt z Bogiem (Nowak, 2005, s. 114-115). Jest ona, poprzez osobistę relację matki z Bogiem – „bramą Boga do człowieka" i rodzeniem „ludzi Bogu dla życia wiecznego", pośrednictwem w Boskiej płodności (por. Zawada, 2004, s. 110-111).

Religijne formy kontaktu z dzieckiem oraz doświadczania przełomów prokreacyjnych oprócz wymiaru duchowego i nadprzyrodzonego mają również ważny wymiar psychologiczny, gdyż dzięki nim rodzice wierzący osiągają poczucie własnej wartości (która osadzona jest na obrazie i podobieństwie do Boga, na godności dziecka Boga i dziedzica Jego dóbr), koherencji (zgodności życia z wyznawaną wiarą), poczuciem większej kontroli nad przyszłością (z uwzględnieniem perspektywy wieczności), jej przewidywalności (wpływu na swój los poprzez modlitwę i wypełnianie Woli Bożej). Mają oni szansę na bardziej pozytywny stosunek do zdarzeń losowych, mniejszy niepokój o przyszłość (zaufanie do Boga, do Jego ojcowskiej opieki i wszechmocy), wzmacniają swoje osobiste zasoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, osiągając dostęp do wsparcia ze strony Boga i innych członków wspólnoty religijnej (por. Siegel i in., 2001).

Religijna perspektywa pomaga rodzicom w uchwyceniu sensu życia, co jest szczególnie ważne w sytuacjach trudnych, np. niepłodności, powikłań procesu prokreacji lub kiedy rodzi się dziecko niepełnosprawne. Chociaż nie rozumieją, „dlaczego ich to spotkało", i pytanie to pozostanie tajemnicą, to jednak wierzą, iż to, co im się wydarza nie jest przypadkiem ani bezmyślnym losem, gdyż nad ich życiem czuwa troskliwy i kochający Bóg, ma więc głębsze, ukryte znaczenie, nie są w tym sami, a ich dziecko chore lub niepełnosprawne ma szczególne prawo do miłości Boga.

8. Czym prenatalne wychowanie chrześcijańskie nie jest

Publikacje oraz praktyki kontaktu z dzieckiem prenatalnym oparte o antropologię chrześcijańską są odmienne od tych, bazujących na koncepcji człowieka wziętej z gnozy, ruchu *New Age*, religii Dalekiego Wschodu i okultyzmu, a wpisane w nurt „czwartej siły" w psychologii – psychologii transpersonalnej, zwanej też Ruchem Ludzkiego Potencjału (zob. np. Groothuis, 1992; Dobroczyński, 1997, 1999, 2000, 2008; Gentili, 1997; Kilpatrick, 1997; Posacki, 1998; Stachowski, 1999). Ruch ten przyjmuje, iż rozwój człowieka przebiega według określonego wzorca: od poziomu prepersonalnego, przez personalny, do transpersonalnego oraz przyznaje znaczenie doświadczeniom z obszaru okołoporodowego, które w postaci matryc warunkują, a nawet determinują życie człowieka dorosłego.

Coraz bardziej modne i powszechne stają się różne formy prenatalnej komunikacji, rozumianej jako „duchowa", ale nie „religijna"; metody oddziaływania „duchowego" na dziecko prenatalne poprzez komunikację „pola energetycznego", „przestrzeni aktywnej" lub „aury" matki na dziecko, wysyłanie dziecku „dobrej energii" (np. dla matek autorstwa Church, 2004). Proponowane rodzicom metody wykorzystują zmodyfikowane praktyki religii buddyjskiej (Gsell i in., 1999) i hinduskiej, techniki bioenergetyczne (oddziaływania pola bioenergii organizmu matki na dziecko, przepływu jej przez kanały – meridiany lub czachrany), techniki wprowadzania w zmienione stany świadomości (np. oddychanie holotropowe – Grof, 1998, 2000), metodę rebirthingu, ideomotorycznej komunikacji (ciała oraz podświadomości matki i dziecka – Cheek, 1975, 1992), hipnotyczną wizualizację, czasem z użyciem wahadełka[61] (np. Cheek, 1988, s. 196-197), tzw. *primal therapy* (Turner, Turner-Groot, 1998, 2007).

[61] Psycholodzy i terapeuci transpersonalni rozwinęli bogate spectrum bioenergetycznych sposobów komunikacji z dzieckiem. Jednym z nich jest porozumiewanie się za pomocą wahadełka – matka w głębokim relaksie i stanie autohipnozy wchodzi w kontakt w dzieckiem i trzymając wahadełko nad brzuchem, rozmawia z nim. W czasie dialogu zadaje mu różne pytania, np. co do jego samopoczucia, emocji, chęci zmiany diety, woli pozostania przy życiu. W myśl założeń transpersonalnych – dziecko odpowiada matce za pomocą poruszeń wahadełka: twierdząco (ruchem od i do), przecząco (ruchem w prawo i lewo) lub ruchem kolistym, gdy jest niezdecydowane (np. Cheek, 1988, s. 196-197).

W podejściu zwanym transpersonalnym (zob. np. Drury, 1995) dziecko poczęte jest ujmowane jako ekspresja uprzednio istniejącej duchowo-mentalno-psychologicznej jedności, która odnalazła możliwość powrotu do cielesnej formy, mając doświadczenia już wielokrotnego życia na ziemi. Ma ono, zdaniem zwolenników tego podejścia, umiejętności intuicyjnego myślenia, dokonywania wyborów, współodczuwania, pamięci – i to nawet na poziomie komórek rozrodczych oraz w pierwszym okresie rozwoju zarodkowego. Dziecku przypisuje się zdolność decyzji co do tego, czy ma dojść do poczęcia i wyboru rodziców, czy będzie ono chciało kontynuować rozwój prenatalny i przejść przez doświadczenie rodzenia się, czy też nie.

Podejście transpersonalne uznaje możliwość telepatycznego porozumiewania się między matką i dzieckiem przed urodzeniem. Prenatalna śmierć dziecka skutkująca samoistnym poronieniem lub martwym urodzeniem, jak też spowodowana decyzją matki (aborcją), byłaby więc wynikiem uprzedniej decyzji dziecka, które oceniło sytuację jako niekorzystną dla siebie i pragnęło powrócić na ziemię w innym czasie i w innej sytuacji (Dougherty, 1990). Jeśli warunki rozwoju nie są dla niego sprzyjające, może ono podjąć decyzję o swoim odejściu i podsunąć matce myśl o aborcji, przyczynić się do poronienia, śmierci wewnątrzmacicznej lub śmierci w trakcie rodzenia się (Cheek, 1988, s. 196-197; Donant, 1989; Kornas-Biela, 2009c).

Aborcja jest więc w tym podejściu traktowana jako rezultat nieświadomego dialogu między psychiką matki a dziecka. Pojawienie się w umyśle matki pomysłu rozwiązania ciąży poprzez aborcję jest więc traktowane jako objaw zaimplantowania w jej psychikę samodestrukcyjnych myśli dziecka. Świadomość dziecka i matki są bowiem połączone i dochodzi między nimi do wymiany treści psychicznych (poza strukturą układu nerwowego). Dziecku przypisywana jest decyzja o własnym unicestwieniu. Może ono czynić to z różnych powodów, dla których nie chce żyć lub nie może żyć, np. „takie jest jego przeznaczenie" w ramach przechodzenia przez kolejne formy życia w ramach reinkarnacyjnego cyklu wcieleń (matka nie rozumie, czemu, ale „coś" skłania ją do usunięcia dziecka). Dlatego matka jest zwolniona z poczucia winy za spowodowanie śmierci dziecka – przeciwnie, może liczyć na zrozumienie jej trudnej sytuacji i na współczucie ze strony dziecka, na empatyczny gest dziecka wycofania się z jej życia, by go sobą nie komplikować.

Dla lepszego samopoczucia radzi się matce porozmawiać z dzieckiem, wytłumaczyć mu swoją decyzję o aborcji, przeprosić go i dać mu możliwość przekazania jej przyzwolenia („jestem gotowy do odejścia"), a potem pożegnania się z nim. Łzy, które się pojawiają, są traktowane jako naturalna reakcja na pożegnanie, jako oczyszczenie ze złych energii, które powinny być usunięte, by nie zalegały i nie zaburzały funkcjonowania[62] (Kornas-Biela, 2009c).

[62] Jako przykład preabortywnej autoterapii może służyć fragment z podręcznika do wychowania seksualnego, opublikowanego w Polsce, autorstwa Sabine Schwabenthan i Vivian Weigert, pt. *Dziewczęta. Poradnik dla nastolatek*, gdzie na stronie 122 czytamy: „Pożegnanie z dzieckiem": „dziewczyna powinna zatroszczyć się o to, by nikt jej nie przeszkadzał, położyć się odprężona

Zdaniem terapeutów stosujących komunikację prenatalną z dzieckiem w celu uzyskania od niego zgody na śmierć (np. pogodzenia się z tym, że „wraca do Światła" oraz zrozumienia, że – niechciane – nie ma szans na szczęśliwe życie lub takie jest jego przeznaczenie), oddziaływanie to pozwala matce na przeżycie smutku i żalu przed aborcją, zamiast po niej, a więc wcześniejsze dokończenie procesu zdrowienia. Sukces terapii (brak objawów zespołu poaborcyjnego) tłumaczą oni tym, że matka zostaje zwolniona z poczucia winy przez samo dziecko, które nie tylko rozumie jej desperację, ale nawet wyraża współczucie wobec niej, a swoją miłość do matki poświadcza poprzez zgodę na aborcję.

Zdaniem terapeutów nurtu transpersonalnego, dzięki swoistej komunikacji matki z dzieckiem prenatalnym, aborcja nie jest potencjalną tragedią, ale przeżyciem rozwojowym, doświadczeniem przez matkę współ-czującej miłości jej dziecka. Dziecko prenatalne jawi się jako zdolne przyjąć pozycję empatycznego i współczującego sojusznika matki, będącej w sytuacji życiowej trudnej dla niej oraz rolę decydenta co do swojego dalszego losu. Takie rozumienie prenatalnej komunikacji nie jest oczywiście komunikacją o charakterze wychowawczym, a tym bardziej nie mieści się w duchu chrześcijańskim.

Podejście transpersonalne zachęca rodziców do rozwoju duchowości dziecka za pomocą praktyk, które zakładają, że dziecko i przed, i po poczęciu partycypuje w jedności człowieka z wszechświatem i bogiem, który jest rozumiany jako bóg każdej religii, jako „prajednia bytu" (panteizm). W tej konwencji coraz bardziej popularyzowane są sesje rebirthingu, regresingu, oczyszczania energetycznego, terapii traum nabytych w okresie prenatalnym oraz w poprzednich pokoleniach i wcieleniach, które związane są z transpersonalną koncepcją człowieka i technikami parapsychologii, psychotroniki oraz magii.

na podłodze, nawiązać kontakt z dzieckiem, powiedzieć mu wszystko, co czuje – miłość i złość. Powinna wyjaśnić mu, dlaczego go nie może urodzić, potem pożegnać się. Dziewczyna może być bardzo wzruszona i płakać. Nie należy bać się tego. Świadomość pewnych uczuć pomoże je rozwiązać" (1994).

Rozdział siódmy

Interdyscyplinarny charakter pedagogiki prenatalnej

„Cóż wiesz o pięknem ?..."
...„Kształtem jest Miłości" –
Cyprian Kamil Norwid

Istota ludzka przez całe życie pozostaje w różnych powiązaniach z tym, czego człowiek doświadczył wcześniej, stąd troska o jej rozwój musi mieć charakter interdyscyplinarny. Dlatego niektóre nauki są blisko związane ze sobą, by od poczęcia wspomagać rozwój człowieka i prowadzić szeroko zakrojoną edukację społeczną w tym zakresie. Szczególnie ścisła współpraca w obszarze prokreacji ludzkiej i pierwszego okresu rozwoju człowieka dotyczy niektórych dyscyplin pedagogicznych, psychologicznych, medycznych (zwłaszcza zaangażowanych w praktyczne zastosowanie wiedzy medycznej), dyscyplin biologicznych, humanistycznych oraz filozoficznych. Ze względu na postęp naukowy jest to jednak ciągle zmieniający się obszar powiązań między nimi[1], który w miarę rozwoju tych nauk staje się coraz bardziej złożoną siecią wzajemnych zależności i współpracy.

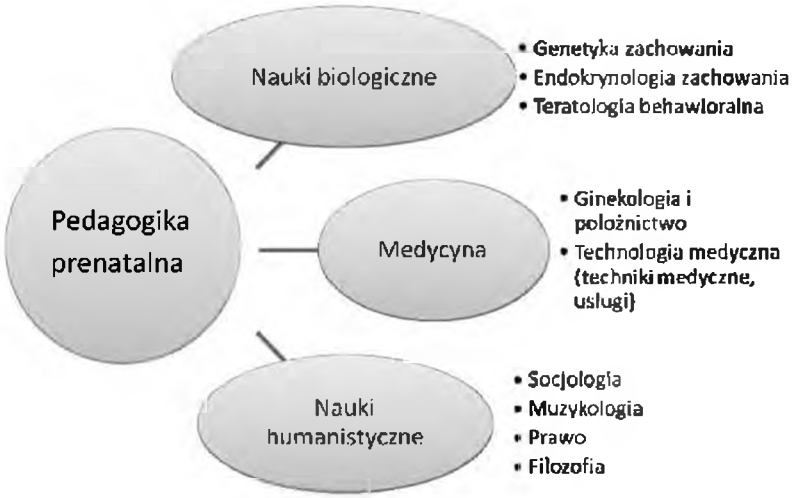
Niewątpliwą cechą wyłaniającej się pedagogiki prenatalnej jest jej interdyscyplinarność. Znajduje to wyraz w istniejących organizacjach omówionych w tej książce. Na konieczność jej współpracy z innymi naukami zwrócono, m.in. uwagę w czasie Kongresu zorganizowanego przez ISPPPM w Moskwie (23-25.11.2003, „The Fourth All-Russia Congress for Perinatal Psychology, Psychotherapy and Perinatology"). Postulowano tam przygotowanie przez Ministerstwo Edukacji w Rosji specjalnych programów obejmujących zagadnienia związane z pedagogiką rodziny oraz edukacją prenatalną i dostosowanych do różnych typów szkół. Podobnie w ramach Kongresu „The Prenatal Experience. Within Neurosciences, Medicine, Psychology and Education", który odbył się 24-25.05.2008 w Parmie, akcentowano konieczność przygotowania różnych programów edukacyjnych w zakresie szeroko rozumianej edukacji prenatalnej (w tym również do szkół).

Charakterystyka interdyscyplinarnego charakteru pedagogiki prenatalnej jest kolejną próbą udzielenia odpowiedzi na postawione we „Wprowadzeniu" pytanie

[1] Por., np. Turos (1999, s. 260) w odniesieniu do andragogiki przyznaje, że wielostronne związki tej nauki z innymi naukami społecznymi, przyrodniczymi i matemarycznymi wciąż się zmieniają i rozwijają. Tym bardziej odnosi się to do wyłaniającej się pedagogiki prenatalnej.

o zasadność wyłonienia pedagogiki prenatalnej jako nowej dyscypliny pedagogicznej oraz ukazanie szansy, jaką daje jej wyodrębnienie.

Obecny rozdział ukazuje możliwe formy współpracy między wyłaniającą się pedagogiką prenatalną a psychologią oraz innymi, pozapedagogicznymi naukami (zob. rysunek 4). Przedstawione tu dyscypliny zostały wybrane, celem ilustracji interdyscyplinarnego charakteru pedagogiki prenatalnej. Ona sama jednak nie jest kompilacją problemów podejmowanych w ich obszarze. Przeciwnie – pedagogika prenatalna ma swój własny przedmiot zainteresowania, jakim jest opieka i wychowanie dziecka prenatalnego oraz edukacja prenatalna, chociaż i dziecko i człowiek w procesie prokreacji przynależy do obszaru rzeczywistości ludzkiej, którym zajmuje się wiele nauk (por. Nowak, 1990, s. 73, 78-79; Kunowski, 2004, rodz. V.; Śliwerski, 2006b).



Rysunek 4. Pedagogika prenatalna a inne dziedziny nauki i dyscypliny naukowe

1. Współpraca pedagogiki prenatalnej z dyscyplinami psychologicznymi

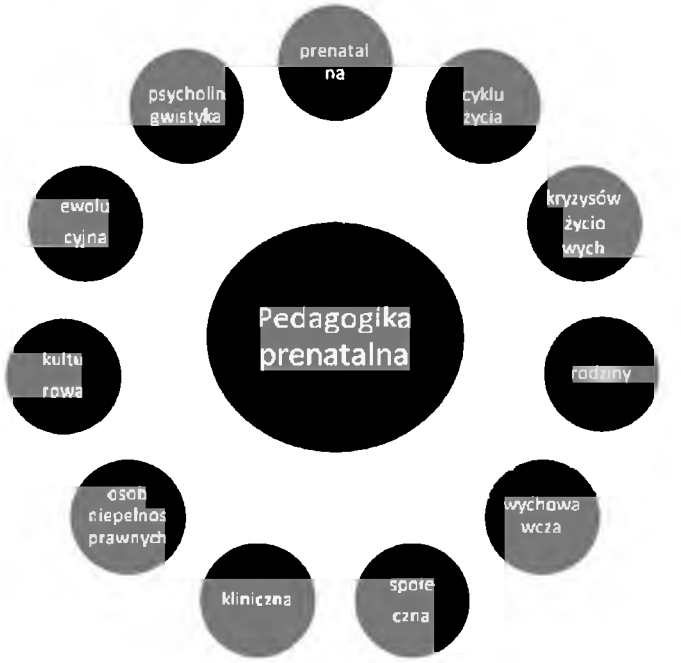
Psychologia i pedagogika jako nauki bardzo bliskie sobie, zwłaszcza w praktycznej działalności profesjonalistów obu dziedzin[2], rozwijają się pod wpływem tych samych czynników kulturowo-społecznych, jak też wzajemnie wpływają na siebie, wyodrębniając podobne dyscypliny, np. pedagogika i psychologia ogólna, zdrowia,

[2] Trudno być dobrym pedagogiem, nie będąc dobrym psychologiem, jak też trudno być dobrym psychologiem, nie będąc dobrym pedagogiem (prof. Z. Sękowska – wykłady w KUL).

rodziny, społeczna, resocjalizacyjna. Najbliższą ze wszystkich nauk jest dla pedagogiki prenatalnej współpraca z różnymi działami psychologii, np. z psychologią ogólną, fizjologiczną, rozwojową, psychologią wychowania (wychowawczą, pedagogiczną), kliniczną, ewolucyjną, ekologiczną, kulturową, psycholingwistyką, psychologią zwierząt, przede wszystkim z psychologią prenatalną, prokreacji oraz rodziny i zdrowia.

Przedstawiona w tym rozdziale charakterystyka możliwych form współpracy między obu tymi naukami (zob. rysunek 5.), stanowi tylko krótkie ich zobrazowanie i nie wyczerpuje problemu relacji między nimi (por. Nowak, 1990, s. 76). Osadzona ona zostanie na zasygnalizowaniu nowych trendów w psychologii, które skłaniają do wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej i współpracy z nią.

Podstawowym punktem oparcia dla pedagogiki prenatalnej, rozumianej jako teoria wychowania rozwojowego w okresie prenatalnym oraz teoria edukacji prenatalnej, pozostają nauki psychologiczne, a zwłaszcza psychologia rozwoju i psychologia prenatalna, gdyż dostarczają ona najwięcej wiedzy o wczesnym rozwoju psychicznym człowieka, najwcześniejszych warunkach kształtowania się jego osobowości oraz relacjach z innymi, o więzi międzyludzkiej i funkcjonowaniu sfery prokreacyjnej. Oczywiście dla pedagogiki prenatalnej niewystarczające jest bazowanie na wiedzy psychopedagogicznej, ponieważ musi się ona odnieść do świata wartości, do duchowego wymiaru życia, gdyż one decydują o celach wychowania.



Rysunek 5. Pedagogika prenatalna a dyscypliny psychologiczne

1. Nowe trendy w psychologii

Psychologia cyklu życia

Jedną ze specjalności psychologii bliską pedagogice jest psychologia rozwoju, gdyż obie nauki interesują zmiany ludzkiego zachowania: uniwersalne (powszechne, odnoszące się do wszystkich), charakterystyczne dla danej grupy (kohorty) oraz indywidualne. Podstawowe pytania dotyczą tego, co się rozwija (jakie struktury i funkcje), dlaczego się rozwija (jakie są czynniki rozwoju?), jak się rozwija (jakie mechanizmy rozwoju?) i po co się rozwija (ku czemu zmierza? jakie są efekty rozwoju).

W ostatnich kilkudziesięciu latach z powodzeniem stosuje się w psychologii podejście rozwojowe, tzn. rozpatrywanie procesów i zjawisk psychicznych w kontekście całego życia człowieka, ich zmienności w czasie, przemian jakim podlegają, ich genezy i źródła (Buhler, 1999; Brzezińska, Trempała, 2000; Straś-Romanowska, 2001). Psychologia rozpatruje więc rozwój człowieka jako długotrwały, całożyciowy proces, który rozpoczyna się od zapłodnienia komórki jajowej a kończy śmiercią. Poszczególne, charakterystyczne dla danego okresu zmiany rozwojowe są ważne w tym właśnie okresie, w którym występują, stanowiąc punkt wyjścia dla dalszego rozwoju (Kielar-Turska, 2000, s. 331). Jednocześnie, rozumienie ontogenezy jako obejmującej całe życie jednostki, wymaga modyfikacji pojęcia „rozwoju", które nie odnosi się jedynie do wzrostu, postępu, dojrzewania i doskonalenia, ale też różnorodnego rodzaju adaptacji do zmieniających się z wiekiem warunków i wymagań życia oraz aktywnego współdziałania z nimi (Baltes, Lindenberger, Staudinger, 2006).

Pojawienie się psychologii rozwoju w ciągu życia zwanej też psychologią rozwoju człowieka w pełnym cyklu życia (*life-span developmental psychology*) pozwoliło rozpatrywać życie jednostki ludzkiej jako specyficzny proces rozwojowy, charakteryzujący się jednocześnie uniwersalnością i odmiennością. Zmiany występujące przed okresem dorastania jako rozwojowa konieczność, jako zasada życia, stają się później warunkiem wykorzystywania przez jednostkę szans, stwarzanych przez kolejne zdarzenia życiowe, losowe, bądź będące realizacją zadań rozwojowych i wybranych przez nią celów (Kielar-Turska, 2000, s. 287, 331). W wyniku podejścia do życia jako procesu rozwojowego od poczęcia do śmierci, powstała na terenie psychologii psychologia prenatalna i gerontologiczna. Wraz z propozycją wyłonienia pedagogiki prenatalnej obie dyscypliny psychologiczne znajdują swoje odpowiedniki na terenie pedagogiki.

Psychologia prenatalna

Rozwój nauk biologicznych a także osiągnięcia medycyny dotyczące wiedzy o dziecku przed urodzeniem i prokreacji doprowadziły do powstania psychologii prenatalnej (Kornas-Biela, 2002a, 2007e, f, 2009a), nauki najbliższej pedagogice prenatalnej (Kornas-Biela, 2007d). Psychologia prenatalna jest pierwszą nauką po-

mocniczą dla pedagogiki prenatalnej i obie są tak ściśle ze sobą złączone, że można by używać nazwy – psychopedagogika prenatalna. Ogólnie można powiedzieć, że pedagog prenatalny w porównaniu z psychologiem prenatalnym nie ograniczy się do poznania i zrozumienia zjawisk psychicznych, oceny ich prawidłowości, ale pójdzie o krok dalej – zajmie postawę oceniającą ze względu na przyjęte cele opieki i wychowania, wysunie postulaty i wskazania, jak być powinno, wskaże sposoby modyfikacji.

Psychologia prenatalna, dynamicznie rozwijając się dzięki jej powiązaniom interdyscyplinarnym, zwłaszcza z naukami biologicznymi i medycznymi oraz pedagogicznymi, przyczynia się do wypracowywania podstaw pod teorię uczenia się prenatalnego, więzi i relacji społecznych, komunikacji prenatalnej, różnych form oddziaływania rodziców na dziecko celem optymalizacji jego rozwoju. Psychologia prenatalna, ukazując wzrastające kompetencje zmysłowe i poznawcze dziecka, jego reakcje emocjonalne i zachowania społeczne[3], inspiruje pedagogikę do wychowawczego wkroczenia w rozwój psychiki człowieka wtedy, gdy tworzą się jej podwaliny. Spełnia ona ogromną rolę w budzeniu świadomości społecznej. Podkreśla ważność znaczenia prenatalnego okresu życia dla całości jego przebiegu oraz wagę zdobywanych kompetencji przez dziecko prenatalne, które umożliwiają mu komunikację z otoczeniem społecznym.

Możliwość obserwacji i badań, za pomocą coraz to bardziej precyzyjnych technik medycznych, zachowań i stanów behawioralnych dziecka prenatalnego otworzyło również nowe pola dla wczesnej diagnozy i terapii oraz dla komunikacji i wpływu wychowawczego. Podejmowane przez rodziców oddziaływania na dziecko prenatalne mogą mieć charakter tego, co na gruncie pedagogiki określa się jako „edukację rozwijającą", „kształceniem dla rozwoju" i „wspieraniem podmiotowego rozwoju dziecka", gdyż już wtedy konstruuje ono swoją wiedzę o świecie w wyniku nowych doświadczeń zgodnie z zasadami asymilacji i akomodacji (por. Klus-Stańska, Szymański, Szymański, 2003, s. 91), a więc może być podmiotem wczesnej edukacji, jeśliby rozszerzyć jej dotychczasowy zakres (por. Klus-Stańska, Suświłło, 1998; Klus-Stańska, Szatan, Bronk, 2006).

Pedagogika prenatalna korzysta również z dorobku psychologii różnic międzypłciowych, wyjaśniającej odmienność rozwoju prenatalnego w zależności od płci (płciowe zróżnicowanie rozwoju – Promińska, 1987, s. 7-10; McFadden, 1998; Kornas-Biela, 2000b/2004, s. 34; Knickmeyer, Baron-Cohen, 2006; Miller, Macedonia, Sonies, 2006; Hines, 2008). Wspólnym terenem zainteresowań pedagogiki prenatalnej i psychologii prenatalnej oraz osobowości są również prenatalne uwarunkowania kształtowania się osobowości, przejawy tworzących się charakterystyk osobowości na kolejnych etapach rozwoju prenatalnego oraz tuż po urodzeniu, różnice indywi-

[3] Np. Flanagan, 1973; Ruth, Shettles, 1979; Fijałkowski, 1983; Chamberlain, 1986; Smykowski, 1989; Maurer, Maurer, 1994; Relier, 1994; Kornas-Biela, 1993d/2002, 2004; Eliot, 2003; *Zdolność*, 2005.

dualne w tym zakresie (np. u bliźniaków). Profesjonaliści, jak np. pedagodzy mają ważną rolę do spełnienia w informowaniu rodziców na temat wzrastającej wiedzy z zakresu psychologii prenatalnej i towarzyszeniu im w kształtowaniu przywiązania do dziecka lub dzieci (np. do każdego z bliźniąt) oraz więzi między rodzicami (Leonard, 2002).

Psychologia prenatalna, zajmując się rozwojem podwalin emocjonalności dziecka, jego „emocjonalnej orientacji", z którą wchodzi w życie pozałonowe, daje przesłanki dla podejmowania przez pedagogikę działań profilaktycznych w tej dziedzinie. Nastawienie zapobiegające zaburzeniom życia emocjonalnego, skłania ku temu, by uświadamiać rodzicom, iż nawet przed urodzeniem mogą mieć wpływ na emocje dziecka i zadbać o kształtowanie się zdrowych podstaw dla przedwerbalnej komunikacji afektywnej. A to może już być zadaniem pedagogiki prenatalnej.

Wspólna dla psychologii i pedagogiki idea profilaktyki zdrowia i podnoszenia „jakości życia" skłania do refleksji i badań nad prenatalnymi czynnikami optymalizującymi i utrudniającymi wczesny rozwój człowieka. Jest to tym bardziej istotne, gdy uzmysłowimy sobie, że prenatalny okres rozwoju, a zwłaszcza pierwszy i trzeci trymestr oraz okres noworodkowy są szczególnie ważnymi stadiami, ze względu na tempo wzrastania, różnicowania się, doskonalenia, nabywania względnej autonomii oraz nawiązywania współpracy na poziomie komórek, tkanek, układów oraz całego organizmu.

W pre- i perinatalnym czasie rozwoju organizm człowieka jest szczególnie wrażliwy na oddziaływujące na niego czynniki, a zadziałanie określonych bodźców i zdobycie doświadczeń decyduje o zmianach rozwojowych. Stąd do tego stadium życia, a zwłaszcza stadium embrionalnego, odnosi się pojęcie okresu krytycznego, czyli optymalnego dla rozwoju poszczególnych organów, a potem – prostych funkcji sensorycznych i motorycznych, a tym samym okresu, w którym konieczne są pewne warunki do ich zaistnienia, gdyż skutki, np. braku koniecznych warunków lub stymulacji w ściśle określonym czasie i ściśle określonej modalności, są nieodwracalne. Wtedy bowiem jest największa wrażliwość na uszkodzenie, zaburzenie lub zahamowanie rozwoju. Poza tym istnieją też, tzw. okresy sensytywne, tzn. podwyższonej wrażliwości na dany rodzaj stymulacji lub jej brak (wtedy dany czynnik, warunki, stymulacja wywierają bardziej znaczący wpływ na zmianę rozwojową). Inaczej mówiąc, pewne aspekty rozwoju (organogeneza) są determinowane zdarzeniami prenatalnymi, inne mniej, ale wczesne doświadczenia wyznaczają i tłumaczą wiele późniejszych zachowań czy problemów w rozwoju lub funkcjonowaniu człowieka (Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008, s. 130-132).

Tymczasem pomimo nagromadzenia wiedzy faktograficznej dotyczącej rozwoju dziecka przed urodzeniem i doświadczeń rodziców z tym związanych, jak też bogatej literatury zawierającej praktyczne wskazania co do roli rodziców w pre- i perinatalnym okresie życia dziecka oraz ich przygotowania i edukacji w tym zakresie, brak jest do dziś opracowań dotyczących nauki, która mogłaby te wszystkie obszary objąć swoim zainteresowaniem.

Analiza specyfiki bytowej człowieka i prawidłowości jego psychicznego rozwoju od poczęcia oraz olbrzymia dokumentacja badawcza dotycząca znaczenia wczesnej fazy życia dla późniejszych zdolności, zachowań i preferencji, skłania do zajęcia się okresem prenatalnym od strony wychowawczej i dostarcza uzasadnień dla podejmowania oddziaływań wychowawczych w tym czasie. Wtedy to, ze względu na dynamiczny proces genetycznie zaprogramowanej realizacji rozwoju organizmu dziecka, a zwłaszcza plastyczność w zakresie kształtowania jego psychiki, działania opiekuńcze matki wobec dziecka oraz oddziaływania otoczenia wobec matki mają dla dziecka znaczenie rozwojowe, stąd konieczność sprawowania opieki nad matką i dzieckiem, nad całą rodziną oraz prowadzenia edukacji społecznej w tym zakresie.

Zgodnie z zasadą, iż „lepiej zapobiegać niż leczyć", rozwój pedagogiki prenatalnej jawi się jako niezbędnie potrzebny, by poprzez edukację prenatalną przygotować młodych do prokreacji, a poprzez oddziaływanie na rodzinę w okresie ciąży, porodu oraz pierwszych dni po urodzeniu – wspomagać rozwój dziecka oraz wzajemne relacje w rodzinie.

Psychologia kryzysów życiowych

Jednym z zainteresowań współczesnej psychologii jest rozpatrywanie biegu życia ludzkiego jako procesu podejmowania kolejnych zadań i aktywnego przezwyciężania kryzysów. Problematyka dotycząca kryzysów życiowych jest bardzo rozbudowana. Poczęcie dziecka jest takim wydarzeniem życiowym, które inicjuje bardziej lub mniej doświadczany przez rodziców kryzys rozwojowy, stanowiący zarówno zagrożenie, jak i rozwojową szansę wyzwolenia unikalnego potencjału człowieczeństwa. Rozwój osobowy w procesie prokreacji realizuje się poprzez żałobę nad tym, co było, i pracę nad porzucaniem przeszłości, by być wolnym i gotowym na przyjęcie przyszłości. Człowiek musi zmierzyć się z tym, co niezrozumiałe, nieprzewidywalne, niepewne, ryzykowne, przekraczające jego siły, z doświadczeniem niemocy i konieczności skierowania się o pomoc do innych.

Cały proces prokreacji, jak też opieka i wychowanie dzieci ma charakter rozwojowy, m.in. dlatego, że pozwala dorosłym ludziom doświadczyć ponownie przyjemnych i trudnych chwil charakterystycznych dla tego okresu własnego dzieciństwa, przepracować powstałe wtedy problemy i konflikty, przeżyć na nowo kryzysy rozwojowe, przez które sami wcześniej przeszli (Birch, Malim, 1998, s. 134, 137).

W zakresie adaptacji rodziców do pojawienia się dziecka i stanu ciąży, szczególnie ważna jest odpowiedź na pytanie: kiedy przeżywany kryzys życiowy jest normalną reorganizacją osobowości, prowadzącą do wyższego etapu dojrzałości, a kiedy jest patologiczny? (por. Achenbach, 1978, s. 239). Kryzys doświadczany w procesie prokreacji ma w zdecydowanej większości wypadków charakter rozwojowy. Dlatego zwany jest „kryzysem dojrzewania", gdyż przezwyciężając jego trudności, można osiągnąć wyższy poziom dojrzałości seksualnej, emocjonalnej, psychospołecznej (Bondas, Eriksson, 2001).

Kryzys rozwojowy polega na pozytywnej dezintegracji, czyli na zmianie aktualnie istniejących schematów reagowania i zachowania w kierunku wypracowania nowych, odpowiadających wymaganiom sytuacji. Pokonanie kryzysu służy dojrzewaniu osobowości i osiągnięciu większej autonomii, może doprowadzić do pozytywnych i konstruktywnych zmian, np. zwiększenia zdolności do radzenia sobie z problemami, satysfakcji osobistej, poczucia kompetencji. Akceptacja problemów i trudności pojawiających się w sytuacji kryzysu oraz umiejętność sięgnięcia po pomoc i przyjęcia jej, pozwala na przezwyciężenie kryzysu.

2. Współpraca z innymi dyscyplinami psychologicznymi

Psychologia rodziny

Pedagogika prenatalna ma szczególnie ścisłe powiązania z psychologią rodziny. Współpraca dotyczy tak szerokiego obszaru zagadnień, że trudno go w tym miejscu omówić (np. Kornas-Biela, 1995c). Przykładem wspólnych zainteresowań mogą być takie problemy, jak: poczęcie lub urodzenie dziecka jako czynnik zmiany w zakresie życia rodzinnego i życia każdego z członków rodziny, wpływ przeżyć rodziców na rozwój dziecka w pre- i perinatalnym okresie rozwoju, wpływ wsparcia ze strony rodziny dla nastoletnich rodziców, zwłaszcza niepełnoletnich. Ta ostatnia kwestia jest dobrą ilustracją możliwości współpracy psychologii rodziny i pedagogiki prenatalnej oraz pedagogiki społecznej i opiekuńczej, nie tylko w zakresie udzielania pomocy nastoletnim rodzicom, ale też zapobiegania przedwczesnemu rodzicielstwu, poprzez analizę czynników rodzinnych, będących przyczyną ryzykownych zachowań młodzieży, przedwczesnej aktywności seksualnej oraz rodzicielstwa niepełnoletnich (np. Kornas-Biela, 1996b, 1998f; Kościelska, 1998; Ellis i in., 2003; Bidzan, 2007; Skowrońska-Zbierzchowska, 2008).

Problem pomocy rodzicom niepełnoletnim, którzy zmagają się z trudnościami przedwczesnego rodzicielstwa, jest szczególnie ważny, gdyż jego waga społeczna niepomiernie wzrasta. Co roku przybywa w Polsce około 20 tys. nastoletnich matek, z których 4,5 tys. nie osiągnęła pełnoletniości oraz 3,5 tys. nastoletnich ojców, spośród których 800 jest niepełnoletnich. Z racji wieku nie mają wykształcenia, zawodu, pracy zarobkowej, niezależnego mieszkania, nie są też dojrzali psychicznie do podjęcia zadań rodzicielskich i zaspokojenia potrzeb dziecka. Nie mają też zdolności do czynności prawnych, nie przysługują im prawa rodzicielskie, nie mogą podejmować żadnych decyzji dotyczących ich dziecka, ani korzystać z wielu form pomocy społecznej (Skowrońska-Zbierzchowska, 2008).

Natomiast badania wskazują wyraźnie, iż dzięki różnorodnym formom wsparcia matki nastoletnie są w stanie rodzić zdrowe dzieci i opiekować się nimi a ojcowie podejmują trud podołania przynajmniej części nowych obowiązków. Sytuacja przedwczesnego rodzicielstwa, zwłaszcza dla osób pochodzących z rodzin dysfunkcjonal-

nych, dzięki uzyskaniu profesjonalnej różnorodnej pomocy w ustrukturyzowaniu życia, ukończeniu edukacji i podjęciu pracy, może stać się stymulatorem wcześniejszego dojrzewania i osobistego rozwoju młodych rodziców.

Dlatego też, istnieje pilna potrzeba zorganizowania instytucjonalnego systemu pomocy oraz samopomocowych grup wsparcia dla rodzin niepełnoletnich rodziców, którzy zawarli małżeństwo za zgodą sądu, gdyż te małżeństwa najbardziej zagrożone są dysfunkcjonalnością i rozpadem (Marzec-Holka, 1994), jak też dla matek i ojców, którzy nie podjęli decyzji o małżeństwie i borykają się z obowiązkami rodzicielskimi (lub od nich uciekają), pozostając we własnych rodzinach lub instytucjach. System pomocy powinien zapewnić dalszy osobisty rozwój małoletnich rodziców (np. ukończenie edukacji, zatrudnienie, nabycie wiedzy i kompetencji rodzicielskich, wspomaganie rozwoju tożsamości płciowej i dojrzałego podejścia do seksualności – np. Kiselica, 1994), jak też zapewnić dziecku bezpieczeństwo i warunki dla prawidłowego rozwoju. Dlatego opracowuje się specjalne programy psychoedukacyjne, mające na celu wspieranie nastoletnich rodziców od jak najwcześniejszego okresu ciąży, poprzez poród do usamodzielnienia się (np. Joshi, Battle, 1995; Wakschlag, Hans, 2000; Robbers, 2008) oraz wspieranie wychowania dziecka (Deutscher, Fewell, Gross, 2006). Wymaga to bardzo zindywidualizowanego podejścia i zróżnicowanej pomocy, bezpośredniego kontaktu ze środowiskiem każdego z młodych rodziców, współdziałania wielu agencji i instytucji.

O ile nastoletnie matki są objęte znacznie częstszą i bardziej profesjonalną pomocą, o tyle małoletni ojcowie są często zaniedbani, a ich rola wsparcionośna dla matek jest nie do przecenienia (Roye, Balk, 1996; Miller, 1997; Coley, Chase-Lansdale, 1998). Pomoc ojcom w zakresie polepszenia ich sytuacji ekonomicznej oraz podniesienia kompetencji rodzicielskich (np. wiedzy i umiejętności związanej z zaspokojeniem potrzeb i pielęgnacją dziecka) zwiększa ich zainteresowanie dzieckiem i chęć zaangażowania w jego wychowanie, a to jest ważnym czynnikiem zmniejszającym ryzyko dysfunkcjonalnego rozwoju dziecka, na które narażone są dzieci nastoletnich matek borykających się z wychowaniem dziecka. W sytuacji nieobecności ojca lub jego małego zaangażowania, zastępczą rolę mogą pełnić również męskie postacie w rodzinie, np. starszy kuzyn, wujek, dziadek (Danziger, Radin, 1990). Wymagają oni jednak również stosownej pomocy edukacyjnej.

Poradnictwo dla małoletnich ojców okazuje się bardziej efektywne, jeśli udziela je osoba młoda (między 20-30 rokiem życia) o podobnym pochodzeniu społecznym, co stanowi ważną wskazówkę dla pedagogów podejmujących pracę z nastoletnimi rodzicami (Sander, Rosen, 1987). A pomoc psychopedagogiczna im udzielana jest bardzo istotna, gdyż stanowią grupę, w której przedwczesne ojcostwo jest nie tylko jedną z konsekwencji różnych ryzykownych zachowań (np. wagary, używki), ale też może prowadzić do bardziej poważnych dysfunkcjonalności (skumulowanie negatywnych przyczyn i konsekwencji – Thornberry, Smith, Howard, 1997). Wyrazem troski o minimalizowanie negatywnych skutków przedwczesnego rodzicielstwa, zapobieganie wykluczeniu społecznemu nastoletnich rodziców i sposobem wyjścia

naprzeciw ich potrzebom oraz ich dzieci, jest założenie przez byłego nastoletniego ojca Stowarzyszenia Pomocy Nieletnim Rodzicom (2004 rok).

Psychologia wychowawcza

Pedagogika prenatalna, zajmując się edukacją prenatalną oraz wychowaniem dziecka prenatalnego, jest bardzo bliska merytorycznie psychologii wychowawczej, zwanej też psychologią wychowania, psychologią pedagogiczną (por. Kunowski, 2004, s. 56-57). Jej zadaniem jest m.in. refleksja nad znaczeniem psychologii dla pedagogiki i praktyki wychowawczej, badanie procesów psychicznych występujących w nauczaniu, wychowaniu (procesy wychowawcze w ich aspekcie psychologicznym) i opiece, udział w realizacji zadań oświatowych (Jurkowski, 2003, s. 15-17). Punktem stycznym obu nauk mogą być psychologiczne aspekty wychowania prenatalnego oraz edukacji z zakresu problematyki prokreacyjnej i prenatalnej. Przykładem są takie zagadnienia, jak: psychologiczne aspekty wychowawczego oddziaływania na dziecko mającego na celu przygotowanie go na urodzenie rodzeństwa i kształtowanie jego umiejętności prenatalnej komunikacji; opracowanie optymalnych modeli sytuacji wychowawczej dla dziecka prenatalnego i jego starszego rodzeństwa; ewaluacja prowadzonych programów edukacji prenatalnej; włączenie elementów wychowania prenatalnego w ramy realizacji w szkole przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie".

Psychologia społeczna

Pedagogika prenatalna, ujmując dziecko jako partnera dialogu oraz interakcji z innymi, może mieć również ścisłe powiązania z psychologią społeczną. Wspólnym terenem zainteresowań jest rozwój społeczny dziecka prenatalnego, ujawnianie się jego społecznych potrzeb i rozwój jego społecznych kompetencji, prenatalne uwarunkowania rozwoju społecznego, wpływ społecznej interakcji na różne aspekty pre- i postnatalnego rozwoju dziecka, problem penetracji badawczej oraz interwencji pedagogicznej w zakresie społecznych potrzeb i umiejętności dziecka, wpływ pre- i perinatalnej deprywacji potrzeb społecznych na jego dalszy rozwój. Jednym z problemów wspólnych jest zagwarantowanie rodzicom w okresie prenatalnego rodzicielstwa oraz porodu wsparcia społecznego oraz udzielenie im pomocy, aby mogli być wsparciem dla siebie nawzajem. Zaspokojenie potrzeby wsparcia jest szczególnie istotne w sytuacji przedwczesnego rodzicielstwa, w sytuacji komplikacji lub niepowodzeń prokreacyjnych.

Wespół z psychologią środowiskową pedagogika prenatalna zajmuje się obszarem zagadnień wynikających z ujęcia dziecka prenatalnego jako elementu środowiska społecznego. Psychologia środowiskowa, badając wpływ środowiska matki, rodziny, społeczeństwa na rozwój prenatalny dziecka, dostarcza ważnych informacji dla pedagogiki prenatalnej, która traktuje dziecko systemowo, podobnie jak będzie ujmowane po urodzeniu.

Psychologia kliniczna

Wspólnym terenem badań pedagogiki prenatalnej i psychologii klinicznej jest poszukiwanie prenatalnych uwarunkowań zaburzeń rozwoju i zachowania oraz śledzenie rozwoju, zaburzonych już w okresie prenatalnym, funkcji. Istnieją również zagadnienia łączące pedagogikę prenatalną z psychologią zdrowia (Sheridan, Radmacher, 1998) i psychopatologią rozwojową, która opiera się na stwierdzeniu, że doświadczenia dzieciństwa, w tym szczególnie prenatalnego etapu rozwoju odgrywają centralną rolę w psychopatologii okresu dorosłego[4]. Pedagogika prenatalna może korzystać z osiągnięć psychopatologii dotyczących wpływu uwarunkowań dziedzicznych, wrodzonych oraz wczesnych oddziaływań środowiska na rozwój człowieka, np. na umiejętności adaptacyjne dziecka prenatalnego, noworodka, i w dalszych etapach rozwoju, na wypełnianie zadań rozwojowych, na pojawienie się zaburzeń zdrowia psychicznego.

Wspólnym obszarem zainteresowania obu nauk są zarówno postawy, zachowania i doświadczenia prokreacyjne oraz trudności w prokreacji osób z różnego typu zaburzeniami psychicznymi (np. ciąża u kobiet z zespołem depresji lub PTSD, w przebiegu schizofrenii) lub neurologicznie chorych (np. u osób z padaczką), jak też zaburzenia psychiczne, które mogą pojawić się w przebiegu prokreacji (np. PTSD, doświadczenie porodu jako traumy – Bailham, 2003), lub jako jej konsekwencja (np. poporodowe przygnębienie, depresja poporodowa, psychotyczna depresja poporodowa, psychoza poporodowa – np. Cierpałkowska, Zalewska, 2008, s. 560), oraz zaburzenia psychiczne i nerwicowe pojawiające się w sytuacji trudności w prokreacji (np. niepłodności – Bidzan, 2006) lub po stracie dziecka, np. w wyniku aborcji (Langer, 1982; Chazan, Simon, 2009; Kornas-Biela, 1988a, 2000d, 2009c).

Szczególnym problemem jest zwiększone prawdopodobieństwo doświadczania w okresie ciąży różnego typu niepokojów i lęków (np. Beisert, Sęk, 1981; Putyński, 1997; Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 183-197; Włodarczyk, 2008), które mogą być u niektórych osób nadmiernie nasilone i powodować zaburzenia zachowania i panikę. Obawy kobiet w okresie ciąży są dość powszechnym zjawiskiem i większość kobiet relacjonuje jakiś stopień napięcia czy strachu, np. przed nieznanym, przed szpitalem (zapachy, widoki, odgłosy, aparatura, regulamin, współpacjentki) i zachowaniem personelu, kontaktem z nim oraz interwencjami chirurgicznymi, przed krwią, porodem jako takim, bólem porodowym, komplikacjami, utratą kontroli nad sobą w czasie porodu (np. krzykiem), brakiem intymności i prywatności, obnażeniem i wstydem, urodzeniem dziecka niepełnosprawnego, utratą własnego zdrowia, śmiercią własną lub dziecka, brakiem wsparcia i poczuciem bezradności oraz samotności, powrotem do domu z dzieckiem, radzeniem sobie z opieką nad nim. Lęki

[4] Modele etiologii i leczenia zaburzeń były do niedawna zdominowane przez problematykę wieku dorosłego, psychopatologia dziecka nie była tak doceniana. Dokładne omówienie problemu psychopatologii rozwoju m.in. w rozdziale L. Cierpałkowskiej, M. Zalewskiej (2008).

ciążowo-porodowe mogą mieć, jak wspomniano, normalne nasilenie i nie powodować zaburzeń w zachowaniu kobiety lub w przebiegu ciąży i porodu, ale mogą też być tak nasilone, iż nerwowość, napięcie i paniczny strach mogą zakłócać procesy fizjologiczne, prowadząc do ich patologii (por. Fijałkowski, 1989).

Wobec osób z problemami zaburzeń psychopatologicznych możliwe jest oddziaływanie nie tylko farmakologiczne i psychoterapeutyczne, ale też edukacyjne. Szczególnej edukacji wymaga najbliższe otoczenie tych osób. Wiadomo bowiem, iż zwiększenie informacji o fizjologii ciąży, porodu i połogu, zracjonalizowanie wyobrażeń o porodzie i oczekiwań wobec niego, podniesienie kompetencji dotyczących opieki nad dzieckiem, dostarczenie kobiecie wsparcia, pogłębienie jej więzi z dzieckiem i jego ojcem, psychoprofilaktyczne przygotowanie się do porodu (robienie czegoś na rzecz porodu i dziecka), udział w zajęciach szkoły rodzenia – zmniejsza lęki ciążowo-porodowe. Dlatego tak ważne jest oddziaływanie pedagogiczne zarówno na rodziców w ciąży, jak też na ich otoczenie przez wzrost świadomości społecznej odnośnie do radzenia sobie z niepokojami dotyczącymi okresu okołoporodowego oraz ze zmianami i zaburzeniami nastroju w przebiegu procesów prokreacyjnych.

Poprzez działalność edukacyjną pedagogika prenatalna może wspierać psychopatologię w zmniejszaniu prawdopodobieństwa ujawnienia się nasilonych objawów lub zaburzeń psychicznych i pomagać w radzeniu sobie w sytuacji prokreacji przez osoby chore oraz ich rodziny (np. w przebiegu ciąży u osób z nerwicą, zaburzeniami nastroju, schizofrenią). Może też pomóc w uświadomieniu konieczności wczesnej interwencji w postaci zapewnienia leczenia i pomocy terapeutycznej osobom, u których zaburzenia nastroju o charakterze depresji lub zaburzenia psychotyczne mogą być przyczyną ich zachowań autodestrukcyjnych, przemocy skierowanej do dziecka (np. zaniedbania) lub dzieciobójstwa.

Psychologia osób niepełnosprawnych

Pedagogika prenatalna współpracuje nie tylko z pedagogiką specjalną, ale również z psychologią osób niepełnosprawnych. Istnieje wiele możliwości prowadzenia tej współpracy, również na styku tego działu pedagogiki i psychologii z psychologią rodziny. Bogata literatura z zakresu psychopedagogicznych problemów osób niepełnosprawnych, ich najbliższych, ich funkcjonowania w małżeństwie i w rodzinie, wzajemnych relacji rodzice – dzieci sugeruje możliwy ścisły związek obu nauk. Najbardziej rozwinięty badawczo obszar ich współpracy można określić jako „rodzina z dzieckiem niepełnosprawnym" (np. Kościelska 1998; Kornas-Biela, 2001d, 2006b; Sidor, 2001).

Jako ilustrację wspólnych problemów i możliwości współpracy psychologii osób niepełnosprawnych i psychologii rodziny oraz pedagogiki prenatalnej można przytoczyć obszar paradygmatu psychoanalitycznego, który, m.in. tłumaczy reakcję na prenatalną diagnozę o chorobie lub wadzie dziecka w terminach zranionego narcyzmu rodziców – dziecko nie dostarcza im wtedy narcystycznej gratyfikacji, ułatwiającej rozwiązanie konfliktów związanych z ciążą i porodem, co prowadzi do rozbitego

obrazu siebie, niskiej oceny siebie i swojej wartości, uruchomienia niedojrzałych mechanizmów obronnych, np. regresji do etapu prenatalnego, gdy dziecko było częścią ciała matki, i odczuwania, że jest jak i ono naznaczona defektem, lub percepcji dziecka jako obcej narośli i odczuwania agresji, przerażenia i wyparcia dotychczasowej więzi z nim.

Regresja, jako reakcja na diagnozę niepomyślnej kondycji zdrowotnej dziecka, może polegać również na uaktywnieniu przeżyć z własnego wczesnego dzieciństwa i odczuwaniu siebie w roli rodzica dziecka niepełnosprawnego – jako „dziecka, którego rodzice nigdy nie chcieli", „dziecka niedostatecznie inteligentnego". Rodzice, a zwłaszcza matka może podświadomie spostrzegać dziecko jako zewnętrzny wyraz dotychczasowej percepcji siebie jako osoby o niskiej wartości. Dziecko jest wtedy traktowane jako eksternalizacja jej defektywnego *self*'u, prezentuje ono realny obraz siebie matki, a nie jej obraz idealny (Sossin, 1993).

Opisane trudności wskazują nie tylko na konieczność pracy terapeutycznej z rodzicami, którzy otrzymali informację o urodzeniu dziecka chorego lub obarczonego wadą (por. Saviani-Zeoti, Petean, 2007), lecz również na konieczność edukacji personelu medycznego i paramedycznego oraz szerszej opinii społecznej co do potrzeb rodziców w tych sytuacjach (Kornas-Biela, 2009d). Upowszechnienie poradnictwa genetycznego, diagnostyki prenatalnej i dostępność selektywnej aborcji zwiększa liczbę osób, które stając wobec trudnych problemów psychologicznych i decyzji życiowych, wymagają wsparcia informacyjnego (edukacji) oraz emocjonalnego, wiedzy i umiejętności poradzenia sobie z trudną sytuacją (Kornas-Biela, 1996a, 2008b).

Jest to ważne nie tylko dla samych rodziców, ale również dla dobra dziecka. Niepełnosprawne dzieci bardzo wcześnie narażone są na zaburzenia rozwoju osobowości, gdyż rodzic – obiekt internalizowany jako „ja idealne" – jest skażony niepełnosprawną kondycją dziecka, zraniony w narcyzmie i ma trudności bliskiego, zmysłowego kontaktu. Dzieci te, jeśli zostały już prenatalnie zdiagnozowane jako chore, mają gorsze warunki rozwojowe ze względu na dramatyczne przeżycia rodziców i trudności w kształtowaniu więzi z dzieckiem obarczonym problemem zdrowotnym (Kornas-Biela, 1992c, 2008). A właśnie ten kontakt dotykowy i emocjonalny, a potem „twarzą w twarz", „skóra–skóra" jest konieczny dla rozwoju *ego* dziecka oraz dojrzewania jego narcyzmu.

Dzieci wcześnie diagnozowane jako niepełnosprawne, napotykają później w rozwoju trudności w kształtowaniu dojrzałej osobowości, przejawiają niskie i nieprawidłowe poczucie siebie, nadwrażliwość na krytykę i niepowodzenia, zahamowania, poczucie pustki wewnętrznej i braku bezpieczeństwa oraz „skażenia" defektem. Podejście psychoanalityczne tłumaczy, iż zaburzenia te mają swoje źródło w niedostatkach pierwotnego narcyzmu i sprzężonym z tym nadmiernym pierwotnym masochizmem, w deficytach odzwierciedlania i idealizowania przez dziecko *parent-imago self objects*. Ze względu na niepełnosprawność dziecko już przed urodzeniem staje się obiektem niepokojów rodziców, stąd jego żywotność i integral-

ność (kompletność, *wholeness*) nie jest przez nich doceniona, a nawet uznana. Przeciwnie – rodzic, jako obiekt prezentujący dziecku idealne „ja", nie przedstawia cech właściwych dla idealnego obiektu (np. spokój, poczucie bezpieczeństwa, wszechwładza), gdyż sam doświadcza poczucia bezradności, zranienia, bycia ofiarą, poczucia frustracji i winy (Sossin, 1993).

Psychologia kulturowa

Współpraca pedagogiki prenatalnej z psychologią kulturową opiera się na założeniu, że wszelkie przejawy kultury mogą być rozumiane jedynie, jeśli uwzględni się doświadczenia związane z wczesnym rozwojem człowieka, oraz że stosunek do ciąży, porodu, opieki nad noworodkiem i doświadczenia z tym związane są zależne od wpływów kulturowych. Psychologia kulturowa, oprócz pedagogiki kultury i edukacji międzykulturowej, współpracuje też ściśle, m.in. z etnologią, badając kulturowo zróżnicowane sposoby przeżywania okresu ciąży i porodu oraz wczesnych kontaktów z noworodkiem, postawy społeczne wobec kobiety ciężarnej i dziecka poczętego, dostarcza materiału pomocnego do edukacji oraz do weryfikacji słuszności zwyczajów funkcjonujących w danej kulturze, ich wpływu na przeżycia matki i rozwój dziecka, co może być inspiracją do zmiany obyczajów i zaleceń.

Prokreacja gatunku *homo sapiens* wytworzyła przez wieki odmienne w różnych kręgach cywilizacyjnych, a związane z instytucją rodziny, zwyczaje i tradycje kulturowe, obrzędy religijne, wzorce zachowań przypisane określonym rolom społecznym, a także schematy behawioralne i skrypty poznawcze dotyczące poczęcia dziecka, okresu ciąży, porodu i połogu oraz karmienia noworodka i niemowlęcia. Paradygmaty kulturowe mają znaczny wpływ na sposób przeżywania ciąży, porodu, połogu i na stosunek do dziecka od poczęcia. To konkretna kultura wyznacza sposób traktowania i przeżywania doświadczeń prokreacyjnych (Janus, 1998, s. 151). Związek między doświadczeniami pre- i perinatalnego okresu rozwoju, ciąży i porodu a historią i kulturą danego kręgu geograficznego stał się jednym z przedmiotów zainteresowania nowej dziedziny nauki zwanej psychohistorią[5]. Zajmuje się ona, m.in. kulturowymi uwarunkowaniami przeżyć i zachowań związanych z prokreacją[6] oraz międzykulturową zmiennością i stałością wzorców percepcji, ocen, zachowań prokreacyjnych i praktyki pre- i perinatalnej (Blumberg, 1991; Boelderl, 1999).

Okres prenatalnego rozwoju może też być upatrywany jako element w cyklu życia, na który mają wpływ czynniki genetyczne i kulturowe, wewnętrzne środowi-

[5] Np. Mazlish, Winer, Anderson, 2003. Istnieją towarzystwa poświęcone tym zagadnieniom, np. The Deutsche Gesellschaft für Psychohistorische Forschung (Niemieckie Towarzystwo Badań Psychohistorycznych) i czasopismo *Journal of Psychohistory*.

[6] Zauważono kulturowe różnice w reakcjach i niepokojach kobiet w okresie ciąży, natomiast różnice w reakcjach matek wobec noworodka nie były znaczące (Chalmers, Meyer, 1992), co świadczyłoby o ich bardziej biologicznym niż kulturowym podłożu.

sko oraz aktualne naturalne i kulturowe otoczenie. Kultura i rytualizacja ciąży oraz porodu ma wpływ na rozwój dziecka. W pewnych kulturach stymulacja dziecka prenatalnego jest przeprowadzana w rytualny sposób, czasem jako typ regresji dorosłych do prenatalnego lub perinatalnego okresu własnego życia (Schmücker, 1987).

Zdaniem psychoanalitycznego podejścia w psychologii kulturowej, współczesna cywilizacja zachodnia uznaje emocjonalne przeżycia (regresję) kobiet w okresie ciąży, natomiast wciąż nie docenia należycie zachodzącego procesu dojrzewania do ojcostwa.

Badania kulturowe pokazują, że tzw. kultury pierwotne zwracają szczególną uwagę na przygotowanie mężczyzny do roli ojca i specjalne rytuały, które w tym pomagają (Doja, 2005). Restrukturyzacja wczesnych doświadczeń życiowych ojca w okresie ciąży i porodu żony jest w kulturach pierwotnych rekomendowana, oczekiwana i społecznie akceptowana. Emocjonalne przepracowanie wczesnodziecięcych przeżyć (regresja) jest doceniane jako potrzebne również mężczyźnie w dojrzewaniu do ojcostwa. Wskazuje na to zespół objawów zwany *couvade* (opisał go m.in. B. Malinowski – http://www.staff.amu.edu.pl/~sztajers/referaty_files/12036.pdf, dn. 06.02.2009).

Couvade („zespół wylęgania" – np. Klein, 1991; Mason, Elwood, 1995; Brennan i in., 2007) polega na występowaniu u ojców w okresie ciąży i porodu matki ich dziecka somatycznych objawów charakterystycznych dla tych procesów prokreacyjnych, np. odczuwają nudności, zawroty głowy, zaburzenia gastryczne, częste oddawanie moczu, bóle kręgosłupa, wzrost wagi, a w czasie porodu – bóle brzucha. Przyczyny pojawienia się takich dolegliwości nie są znane, ale interpretuje się je jako somatyczną ekspresję: niepokoju ojca dotyczącego jego nowej roli i zmian w relacji z matką dziecka; napięcia wskutek trudności w sprostaniu nadmiernym oczekiwaniom społecznym; ambiwalencji i trudności w nabywaniu ojcowskiej tożsamości; identyfikacji z dzieckiem i z jego matką; zazdrości kierowanej do dziecka i rywalizacji z nim (Klein, 1991; Mason, Elwood, 1995; Brennan i in., 2007).

W zachodniej cywilizacji zaniedbanie potrzeb ojca oczekującego urodzenia dziecka, hamowanie jego męskiej regresji, stwarza predyspozycję do zaburzeń psychosomatycznych, odmian ojcostwa imitujących „dobrą" matkę, sprzyja zniewieścieniu mężczyzny i nie wykształceniu się tożsamości ojca (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 83-86; Doja, 2005). Eliminowanie strukturyzowanych i agresywnych komponentów w dialogu ojciec-dziecko jest interpretowane jako konsekwencja powstrzymywanej (ukrytej) męskiej regresji. Rozumienie regresywnych potrzeb u mężczyzn jest konieczne w naszych społeczeństwie, aby umożliwić bardziej zintegrowane formy ekspresji kobiecości i męskości (Kübber, 1987; Brennan i in., 2007).

Kulturowe uwarunkowania pozycji społecznej kobiety mają wieloraki wpływ na przebieg ciąży i jej stosunek do dziecka (Badinter, 1998). Przykładem może być zależność aktywnej lub pasywnej postawy kobiety wobec przygotowania do porodu i wysiłku porodowego od kulturowo uwarunkowanej jej pozycji społecznej, m.in. jako ciężarnej i matki. Zwraca się również uwagę na przedramatyzowanie ciąży

i porodu we współczesnym położnictwie, co spowodowało zmedykalizowanie opieki nad rodziną w tym okresie (Kornas-Biela, 1992, 1993b). W świadomości wielu kobiet również funkcjonuje przeświadczenie, iż ciąża to tylko czas oczekiwania na poród, trudny okres, który trzeba jakoś przetrwać, zaś poród to dramatyczna sytuacja, która może spowodować szok i traumę. Kulturowo uwarunkowane podejście do ciąży i porodu decyduje o faktycznych zachowaniach i doświadczeniach rodziców oraz personelu.

Psychologia ewolucyjna

Współpraca pedagogiki prenatalnej z psychologią ewolucyjną dotyczy szczególnie problemów związanych z doświadczeniem ciąży i porodu (por. Buss 2000, 2001) oraz pewnych zjawisk, jak np. dzieciobójstwo (np. ryzyko śmierci zadanej noworodkowi jest bardziej prawdopodobne, jeśli partner matki nie jest spokrewniony z dzieckiem, natomiast jeśli jest ojcem genetycznym dziecka – ryzyko jest mniejsze, Pisula, 2000, s. 199). Ewolucyjna analiza zachowania się zwierząt (zachowań seksualnych, prokreacyjnych) zarówno w tradycji etologicznej, jak i socjologicznej stała się płodna (np. przez analogię) dla zrozumienia zachowań ludzkich, dzięki wykorzystaniu pojęć, np.: „wdrukowanie", „instynkt", „mechanizm wyzwalający" (np. tzw. schemat dziecięcości), „zachowanie przerzutowe" (Pisula, 2000).

Psychologia ewolucyjna dostarcza pedagogice wyjaśnień co do genezy zachowań człowieka w procesie prokreacji, a to pomaga rozumieć jego przeżycia i preferencje, wyjść im naprzeciw i zaspokoić głęboko wpisane w naturę ludzką potrzeby. Jako przykład rozpatrywania wydarzeń prokreacyjnych z punktu widzenia paradygmatu ewolucyjnego, mogą służyć poglądy M. Odenta (1993)[7]. Zdaniem tegoż ginekologa położnika, „ojca" rozpowszechniającej się praktyki porodów w wodzie, uniwersalny symbol wody wywodzi się z naszej pamięci wrażeń prenatalnych – pamięci przebywania w wodach płodowych, jak też pamięci dziedzicznej, kolektywnej[8]. Odent, na poparcie swojej teorii, przytacza dowody z zachowania kobiet rodzących – woda jest dla nich atrakcyjnym środowiskiem przebywania i rodzenia.

Nie trzeba jednak być zwolennikiem ewolucyjnego wyjaśniania pozytywnego wpływu wody na psychikę człowieka, a zwłaszcza odwoływania się do pamięci kolektywnej, aby zauważyć, dające się wytłumaczyć fizjologią człowieka zjawisko, iż immersja wodna (a nawet jedynie widok lub szum spływających fal, pejzaż wodny) relaksuje, ułatwia przebieg pierwszego okresu porodu (zmniejsza stężenie adrenaliny

[7] Człowiek, chociaż jest genetycznie najbardziej zbliżony do szympansa, zdaniem M. Odenta, to jednak wywodzi się z ssaków morskich i powstał na drodze adaptacji do warunków życia wodno-lądowego.

[8] Zdaniem M. Odenta, który jest gorącym zwolennikiem teorii ewolucji, nasza pamięć kolektywna sięga czasów, gdy małpi przodek człowieka, należący do grupy ssaków o dużych mózgach (podobnie jak np. walenie), przebywał w wodzie.

we krwi), zwalnia hamulce zatrzymujące akcję porodową (np. Chołuj, 2008). Część mózgu, wydzielająca hormony konieczne do efektywnych skurczów porodowych, powstaje bardzo wcześnie – w okresie prenatalnym, gdy człowiek przebywa w wodach płodowych. Pedagodzy tę wiedzę mogą wykorzystać w edukacji rodziców, w pracy z nimi nad kształtowaniem ich więzi z dzieckiem oraz w stymulowaniu jego rozwoju.

Psycholingwistyka

Interesującym terenem wspólnych zainteresowań dla pedagogiki prenatalnej i psycholingwistyki jest analiza znaczenia słów związanych z ciążą, porodem, połogiem, karmieniem piersią oraz dotyczących człowieka przed urodzeniem. Obiecujące dane mogą dać badania stosowanych w tym zakresie metafor, masek, analogii, różnych słownych określeń, które wyrażają nasze postawy wobec prokreacji, a jednocześnie je kształtują (por. Biela-Wołończiej, 2009).

Stosowana terminologia, używanie takich, a nie innych sformułowań ma znaczenie wychowawcze i można poprzez nie kształtować postawy ludzi (np. eufemizmy stosowane wobec procedury aborcji). Zależnie bowiem od znaczenia tych słów, jak wspomniano w paragrafie „3.1.1. Zmiana terminologii" – sądy, oceny, oczekiwania, niepokoje, postawy ludzkie dotyczące różnych aspektów prokreacji mogą być diametralnie różne. Stosowana terminologia wyraża nasze poznawcze i uczuciowe odniesienia, ale też je kształtuje. Słownictwo wskazujące na przyszłe macierzyństwo i ojcostwo kobiety i mężczyzny w okresie „spodziewania się dziecka", jest wyrazem braku ich tożsamości rodzicielskiej oraz opóźnia jej kształtowanie, a „przyszłe dziecko" pozbawione w tym czasie rodziców może być narażone na różne formy przemocy.

Badanie rozumienia pojęć związanych z prokreacją ludzką, ich denotacyjnego i konotacyjnego znaczenia, licznych kontaminacji wynikłych z powierzchownych skojarzeń, pozwala lepiej zrozumieć zachowania ludzkie oraz reakcje na pewne wydarzenia lub osoby, których nazwa dotyczy (np. ciężarna, brzemienna, matka starsza, niepłodny, inseminator, z ryzykiem genetycznym). W wielu wypadkach język dotyczący prokreacji, określenia związane z ciążą i porodem wywołują obawy i uprzedzenia, nieuświadomione lęki i stereotypowe ujęcia tej rzeczywistości, a jednocześnie są przez nie utrwalane w systemie językowym, przekazywanym z pokolenia na pokolenie. Osoba etykietowana jako z „wysokim ryzykiem genetycznym" przynależy do kategorii „inni" i „gorsi", a nawet prokreacyjnie „niebezpieczni". A wiemy z psychologii, iż przypisywana człowiekowi przynależność kategorialna decyduje o sposobie traktowania go oraz interpretacji jego zachowania, wyznacza też to, czego może on oczekiwać od społeczności, o całości jego powodzenia życiowego (Błeszyńska, 1999, s. 62).

Szczególnie ciekawy teren badawczy dla pedagogiki prenatalnej i psycholingwistyki to analiza określeń stosowanych wobec dziecka prenatalnego. Mogą one

bowiem stratyfikować postawy społeczne wobec niego, nastawiać negatywnie jako do intruza („dziecko niechciane", „dziecko nieplanowane"), odbierać mu status człowieka i być formą wykluczenia go ze społeczności (przez nieodróżnianie go od stanu ciąży – uczynienie go „niewidzialnym"), deprecjonować jego osobę, dyskryminować i delegitymizować (odbierać mu prawa – „produkt zapłodnienia", „jajo płodowe", „zawartość macicy"), a tym samym stwarzać zagrożenia dla jego egzystencji (rzeczywista lub symboliczna śmierć do czasu urodzenia, a nawet według niektórych, jeśli dopiero wtedy spełni kryterium zdrowia).

Już w prenatalnym okresie swego rozwoju dziecko może zostać określone jako „zdolne" lub „niezdolne do przeżycia" (np. bezczaszkowiec) i jako takie poddane procedurze skrócenia życia (selekcyjna aborcja, tzw. przyspieszony poród). Interpretacja kondycji dziecka za pomocą nazwy „życie niewarte przeżycia", „życie pozbawione wartości" może stać się motywem jego uśmiercenia. Wskazuje to na niebezpieczeństwa, wynikające z faktu, iż dorośli, chcąc zachować tzw. ład społeczny czy ład życia prywatnego, mogą manipulować statusem dziecka, jego życiem lub śmiercią poprzez stosowane słownictwo, które nadaje mu taką a nie inną tożsamość.

Sama opozycja znajdująca się w sformułowaniu „nienarodzony", sugeruje, iż czegoś mu brak, nie spełnia jakiegoś kryterium, na co zwracał już uwagę W. Fijałkowski, domagając się zmiany nazewnictwa, tzn. by dziecko poczęte określać jako narodzone, afirmując tym samym jego istnienie, a dziecko, które się urodziło – urodzonym, gdyż poród nie umożliwia dziecku przyjścia na świat (to stało się poprzez poczęcie), ale przejście na świat zewnętrzny względem łona matki (Fijałkowski, 1997, s. 116-117). Swoją opinię argumentował tym, iż nie powinniśmy deprecjonować dziecka poczętego przez porównywanie go do dziecka urodzonego, tak jak dziecko przedszkolne nie nazywamy „nieszkolnym", a człowieka żyjącego – „niezmarłym".

Kwestie terminologiczne powinny stanowić obszar szczególnej uwagi nie tylko pedagogiki specjalnej (Błeszyńska, 1999, s. 65), ale też pedagogiki prenatalnej i psycholingwistyki. Poza tym dla pedagoga pracującego z rodzicami w procesie prokreacji, ważne jest nabycie pewnych profesjonalnych kompetencji komunikacyjnych dotyczących nie tylko jego zachowania, pozawerbalnej sfery przekazu, ale też umiejętności posługiwania się językiem odpowiednio do sytuacji (np. po poronieniu, po śmierci dziecka lub urodzeniu dziecka z chorobą wrodzoną) i do tego, kim jest rozmówca (matka, ojciec, rodzeństwo dziecka prenatalnego lub noworodka, jego dziadkowie).

II. Współpraca pedagogiki prenatalnej z naukami biologicznymi i medycyną

Do istoty pedagogiki prenatalnej należy jej interdyscyplinarny charakter, wyrażający się w dialogu między nią a dyscyplinami biologicznymi (Gnitecki, 2004)

i medycyną (Skulicz, 2004). Pedagogika prenatalna, zajmując się człowiekiem w najwcześniejszym i najbardziej intensywnym okresie rozwoju, ma bezdyskusyjnie wiele wspólnych zainteresowań z naukami biologicznymi, jak też korzysta z ich dorobku, bazując w oddziaływaniu na dziecko i rodziców na wiedzy o biologicznych aspektach stanu ciąży i rozwoju prenatalnego. Jest to ścisły i konieczny związek, gdyż nie da się oddzielić od siebie procesów psychicznych oraz tzw. „naturalnych", czyli procesów układu nerwowego, immunologicznego i endokrynologicznego (por. Fedor-Freybergh, 1995). Podstawowa wiedza biologiczna, z endokrynologii, biochemii, biofizyki procesów związanych z ciążą i rozwojem człowieka, jest pomocna w rozumieniu przez pedagoga dziecka prenatalnego i rodziców, będących przedmiotem jego oddziaływań.

Mimo wspólnych obszarów działań i zainteresowań medycyny oraz psychologii i pedagogiki prenatalnej, zajmują się one prokreacją ludzką i prenatalnym okresem życia z innego punktu widzenia. Pedagogikę, podobnie jak psychologię prenatalną, można zaliczyć do *software*, a medycynę do *hardware* prenatalnej wiedzy (Fedor-Freybergh, 1995). Medycyna jako nauka i sztuka jest skoncentrowana na utrzymywaniu i przywracaniu zdrowia człowiekowi od chwili poczęcia. Psychologia prenatalna zajmuje się śledzeniem rozwoju i jego rozlicznymi uwarunkowaniami, zwłaszcza o psychogennym charakterze. Pedagogika prenatalna skupia się na stwarzaniu warunków dla opieki i wychowania dziecka oraz kształtowania najtrwalszych i najbardziej pierwotnych więzi z nim w okresie prenatalnym, z pogłębianą coraz bardziej świadomością długofalowych konsekwencji tego, co dzieje się nie tylko w środowisku wewnątrzmacicznym, jako najbliższym otoczeniu dziecka, ale też w psychice matki, gdyż „wszystko co robimy po urodzeniu, jest tylko amplifikacją tego czysto ludzkiego rezonansu, jaki istnieje od samego poczęcia dziecka w jego domu rodzinnym" (Klimek, 1989, s. 182-183).

1. Współpraca z naukami biologicznymi

Przykładem wspólnego terenu zainteresowań pedagogiki prenatalnej i nauk biologicznych (ściśle powiązanych z medycyną) może być genetyka behawioralna, endokrynologia zachowania i teratologia behawioralna.

Genetyka zachowania

Genetyka zachowania, zwana też genetyką behawioralną (*behavioral genetics*)[9], jako nauka stanowiąca pomost między biologią i psychologią, zajmuje się wpływem

[9] Od lat sześćdziesiątych XX wieku zauważa się intensywny rozwój tej nauki, np. odkrycia skandynawskich badaczy dotyczące liczby 46 chromosomów (Tjio, Levan, 1956) i potwierdzone przez następnych badaczy (Ford, Hamerton, 1956), przyczyniły się burzliwego rozwoju

wyposażenia genetycznego na rozwój i zachowanie człowieka. Pula genowa populacji ludzkiej decyduje zarówno o uniwersalnym planie rozwoju (zwłaszcza przed urodzeniem), który przejawia się w dojrzewaniu struktur i funkcji wedle stałej kolejności jakościowo różnych stadiów, jak i o interkulturowych różnicach i podobieństwach w rozwoju. Literatura przedmiotu z zakresu genetyki zachowania jako nauki interdyscyplinarnej jest niezwykle bogata (np. Plomin i in., 2001; Oniszczenko, 2002; Oniszczenko, Dragan, 2008[10]; Pisula, Oniszczenko, 2008). W Polsce badania z zakresu genetyki zachowania prowadzone są w Interdyscyplinarnym Centrum Genetyki Zachowania na Uniwersytecie Warszawskim (ICGZ) od 1998 roku.

Dzięki osiągnięciom poczynionym w dziedzinie genetyki, wzrosło zainteresowanie prenatalnym rozwojem człowieka. Interesujące dla pedagogiki są wyniki z obserwacji i badań empirycznych prowadzonych w pierwszych godzinach po urodzeniu, które wskazują, że noworodki różnią się poziomem energetycznym (reaktywnością i aktywnością) oraz charakterystyką czasową reagowania, co wskazuje na biologiczne uwarunkowania temperamentu i jego wcześniejsze ukształtowanie, zgodnie z dziedzicznym wyposażeniem i zdarzeniami okresu prenatalnego (Eliot, 2003). Nawet monozygotyczne bliźnięta, chociaż mają identyczny genotyp, mogą różnić się fenotypem (obserwowalnym zachowaniem) już w życiu płodowym, każdy z nich ma bowiem inne warunki do ruchu, sposobu ułożenia oraz dostępu do tlenu i pożywienia w macicy. Nie wiadomo, dlaczego różnice w warunkach środowiskowych są u nich większe niż u bliźniąt dwuzygotycznych, ale na fakt ten wskazuje większa różnica wagi urodzeniowej między bliźniętami jedno- niż dwuzygotycznymi (Salamucha, 2004).

Genetyka zachowania wyjaśnia, iż związek między genami i środowiskiem jest wzajemny już od poczęcia. Środowisko zmienia aktywność genów, ale też jego wpływ jest skutkiem ich aktywności. Doświadczenia prenatalne uruchamiają lub blokują działanie genów i wpływają na rozwój układu nerwowego. Genotyp ma wpływ na kształtowanie reakcji biologicznej na stres prenatalny. W badaniach nad bliźniętami stwierdzono, że czynniki genetyczne częściowo warunkują wydzielanie

badań zjawiska dziedziczenia. Na terenie genetyki i psychologii została przeprowadzona olbrzymia ilość badań porównawczych, tzn. podobieństwa i różnic między rodzicami i dziećmi, między bliźniakami oraz między dziećmi i ich rodzicami biologicznymi i adopcyjnymi. Badania rodzinne, bliźniąt oraz adopcyjne mają na celu śledzenie dziedziczenia cech, m.in. psychicznych, w zakresie np. zmysłów, inteligencji, zdolności specjalnych, cech motorycznych i temperamentalnych, podatności na zachorowanie (np. na schizofrenię). Hall zaproponował nazwę dla tej nowej dyscypliny – „psychogenetyka" (psychogenesis, Hall, 1951, s. 327), ale nazwa ta nie przyjęła się. Natomiast zadomowiła się nazwa „genetyka zachowania".

[10] Autorzy skupili się na przedstawieniu genetycznego podłoża normy i patologii w zakresie cech i struktury osobowości, zdolności poznawczych i pamięci, postaw, orientacji seksualnej i tożsamości płciowej. Ponadto omówili genetyczne uwarunkowania zaburzeń osobowości, nastroju, lękowych i odżywiania, uzależnień, patologicznego hazardu oraz schizofrenii, autyzmu, ADHD i destrukcyjnych zaburzeń zachowania.

hormonów stresowych – bliźnięta jednojajowe są bardziej podobne pod względem poziomu kortyzolu niż dwujajowe (Kirschbaum i in., 1992). Z drugiej strony geny wpływają na postrzeganie w określony sposób zdarzeń życiowych i w efekcie na to, czego człowiek doświadcza. W dwóch badaniach stwierdzono, że bliźnięta jednojajowe wychowywane osobno opisywały podobne wydarzenia stresujące i podobne postawy wobec rodziców[11].

Genetycy behawioralni starają się rozstrzygnąć, jakie znaczenie dla przejawianych przez człowieka cech i podejmowanych zachowań, dla jego zdrowia fizycznego i psychicznego ma wyposażenie genetyczne i mechanizm dziedziczenia (natura), a jaki warunki życia i uczenia się, wpływy środowiska i tzw. zdarzenia losowe (kultura). Dziedziczność jest podstawą przekazywania wielu cech fizycznych człowieka, współwyznacza wraz ze środowiskiem (w różnym stopniu) cechy psychiczne (np. towarzyskość, nieśmiałość, drażliwość), skłonności (np. do dominacji, agresywności, poszukiwania stymulacji, zadowolenia z życia), inteligencję, zdolności i zamiłowania (np. artystyczne), umiejętność podejmowania społecznych zachowań adaptacyjnych (np. altruistycznych, zdobywanie partnera seksualnego, związanych z przywiązaniem), poziom aktywności, uleganie nałogom (uzależnienie od substancji psychoaktywnych) lub zachorowania (autyzm, lęk, schizofrenia, nadciśnienie, cukrzyca, nowotwory) (Rathus, 2006, s. 147-15; Pisula, Oniszczenko, 2008).

Dla pedagoga (a tym samym dla rodziców) są to ważne spostrzeżenia, po pierwsze dlatego, iż wskazują one na konieczność liczenia się z różnicami indywidualnymi od urodzenia (Strelau, Zawadzki, 2008) i zróżnicowaniem potrzeb nawet u bliźniaków jednojajowych (jedno z bliźniaków jest zwykle mniejsze, o niższej wadze, miało inne doświadczenia prenatalne i urodzeniowe). Pozwala to zrozumieć różnice między osobami blisko spokrewnionymi z sobą, a zwłaszcza różnice między rodzicami i dziećmi oraz między dziećmi w tej samej rodzinie. Początkowo biologicznie uwarunkowany rozwój niektórych charakterystyk psychologicznych, stopniowo jest modyfikowany specyficznymi dla danej jednostki wpływami środowiska, które mają większe oddziaływanie modyfikujące znaczenie czynników genetycznych niż tzw. wpływy wspólne w tej rodzinie. Nie oznacza to pomniejszania roli czynników rodzinnych (którą ilustruje podobieństwo między dziećmi i rodzicami w rodzinie adopcyjnej), ale badania prowadzone w ramach genetyki zachowania wskazują na różny wpływ wspólnego i specyficznego środowiska w rozwoju różnych genetycznie uwarunkowanych cech osobowościowych (Pisula, Oniszczenko, 2008, s. 335; Strelau, Zawadzki, 2008, s. 834[12]).

[11] W: P. Linkowski, *Biologiczny model wyjaśniania i leczenia zaburzeń psychicznych: genetyka zachowania, biochemia systemu nerwowego, biologiczne leczenie*: http://hal.psych.uw.edu.pl/2006zalaczniki/psychopatologia_2_biologiczny%20_model_wyjasniania_zaburzen.ppt. / 25.08.2008.

[12] Autorzy ci wyjaśniają konieczność wyważonego podejścia do kwestii determinacji cech na przykładzie inteligencji, na której fenotypowy obraz oddziałuje addytywny i nieaddytywny

Po drugie, pedagog i rodzice, dzięki genetyce zachowania, otrzymują ważną informację o tym, iż wpływ genów nie ma charakteru deterministycznego, ale probabilistyczny. Dlatego pomimo wysokiej oddziedziczalności zachowanie człowieka jest modyfikowalne zarówno dzięki wpływowi otoczenia, jak też jego aktywności własnej oraz czynnika losu. Znaczenie wyposażenia genetycznego oraz przebiegu pre- i perinatalnego okresu życia jest ważne, czasem niedoceniane (stąd np. podejmowanie zachowań ryzykownych w okresie ciąży, medykalizacja porodu), a jednocześnie w kulturze zdominowanej przez myślenie psychoanalityczne – wpływ tego, co wrodzone, jest przeceniany. Skutkuje to tendencją do zwalniania się z odpowiedzialności za własne zachowanie („taki się urodziłem", „takie miałem dzieciństwo"), obciążania rodziców za wszelkie zaburzenia u dzieci lub przejawiane przez nie trudności wychowawcze, jak też wycofywaniem się z podjęcia wysiłku wychowawczego, edukacyjnego i rehabilitacyjnego wobec dzieci, których potencjał jest genetycznie ograniczony (Pisula, Oniszczenko, 2008, s. 335). Genetyka zachowania wskazując na stałą interakcję między tym co genetyczne, tym co wrodzone, tym co środowiskowe i tym, co stanowi aktywność własną podmiotu – niesie optymistyczne przesłanie usensawiające wysiłek wychowawczy i samowychowawczy.

Jednocześnie genetyka zachowania może dostarczyć informacji, jakie charakterystyki są bardziej a jakie mniej podatne na określone cechy warunków życia (np. brak lub niedobór określonych substancji chemicznych w okresie prenatalnym sprawiający, że ekspresja cechy następuje lub też nie), na wychowanie i kształcenie; co do których właściwości ludzkich znaczenie środowiska jest bardzo istotne i mamy na nie wpływ, a co do których mniej; w jakich obszarach oddziaływanie pedagogiczne może być najbardziej efektywne.

Genetyka zachowania zajmuje się między innymi genetycznymi i wrodzonymi (nabytymi prenatalnie) uwarunkowaniami zaburzeń rozwoju, chorób i wad. Różne kliniczne zespoły objawów zaburzeń psychicznych są zaburzeniami fenotypu, gdyż dziedziczna jest jedynie predyspozycja. Genetyka zachowania pomimo więc twierdzenia, iż prawie wszystko jest oddziedziczalne, jednocześnie wskazuje, iż zdecydowana większość naszych cech jest dziedziczona jako predyspozycja i aby mogły się one ujawnić, muszą zadziałać określone wpływy środowiska. Oznacza to, że dopiero interakcja genetycznie uwarunkowanej podatności na zachorowanie lub wystąpienie zaburzeń w zachowaniu z czynnikami ryzyka działającymi już od okresu prenatalnego, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa ich ujawnienia się (por. Pisula, Oniszczenko, 2008, s. 338). Wiedza o tym jest istotną informacją w procesie poradnictwa dla małżeństw z rodzin obciążonych, jak też poradnictwa adopcyjnego, ze względu na obawy rodziców co do niekorzystnych cech oddziedziczonych przez dziecko adoptowane od swoich biologicznych rodziców.

wpływ czynnika genetycznego oraz tzw. środowisko wspólne i specyficzne. Podkreśla to również, np. Oklińska (2008) pisząc, iż środowisko okazuje się być „lontem, podpalającym dynamit genetyczny, w jaki wyposażyła nas natura" (s. 86).

Pedagogika prenatalna, bazując na osiągnięciach genetyki zachowania, może wykorzystać je w edukacji, aby ustrzec osoby o zwiększonym ryzyku urodzenia dziecka z wadą przed niewłaściwymi decyzjami prokreacyjnymi oraz pomóc im podjąć racjonalne wybory. Pedagog może nie tylko przysłużyć się w poradnictwie genetycznym, ale również w edukacji rodziców, którzy przygotowują się do urodzenia dziecka z chorobą genetycznie uwarunkowaną, i wiedza co do specyfiki tej choroby lub niepełnej sprawności jest im bardzo przydatna. Rozumienie jej wpływu na reakcje i zachowanie dziecka, jego potrzeby i problemy, pomaga w kontakcie z noworodkiem, pozwala przyjąć właściwe postawy rodzicielskie, wyjść naprzeciw potrzebom dziecka i właściwie sprawować opiekuńczo-wychowawcze funkcje (Kornas-Biela, 1996a).

Trudno w tym miejscu ukazać wszystkie możliwe pola współpracy genetyki zachowania z pedagogiką, w tym prenatalną, i obszary ich wspólnych zainteresowań. Łatwiej myśleć o tym, iż to genetyka jest nauką pomocniczą pedagogiki, niż mniemać, że pedagogika mogłaby wnieść coś do genetyki behawioralnej. Jednak w perspektywie rozwoju genetyki, zwłaszcza obecnie, gdy stosując metody genetyki molekularnej, identyfikuje się geny warunkujące właściwości człowieka i wykazuje związki pomiędzy genami a konkretnymi cechami, może pojawić się pokusa działań eugenicznych. Rodzice mogą życzyć sobie „ulepszania swoich dzieci", mogą żądać urodzenia dzieci o określonych cechach, zwłaszcza, jeśli odczuwają presję społeczną, jeśli odmienność genetyczna jest uznawana w środowisku jako wyznacznik mniejszej wartości człowieka.

Pedagogika prenatalna może mieć swój wkład w edukację społeczeństwa co do zagrożeń mentalności eugenicznej; może wskazywać na zagrożenia rozwojowo-wychowawcze „zamawianych dzieci"; może w konkretnych sytuacjach służyć wsparciem dla rodziców zmierzających się z niepomyślną diagnozą co do „jakości produktu prokreacji"; może też wskazywać na niebezpieczeństwa ingerowania w strukturę genetyczną populacji ludzkiej, a więc wziąć udział w interdyscyplinarnej dyskusji (medycznej, biologicznej, prawniczej, etycznej, teologicznej, nauk humanistycznych) i dyskusji społecznej nad granicami praktycznego zastosowania wyników badań genetyki oraz co do konieczności ograniczeń i kontroli w tym zakresie.

Możliwości sterowania dziedzicznością pojedynczego człowieka (genetyka medyczna), jak i kontroli genetycznej poprzez planowaną i zorganizowaną hodowlę gatunku ludzkiego (wykorzystującą metody prokreacji wspomaganej do przeprowadzania sztucznej selekcji) budzą nie tylko zastrzeżenia moralne, ale też dalekosiężne zagrożenia zdrowotne. Kontrola genetyczna obejmowałaby działania zapobiegające wzrostowi urodzeń dzieci o genetycznej predyspozycji do poważnych chorób oraz zmierzające do zwiększenia częstości występowania w populacji genów uznanych za szczególnie pożądane.

Pedagogika prenatalna nie może pozostać obojętna wobec pomysłów zwolenników działań eugenicznych, by ustalać kryteria określające „idealny typ ludzki", tzw. doskonałe dziecko (Boehm, 2008) i tzw. cechy dobre i złe oraz poprawiać jakość puli

genowej populacji za pomocą takich środków, jak: zakaz zawierania małżeństw i prokreacji osobom obciążonym ryzykiem genetycznym, sterylizacja tych osób, specjalny dobór małżeństw, sztuczna inseminacja korzystająca z banków nasienia osób o korzystnych cechach biologicznych czy psychicznych. Co do kwestii „banków nasienia osób wybitnych" pedagogika może wnieść swój wkład, wskazując na możliwe obciążenia psychiczne dla osób, którym w ten sposób determinuje się ich przyszłość (kim mają być, jakimi cechami się wykazać, jaką rolę społeczną podjąć, jakie oczekiwania spełnić), oraz zagrożenia dla postaw rodzicielskich (miłość warunkowa, nadmierne wymagania i kontrola).

Podobnie wiele ważkich problemów pojawia się wobec możliwości dokonywania eksperymentów na istotach ludzkich, w tym także klonowania człowieka (Łukowska, 2001; Rathus, 2006, s. 151). Techniczne możliwości umieszczenia kilku komórek skóry, np. Alberta Einsteina w embrionie, by powstał nowy człowiek w 10% czy 70% genetycznie identyczny z nim, otwierają erę fabrykowania dzieci (*designer babies*), dzieci które mogą być chimerami i posiadać troje biologicznych rodziców oraz różny procent oddziedziczonych po nich cech, ale może też być dziecko całkowicie identyczne z dawcą komórek skóry. Takie są możliwości techniczne na dziś, a zakres ich ciągle dynamicznie się poszerza (Connor, 2008).

Nie tylko bioetyka, ale również pedagogika, i to nie tylko personalistyczna, odwołując się do najważniejszej zasady poszanowania godności ludzkiej i przyznania człowiekowi prawa do integralności i tożsamości osobowej oraz prawa do niepowtarzalności i posiadania unikatowego genotypu, powinna wskazywać niebezpieczeństwa klonowania. Prowadzi ono bowiem nie tylko do utraty tożsamości poszczególnych osób, ale też upowszechnienia przekonania o wymienialności i zastępowalności każdego człowieka, podważenia niepowtarzalnej wartości życia każdej osoby.

Endokrynologia zachowania

Istotnym dla pedagogiki prenatalnej obszarem nauk biologicznych jest wiedza z zakresu endokrynologii zachowania. Od lat dwudziestych XX wieku rozpoczęły się badania nad biologicznymi aspektami prokreacji i rozwoju prenatalnego, wykorzystujące poszerzającą się dynamicznie wiedzę o związkach chemicznych, mających wpływ na rozwój i zachowanie człowieka. Zainteresowano się menstruacją, ciążą, porodem, laktacją, jak też zmianami biochemicznymi towarzyszącymi rozwojowi embrionalnemu człowieka. Wzrastające w latach sześćdziesiątych zainteresowanie genezą zachowania człowieka szło w parze z zainteresowaniem endokrynologią zachowania. Psychologia skupiła się na skutkach tych zmian w zachowaniu dziecka (m.in. przed urodzeniem), zostawiając biochemii i biologii jej przedmiot badań – istotę i przebieg tych zmian. Nowo tworzące się dziedziny wiedzy, jak psychoneuroendokrynologia i psychoneuroimmunologia, w odniesieniu do ciąży i prenatalnego rozwoju, dostarczają podstawowej wiedzy wyjaśniającej reakcje dziecka prenatalnego na bodźce środowiska zewnętrznego oraz ich zapamiętywanie.

Różne wysoko wyspecjalizowane biochemiczne związki (hormony, neurotransmitery i inne polipeptydowe struktury) biorą udział w przetwarzaniu i zapamiętywaniu zmysłowych, czuciowych (*sensorial*) i dostrzegalnych, świadomych (*sensible*) rodzajów informacji. Dziecko sukcesywnie rozwija wrażliwość i kompetencje w zakresie potencjalnej zdolności percepcji dzięki temu, że w rozwoju szybko kształtuje się i doskonali centralny układ nerwowy oraz sieć podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa, a niektóre z biochemicznych związków biorących udział w zapamiętywaniu, są rozpoznawalne już prawie od początku rozwoju człowieka (Fedor-Freybergh, 1992b).

Pedagogika wykorzystuje zdobycze nauk endokrynologicznych dla uzasadnienia konieczności oddziaływań wychowawczych przed urodzeniem. Wyniki badań z zakresu psychoneuroendokrynologii i psychoneuroimmunologii zachowania uwydatniają rolę wpływu środowiska, w tym wychowawczego, na kształtowanie się podwalin psychiki człowieka. Wiedza ta może więc służyć do umotywowania rodziców w kierunku dbałości o rozwój psychiczny dziecka już od poczęcia. Poza tym nauki te dokumentują również fakt, iż w czasie ciąży stan psychiczny matki ma wpływ na formowanie się systemu nerwowego, endokrynologicznego i immunologicznego dziecka. Jej przeżycia, uczucia, wyobrażenia, fantazje są podstawowym narzędziem wykuwającym na przyszłość zręby biopsychospołecznego zdrowia dziecka wzrastającego w jej łonie (wypowiedź L. Uplinger na X Kongresie ISPPM w Krakowie, 1992).

Endokrynologia zachowania dostarcza również interesujących danych na temat biologicznego podłoża zmian psychicznych w przebiegu ciąży (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 42-70) oraz porodu i cyklu menstruacyjnego. Już w ramach edukacji młodzieży należałoby zwrócić uwagę na problemy, jakie powstają dla kobiet w związku z cyklicznością ich procesów rozrodczych, a także uzależnieniem ich samopoczucia od poziomu wielu hormonów oraz na wyposażenie kobiet w sposoby, by radzić sobie z nimi, np. z symptomami zespołu napięcia przedmiesiączkowego (Rathus, 2006, s. 145), z „smutkiem trzeciego dnia" po porodzie (Bielawska-Batorowicz, 2006, s. 223). Świadomość „normalności" tych objawów, ich kulturowego zróżnicowania (w zależności od postaw społecznych wobec tych zjawisk) oraz umiejętność radzenia sobie z nimi może być pomocą w akceptacji własnej płci, akceptacji związanych z nią procesów oraz w pozytywnym ustosunkowaniu się do prokreacji i macierzyństwa.

Teratologia behawioralna

Ważnym obszarem wspólnych zainteresowań pedagogiki prenatalnej i nauk biologicznych może być dziedzina teratologii behawioralnej, która zajmuje się identyfikowaniem teratogenów, czyli czynników zagrażających rozwojowi dziecka. Teratologia poszerzyła ogromnie swoje pierwotne zainteresowanie, które skupiało się na szkodliwym działaniu leków (np. chinina, valium, dietylstilbestrol) oraz promieniowania rentgenowskiego i atomowego na rozwijający się płód. Obecnie zajmuje się ona wszystkimi czynnikami, które potencjalnie mogą zagrozić zdrowiu lub życiu

człowieka w pre- i perinatalnym okresie jego rozwoju. Bada nie tylko, jakie to są czynniki, ale też warunki, które modyfikują ich szkodliwość (natężenie, częstotliwość, długość działania, współwystępowanie), wzajemne interakcje różnych czynników (a przez to potęgowanie, zmniejszanie lub niwelowanie ich szkodliwości).

Dzięki badaniom z zakresu teratologii behawioralnej poznano ogólne prawidłowości, których rozumienie może być pomocne w oddziaływaniach pedagogicznych, np. wiadomo, iż istnieje zależność jednoczesna wszystkich czynników działających w określonym czasie, które oddziałując na siebie, wspomagają działanie głównego czynnika negatywnego, oraz zależność sukcesywna, gdyż uprzednio działające szkodliwe bodźce mogą torować drogę następnym i zwiększać ich patogenny wpływ. Czynniki zaburzające rozwój występują częściej w środowisku ubogim ekonomicznie i kulturowo. Jednak to, czy dany czynnik stanie się szkodliwy dla rozwijającego się organizmu oraz rozmiar i znaczenie powstałego zaburzenia, zależy od kombinacji cech tegoż czynnika (rodzaju, natężenia, długości czasu działania) i właściwości organizmu matki, łożyska i właściwości dziecka, jak też etapu jego rozwoju. Cechy, które w ponad 50% rozwijają się przed urodzeniem, są później mniej wrażliwe na oddziaływanie środowiska (Wolański, 1981, s. 186).

Im wcześniejszy etap w rozwoju, tym szybsze tempo wzrostu, bardziej intensywne dojrzewanie, słabsza obrona kosmówkowa lub łożyskowa oraz odporność dziecka, stąd bardziej rozległe i poważne efekty patogenne działających czynników, które mogą zaburzyć kształtowanie się tego, co zostało dziedzicznie przekazane. Oznacza to, iż im wcześniejszy etap ciąży, tym większa musi być troska matki o ochronę przed czynnikami zagrażającymi dziecku, a zwykle jest odwrotnie. Wiedza o tym, iż istnieją okresy krytyczne i sensytywne dla pojawienia się, różnicowania oraz ustalenia względnej autonomii jakiegoś organu, jak i jego funkcji oraz nieodwracalność zaburzeń rozwoju, zwłaszcza dotycząca organogenezy (np. Brzezińska, Appelt, Ziółkowska, 2008, s. 132) – powinna być przekazywana w ramach edukacji prenatalnej, zanim para wejdzie w prokreację.

2. Współpraca z medycyną

Współpraca pedagogiki prenatalnej z medycyną ma niezmiernie szeroki zakres. Obejmuje on różne dyscypliny medycyny, np. embriologię, perinatologię, ginekologię, położnictwo. Ilustracją współpracy pedagogiki z medycyną może być jej wspólny teren zainteresowań z perinatologią jako działem medycyny (medycyna perinatalna[13]) skupionym na ochronie zdrowia matki, płodu (medycyna płodowa, medycyna

[13] Perinatologia (medycyna perinatalna) zajmuje się opieką zdrowotną nad kobietą ciężarną i rodzącą, rozwijającym się płodem, a następnie noworodkiem. Jej obszar nie jest ograniczony jedynie do „starej sztuki położniczej", ale dotyczy też fizjologii i patofizjologii embrionu i płodu (Słomko, 1985, s. 15).

prenatalna, fetologia) i noworodka. Ma ona na celu nie tylko profilaktykę i leczenie w odniesieniu do zdrowia, ale też optymalizację jego jakości po urodzeniu[14].

Optymalizacja opieki zdrowotnej nad matką ciężarną i jej dzieckiem wyznaczona jako cel medycyny pre- i perinatalnej, wymaga współpracy z psychologią i pedagogiką prenatalną[15], gdyż konieczne jest rozpoznanie nie tylko biologicznych, ale też psychicznych (emocjonalnych, społecznych, duchowych) potrzeb dziecka i jego matki (oraz najbliższych), aby zaspokoić je we właściwy sposób. Tworzenie warunków do realizacji potrzeb, motywowanie i kształtowanie umiejętności otoczenia społecznego dziecka i matki w tym zakresie – to pole działania pedagogiki prenatalnej.

Praktyczne znaczenie rozwoju techniki medycznej

Rozwój różnych dziedzin wiedzy, zwłaszcza genetyki, embriologii i medycyny perinatalnej, umożliwił rozumienie procesów i zjawisk odnoszących się do życia przed urodzeniem. Jednocześnie, dzięki wielu technikom medycznym, uzyskano wgląd w środowisko wewnątrzmaciczne i możliwość śledzenia współpracy układu sercowo-naczyniowego, nerwowego, hormonalnego, metabolizmu dziecka, jego ruchów, stanu zdrowia i samopoczucia, a to zmieniło wyobrażenia o życiu prenatalnym człowieka.

Liczba prenatalnych badań nad rozwojem i kompetencjami dziecka prowadzonych na podstawie technik medycznych jest ogromna (por. np. Lecanuet i in., 1995; Juan, 2006). Badania przy użyciu endoskopu wyposażonego w szerokokątny obiektyw i mikroskopu elektronowego oraz instrumentów z optyką światłowodową, pozwoliły dokonać unikalnych zdjęć wnętrza ciała kobiety, ujawniając „prace przygotowawcze" do zapłodnienia, wędrówkę zarodka ludzkiego wzdłuż jajowodu do macicy, zagnieżdżenie w niej i wczesną fazę jego rozwoju (pierwszy trymestr). Najnowsze techniki medyczne (obrazowanie ultrasonograficzne – USG, echokardiografia – KTG, elektroencefalografia – EEG, ocena hemodynamiki w dużych naczyniach dziecka i tętnicy pępowinowej – techniki dopplerowskie), pozwalają śledzić współpracę układu sercowo-naczyniowego, nerwowego, hormonalnego, metabolizm dziecka, jego ruchy, stan zdrowia, samopoczucie i jednocześnie ukazują dziecko jako kompetentne w stosunku do wymagań i warunków środowiska łonowego[16].

[14] Wyraża to motto do podręcznika *Medycyna perinatalna* pod red. Z. Słomki (1986): „Jakość opieki perinatalnej już nie powinna być oceniana w kategoriach ilości dzieci, które przeżyły, lecz na podstawie ich dalszego fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego rozwoju" (P.J. Huntingford).

[15] Przykładem może być tu zarówno wcale nierzadki problem, jak zagrożenie życia dziecka prenatalnego, co ze strony matki ujmowane jest jako sytuacja ciąży wysokiego ryzyka, zagrożenie ciąży (np. Szymona-Pałkowska, 2005).

[16] Do rozwoju wiedzy o dziecku przed urodzeniem przyczyniają się również metody diagnostyki prenatalnej, np. diagnostyka przedimplantacyjna, badanie skriningowe markerów w surowicy

Badając prenatalny rozwój dziecka za pomocą skomplikowanych technik, poznajemy go jako podmiot aktywności, czyli reagowania, orientacji, uczenia się, ekspresji i komunikacji społecznej (Kornas-Biela, 1993d/2002, 2002a, 2000b/2004). Naukowcy pracujący w zespołach badawczych, starają się zrozumieć „naturalny język" dziecka, jakim są jego ruchy kończyn i tułowia, ruchy oddechowe, bicie serca, połykanie wód płodowych, ruchy przepony lub oka oraz ich znaczenie jako wyrazów jego stanu świadomości, emocji, uwagi, uczenia się. Uzyskana i popularyzowana wiedza o dziecku prenatalnym porusza wyobraźnię rodziców, ich potrzebę kontaktu z nim i świadomość odpowiedzialności za jakość jego przyszłego życia (np. Nilsson, Ingelman-Sundberg, Wirsén, 1985; Bryan, 1994; Nilsson, Hamberger, 1995; Jonas, 2001).

Pedagogom stawiane są pytania o możliwość kształtowania więzi z dzieckiem, podnoszenia jakości kontaktów z nim oraz stymulowania jego rozwoju przed urodzeniem. Szczególna rola w poznaniu rozwoju i wzrastających możliwości dziecka oraz kształtowaniu więzi z nim przypada USG. Badanie USG w obrazie dwuwymiarowym (prezentacja B) pozwala obserwować przekrojowo wnętrze macicy i zarysy ciała dziecka, obecność i wielkość narządów, kształt detali anatomicznych.

Nowszej generacji aparaty USG umożliwiają badanie dopplerowskie, obrazujące przepływ krwi przez różne naczynia dziecka, a tym samym służą do badań funkcjonowania serca i jego reakcji na różne bodźce, określenia dobrostanu dziecka. Nowocześniejsze aparaty USG służą do trójwymiarowej (3D) a nawet czterowymiarowej (4D) rekonstrukcji obrazu dziecka i wnętrza macicy. USG 3D umożliwia uzyskanie trójwymiarowego zdjęcia dziecka, czytelnego w swoim wyrazie dla rodziców, co ma ogromne znaczenie dla kształtowania się wczesnej i głębszej więzi emocjonalnej z nim oraz większej troski o niego. Rodzice mogą więc zachować zdjęcia dziecka jako pamiątkę rodzinną dla siebie i dla niego. USG 4D pozwala natomiast zobaczyć ten trójwymiarowy obraz dziecka w czasie rzeczywistym, czyli dokonać obserwacji jego ruchów, a nawet bardzo precyzyjnych reakcji mimicznych (np. zmarszczenie brwi, otwieranie buzi, wysuwanie języka, uśmiech). Można więc rejestrować ruchową odpowiedź dziecka na różne bodźce zmysłowe, na stres, w postaci charakterystycznych ruchów i wyrazu twarzy.

Dorobek naukowy osiągnięty dzięki nowoczesnej diagnostyce prenatalnej, pedagogika prenatalna może wykorzystać jako uzasadnienie dla swych poczynań względem matki i dziecka oraz jako merytoryczną podstawę motywowania ludzi do opieki nad kobietą w okresie ciąży oraz do komunikacji z dzieckiem. Użycie USG oraz KTG może być wykorzystane do zmiany postawy wobec dziecka poczę-

krwi matki (tzw. test potrójny: dwóch hormonów wytwarzanych przez płód i przekazywanych do krwiobiegu matki: alfafetoproteiny – AFP i ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej – hCG oraz estriolu), markeru ultrasonograficznego NT (przeziemości karkowej), biopsja kosmówki i pobranie jej kosmków (trofoblastu – badanie CVS), punkcja owodni i badanie płynu owodniowego (amniopunkcja, amniocenteza), przezskórne pobranie krwi z żyły pępowinowej (kordocenteza), czasem laparoskopia.

tego (dzięki ultrasonograficznej wizualizacji wyglądu dziecka oraz usłyszeniu dźwięków bicia serca łatwiej następuje jego personalizacja), do kształtowania więzi z nim, do zmiany postaw otoczenia wobec matki w okresie ciąży (np. stosunku męża do żony). Inaczej mówiąc, aparatura medyczna i diagnostyka prenatalna może być wykorzystana w celach edukacyjnych. Jej odpowiednie zastosowanie może pomóc urealnić osobę dziecka, zwiększyć wiedzę rodziców o nim, wzbudzić uczucia względem niego i uformować postawy rodzicielskie (Kornas-Biela, 1992g, 1996a).

Poza tym badania prowadzone przy użyciu nowoczesnej aparatury diagnostycznej dostarczają danych, potwierdzających wpływ różnych czynników na zachowanie dziecka (np. lęku matki, hałasu, wibracji), na reakcje fizjologiczne organizmu dziecka, co pomaga w umotywowaniu rodziców i ich otoczenia do większej troski o ochronę dziecka przed tymi szkodliwymi czynnikami. Techniki te dokumentują również znaczenie prenatalnej komunikacji dla funkcjonowania dziecka (np. wpływ słuchania różnych rodzajów muzyki na rytm uderzeń jego serca).

Dzięki nowoczesnej aparaturze uzyskując wgląd w środowisko wewnątrzmaciczne, jest możliwe nie tylko poznawanie dziecka, ale też diagnozowanie jego schorzeń oraz jego leczenie (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 170-173, 2005a), np. na podstawie badania USG można opracować dokładny harmonogram rozwoju ruchowego przed urodzeniem, opisać wzorce ruchowe charakterystyczne dla danego okresu rozwojowego, co ma niebagatelne znaczenie w wykrywaniu chorób układu nerwowego oraz w przewidywaniu prawidłowości i tempa rozwoju po urodzeniu. Obrazowania 3D i 4D są również bardzo przydatne do wykrywania różnych wad i chorób (Boue, 1995)[17].

Oprócz diagnozy zaburzeń rozwojowych stworzyły się możliwości terapii prenatalnej: farmakoterapii i chirurgii płodowej, np. wewnątrzmacicznej transfuzji krwi. Diagnoza z wykorzystaniem biopsji trofoblastu, amniocentezy, fetoskopii i kordocentezy pozwoliła leczyć różne schorzenia dziecka. Płód jako pacjent stał się równoprawnym obok matki podmiotem interwencji medycznych[18] i troski psychologiczno-pedagogicznego personelu (Fisk, Moise, 1997; Evans, Platt, De La Cruz, 2001).

Praktyczne znaczenie rozwoju technik medycznych ujawnia się nie tylko w sytuacji niepomyślnej diagnozy prenatalnej, ale też perinatalnej – gdy patologia rozwoju rozpoznawana jest po urodzeniu dziecka. W jednym i drugim wypadku postęp w opiece medycznej wyraża się w zapewnieniu dzieciom paliatywnej opieki i objęciu rodziny interdyscyplinarną opieką hospicyjną. Dostępność pediatrycznej domowej

[17] Problematyce dynamicznie rozwijającej się techniki ultrasonografii i jej zastosowaniu do prenatalnego okresu życia człowieka poświęconych jest wiele czasopism, organizacji i konferencji, np. 18 World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 24-28.08.2008, Chicago, USA.

[18] Prof. Shoichi Sakamoto z Japonii w czasie X Kongresu ISPPM w Krakowie (1992) powiedział: „kiedykolwiek, gdziekolwiek mieliśmy nadzieje i marzyliśmy, ta nadzieja z pewnością została zrealizowana i przyniesie jaśniejszą przyszłość do perinatalnej medycyny".

opieki paliatywnej wobec noworodków i niemowląt urodzonych z ciężką chorobą wrodzoną stanowi ważną opcję dla rodziców, którzy miast wyboru eugenicznej aborcji, decydują się na urodzenie dziecka z wadą letalną (Kuebelbeck, 2003; Dangel, 2008; Szymkiewicz-Dangel, 2008; Kornas-Biela, 2008b).

Konsekwencje rozwoju rynku usług medycznych w odniesieniu do prokreacji

Możliwość wyodrębnienia się pedagogiki prenatalnej jest ściśle związana ze zjawiskiem zmedykalizowania doświadczeń prokreacyjnych oraz prenatalnego okresu życia człowieka (dziecko prenatalne jest podmiotem diagnoz, wraz z matką w ciąży jest traktowane jako pacjent). Pedagogika stoi wobec niespotykanych dotychczas wyzwań, stwarzanych przez rozwój ofert medycznych w zakresie prokreacji, które rodzą szereg trudnych problemów moralnych (por. Hepper, Shahidullah, 1994) oraz konsekwencji dla osobistego funkcjonowania odbiorców tych usług jak też życia rodzinnego[19].

Takimi usługami odnoszącymi się do prokreacji[20] są, np.: upowszechniany, łatwo dostępny szeroki asortyment środków antykoncepcyjnych, obowiązkowe liczne badania w przebiegu ciąży, rutynowe stosowanie diagnostyki prenatalnej, obowiązkowa hospitalizacja okołoporodowa, rozwój różnych form terapii (np. genowa i płodowa) oraz interwencji wobec rozwijającego się dziecka (aborcja, eksperymenty prenatalne, redukcja embrionów lub płodów w ciąży wielopłodowej, selekcja embrionów lub płodów ze względu na płeć lub inne cechy pożądane lub niepożądane), a nawet dotyczących zapoczątkowania życia ludzkiego (banki spermy, w tym, np. uzyskanej od wybitnych osób, sztuczne unasiennienie i zapłodnienie, macierzyństwo zastępcze), macierzyństwo u kobiet po menopauzie, banki zarodków ludzkich, mrożenie komórek rozrodczych (np. dla swoich dzieci), posiadanie dzieci przez pary homoseksualne, aseksualna prokreacja[21]. Wszystkie te procedury, niezależnie od ich zróżnicowania pod względem zdrowotnym oraz kontekstu psychologicznego i moralnego powodują, iż zmienia się wartość prokreacji w opinii społecznej, oczekiwania wobec niej, stosunek do niej i dyspozycja do konkretnych zachowań z nią związanych.

[19] Psychospołeczne konsekwencje rozwoju usług w zakresie diagnostyki prenatalnej zostały omówione w publikacjach Kornas-Bieli, m.in. 1993d/2002, 1996a, 1997d, 2005a, 2006a, 2008b, 2009d.

[20] Usługi te wymieniłam bez ich wartościowania, chociaż jedne z nich są korzystne i nie budzą zastrzeżeń moralnych, inne zaś mają negatywne konsekwencje dla zdrowia fizycznego i psychicznego oraz stawiają ludzi wobec dylematów moralnych.

[21] Oczywiście, wymienione usługi różnią się konsekwencjami dla zdrowia fizycznego i psychicznego rodziców oraz wymiarem moralnym, np. badania kobiet w ciąży i hospitalizacja w celu odbycia porodu to zwykle korzystne dla zdrowia kobiety i jej dziecka procedury, podobnie zastosowanie diagnostyki prenatalnej czy terapii płodu pozwala na ratowanie zdrowia i życia dziecka.

Coraz to nowe oferty w zakresie usług prokreacyjnych wzmagają poczucie braku gotowości do prokreacji lub poczucie frustracji w sytuacji rezygnacji, gdyż korzystanie z nich zdaje się być wyrazem „odpowiedzialnego rodzicielstwa". Odpowiedzialne rodzicielstwo to – jak się sugeruje – tylko prokreacja planowana, chciana, wobec której musi być ciągle „coś robione", monitorowana krok po kroku, zaopatrzona medycznie. Poza tym wiele klinicznych zaleceń przeniesionych zostaje na teren promocji zdrowia prokreacyjnego. Postuluje się, by ginekolog był nieodzownym „partnerem" przez większość życia kobiety[22].

Polityka rynkowa firm medycznych ingeruje w sferę świadomości i przekonań ludzkich oraz prowadzi do zmian zachowań tak, by służyło to koniunkturze dla produktów i usług medycznych[23]. W praktyce oznacza to kontrolę państwa i biznesu w najbardziej osobistych i intymnych sferach życia człowieka, manipulację różnymi jego wymiarami, przy jednoczesnym ukrywaniu celu i zysków swej działalności, rozdmuchiwaniu potrzeb i „zobowiązań" oraz wykorzystywaniu myślenia życzeniowego (por. Cylkowska-Nowak, 2000, s. 56-57). Upowszechnia się ułudę, iż poprzez zintensyfikowanie usług medycznych można zapewnić sobie pomyślną prokreację i urodzenie zdrowego dziecka.

Sfera prokreacji, chociaż nie kojarzy się już tak z śmiertelnością, jak to bywało kiedyś, to jednak nadal jest źródłem wielu sytuacji stresowych, do których paradoksalnie przyczynił się postęp diagnostyki i terapii medycznej. Kreuje on, jak to zostało zasygnalizowane wcześniej, wiele poważnych sytuacji decyzyjnych, wymusza podejmowanie trudnych wyborów, a tym samym powoduje zagubienie, osamotnienie, brak poczucia bezpieczeństwa, lęk przed podjęciem niewłaściwych decyzji oraz poszukiwanie informacji i wsparcia (np. Kornas-Biela, 2009d). W dyskursie bioetycznym wychodzącym naprzeciw dylematom moralnym powstałym wskutek rozwoju nauk technicznych i medycznych nie może zabraknąć pedagogiki – „...ta skomplikowana, ciągle mało rozpoznana problematyka, kreuje rozległy wymiar edukacyjny i stawia przed naukami o wychowaniu nieznane dotąd zadania, z którymi będą zmagać się kolejne pokolenia." (Ostrowska, 2006, s. 394). Pedagogika nie może pozostać obojętną wobec refleksji etycznej nad zastosowaniem osiągnięć nauk biologicznych i medycznych (np. klonowanie, zapłodnienie pozaustrojowe, inżynieria genetyczna, eutanazja) oraz wynikających z nich zagrożeń. Odchodzenie od etyki fundamentalnej na rzecz etyki praktycznej rodzi niebezpieczeństwo, że zostanie zagubiona wartość człowieczeństwa jako najważniejsza (Ossowski, 1998).

W sytuacjach realizacji niektórych decyzji prokreacyjnych potrzeba wsparcia rozciąga się na dłuższy okres czasowy (np. przy kolejnych próbach zapłodnienia

[22] Już nastolatce sugeruje się, by miała swego ginekologa i do zakończenia korzystania z hormonalnej terapii zastępczej w okresie menopauzalnym kobieta przez kilkudziesięcioletni okres swego życia jest ciągłym użytkownikiem usług medycznych.

[23] Por.: „[...] zdrowie stało się płaszczyzną działania politycznego, a jego promocja – formą indoktrynacji" (Cylkowska-Nowak, 2000, s. 53).

pozaustrojowego, diagnostyki prenatalnej). Tym bardziej, że usługi te funkcjonują coraz to częściej na podstawie relacji klient – obsługa, umowa, zapłata, kontrola jakości[24]. A człowiek czuje się coraz to bardziej zagubiony w gąszczu wzrastających opinii, ofert, możliwości[25], jako klient na rynku „wolnej konkurencji" w odniesieniu do swej prokreacji oraz zdrowia potomstwa (np. Działyńska, 1993, 1996). Dlatego potrzebuje on wskazówek co do zasadności korzystania z oferowanych mu usług (np. z amniocentezy) i warunków, jakie muszą być spełnione (np. wyższe niż populacyjne ryzyko przekazania dziecku choroby wrodzonej), oraz informacji o ich pozytywnych i negatywnych aspektach (np. braku możliwości zapewnienia, że dziecko urodzi się zdrowe), o ich korzyściach i szkodliwości (np. antykoncepcji, aborcji, nieuzasadnionych badań ultrasonograficznych), o ich wymiarze etycznym. Musi też orientować się w zawiłej sferze nieterapeutycznych usług medycznych, które jako tzw. medycyna luksusowa rodzą nowe i poważne problemy zdrowotne, psychologiczne, prawne i etyczne (Muszala, 2006).

Rosnące możliwości medycyny, eksperymentującej na gruncie prokreacji ludzkiej i spełniającej coraz bardziej wyrafinowane potrzeby człowieka, kosztem innych, często ważniejszych i rozwojowo bardziej dojrzałych, nasuwają konieczność edukacji zdrowotnej społeczeństwa, by mógł się on orientować w gąszczu zawiłych problemów i możliwości technik medycznych oraz informacji o dostępnych usługach w tym zakresie. Odpowiednio prowadzona edukacja prenatalna może przyczynić się do upowszechnienia wiedzy zwiększającej poczucie kompetencji i umiejętności potrzebnych do satysfakcjonującego przeżywania prokreacji.

Psychospołeczny i moralny kontekst usług medycznych związanych z prokreacją

Medykalizacja prokreacji postawiła pytanie o status ontyczny dziecka przed urodzeniem (w terminologii medycznej: zarodka i płodu ludzkiego) oraz zmieniła koncepcję rodzicielstwa. Ilustruje to wyraźnie stosunkowo rzadka, ale zdobywająca popularność usługa zwana macierzyństwem zastępczym (wynajem macicy za odpłatnością celem urodzenia dziecka zamawiającej parze, która nie musi być genetyczny-

[24] Rodzice i lekarze coraz częściej nastawiają się na „produkcję dzieci na życzenie", reprodukowaniem kolejnego egzemplarza tego samego gatunku (Nagórny, 1994, s. 339-365; Niebrój, 1997, s. 114-115; Katolo, 2000, 2003) i stają się kontrolerami jakości zamówionej usługi oraz wyceny stopnia zgodności „produktu" z oczekiwaniami, aby dziecku pozwolono żyć (Kornas-Biela, 2006a, 2008b).

[25] Np. sprzeczne i zmieniane co kilka lat opinie odnośnie do szkodliwości kolejnych generacji środków antykoncepcyjnych, środków wczesnoporonnych i technik aborcji; odmienne opinie co do wpływu na dziecko wegetariańskiego i wegańskiego sposobu odżywiania się przez matkę w okresie ciąży i karmienia piersią; różne opinie co do szkodliwości USG. Promocja zdrowia prokreacyjnego w tym zakresie zawiera jedynie intencjonalnie wybrane fragmenty z pełnej informacji, która należy się odbiorcy promocji zdrowia (por. Cylkowska-Nowak, 2000, s. 62).

mi rodzicami dziecka). Dziecko ma co najmniej dwie matki: matkę genetyczną i biologiczną, ale z powodu jakiś komplikacji zdrowotnych lub życiowych może mieć też inną matkę (lub matki), rzeczywiście wychowującą go. Coraz bardziej nagłaśniane zapotrzebowanie na usługę macierzyństwa surogatowego stwarza potrzebę zapewnienia psychopedagogicznej profesjonalnej pomocy zarówno rodzicom korzystającym z usługi tzw. macierzyństwa zastępczego, jak też rodzicom, którzy są wynajmowani do tej usługi.

Przykładem usługi medycznej, która rodzi wiele kontrowersji, jest zapłodnienie pozaustrojowe. Może ono powodować szczególne zamieszanie w relacjach rodzinnych, jakie pojawia się w sytuacji wykorzystania zamrożonych embrionów ludzkich po dłuższym czasie od ich poczęcia (np. własna siostra może być jednocześnie własnym dzieckiem, a wujek bratem) lub urodzenia dziecka po śmierci jego własnych rodziców. Pytania, do kogo należą zamrożone embriony, kto ma prawo decydować o ich dalszym losie, gdy zostaną osierocone, kto ma prawo je dziedziczyć, czyją są własnością (rodziców, rodziny, banku embrionów, laboratorium naukowego?), czyją własnością jest majątek po śmierci ich rodziców[26] – nie są bagatelne i wskazują, jak poważne problemy rodzi taka „anormalna sytuacja reprodukcyjna" (por. Katolo, 2000, s. 198). Pedagogika nie może pozostawać obojętna wobec takich zjawisk społecznych. Powstaje więc potrzeba bardziej dogłębnej ich analizy i podjęcia pewnych przedsięwzięć, m.in. edukacyjnych.

Innym rodzajem usługi, która inicjuje wiele problemów psychologicznych i moralnych, jest poradnictwo genetyczne oraz diagnostyka prenatalna (Kornas-Biela, 1993d/2002, 1996a, 2005a, e, 2006a, 2008b, 2009d). I nie chodzi tu tylko o profesjonalny kontekst udzielanej pomocy przez fachowy zespół lekarzy i innych specjalistów (np. psychologów, pedagogów pracujących w poradniach genetycznych lub współpracujących z nimi), ale również o rozbudowywanie się usług wynikających z coraz większej komercjalizacji medycyny w tym zakresie. Przykładem może być rosnąca popularność zamawiania na odległość (przez Internet) testów genetycznych. Pobraną próbkę za pomocą specjalnego zestawu i odpowiednio zabezpieczoną można wysłać zwykłą pocztą i otrzymać wynik w ciągu kilku dni. Problem w tym, iż jeśli wynik jest niekorzystny, tzn. wskazuje na ryzyko choroby nowotworowej lub innej poważnej, na którą nie ma żadnego lekarstwa, to klient zostaje sam w zaciszu domowym z taką informacją. Rozwija się więc sieć usług poradnianych na telefon, które mają pomóc w radzeniu sobie z powstałym stresem, jednak nic nie zastąpi kontaktu twarzą w twarz i osobowej relacji między pacjentem i profesjonalistą[27].

[26] Prawo dziedziczenia spadku po rodzicach przysługuje już przed urodzeniem, co oznaczałoby, że motywacją do skorzystania z embrionów, by je „zaadoptować" po śmierci ich rodziców, może być chęć odziedziczenia przynależnego im spadku.

[27] http://www.biotechnolog.net/2008/03/25/czy-poradnictwo-genetyczne-na-telefon-jest-skuteczne/03.08.2008.

Inne, poważniejsze problemy zdrowotne jak i psychologiczne pojawiają się wskutek korzystania z leków i farmaceutyków zamawianych w odpowiedzi na różne oferty internetowe, znajdujące się nie tylko na konkretnych stronach, ale też przychodzące jako tzw. spam. Oprócz różnych specyfików, np. zapewniających działanie zwiększające potencję seksualną lub antykoncepcyjne, są też rozprowadzane środki wczesnoporonne, których zastosowanie może być niebezpieczne dla zdrowia prokreacyjnego i psychicznego, a nawet życia użytkownika (Kornas-Biela, 2006e)[28].

Niektóre z propagowanych, zwłaszcza młodemu odbiorcy diet, odżywek, suplementów, specyfików odchudzających lub budujących tkankę mięśniową, oddziałują również na dalszą płodność i mogą mieć dalekie konsekwencje zdrowotne. Edukacja w tym zakresie jest nieodzowna, a wzrastająca liczba stron internetowych i ofert stanowi wyzwanie dla rodziców, wychowawców, pedagogów, by informować dzieci i młodzież o zasadach bezpiecznego korzystania z informacji uzyskiwanych drogą elektroniczną i formować użytkowników Internetu w kierunku bezpiecznych i racjonalnych zachowań konsumenckich w sferze prokreacji. Internet z roku na rok zyskuje na znaczeniu jako kanał dystrybucji produktów i usług związanych z zachowaniami seksualnymi i prokreacyjnymi, stąd w gestii pedagogiki jest rozwijanie inicjatyw edukacyjnych kierowanych do młodzieży oraz dorosłych, a promujących troskę o zdrowie w zachowaniach prokreacyjnych.

Wiele osób religijnych stoi wobec szczególnie trudnych dylematów etycznych związanych z prokreacją[29]. Nie orientując się dokładnie co do oceny moralnych aspektów proponowanej im oferty w dziedzinie prokreacji, szuka pomocy w podejmowaniu decyzji zgodnej z oficjalną nauką Kościoła katolickiego (np. Kornas-Biela, 2005a, e, 2009d; Lucas 2005; Jan Paweł II, 2006; Muszala, Rudziewicz, 2007; Derdziuk, 2006, 2008a)[30]. Jednak, niejednokrotnie wbrew swej woli, a jedynie wskutek braku odpowiedniej wiedzy u osób, które mogłyby być potencjalnymi doradcami w zakresie moralnej oceny decyzji prokreacyjnej, dokonuje wyborów w warunkach wielkiej niepewności i dyskomfortu psychicznego, związanego z wyrzutami sumienia i poczuciem winy.

Problem wyborów moralnych zgodnych z własnym sumieniem dotyczy nie tylko rodziców, ale też personelu medycznego, i to nie tylko w odniesieniu do procedur medycznych (np. Ford, 2002; Kornas-Biela, 2009d), diagnozy medycznej czy leczenia

[28] Nierzadko brakuje podstawowych danych, możliwych do sprawdzenia przez internautę, np. o tym, jakie kwalifikacje medyczne ma tzw. ekspert od porad, kim jest podmiot świadczący tego typu usługi drogą elektroniczną (wydawca serwisu), chociaż taki obowiązek wynika z ustawy.

[29] Np. w polskiej literaturze: Safjan, 1990; Sgreccia, 1994; Młotek, Reroń, 1995; Piechowiak, 1996; Niebrój, 1997; Muszala, 1998; Chyrowicz, 1999, 2002; Colombo, 1999; Sgreccia i in., 1999; Wróbel, 1999; Katolo, 2000, 2003; Nagórny, Derdziuk, 2001; Machinek, 2004, 2007; Biesaga, 2004, 2006, 2007; Nagórny, Kieniewicz, 2005; Derdziuk, 2008a.

[30] W odpowiedzi na to zapotrzebowanie na 344. zebraniu plenarnym Konferencji Episkopatu Polski, dn. 18.06.2008 r. powołano Zespół ds. bioetycznych przy KEP.

dziecka prenatalnego (Cioffi, 1995; Fisk, Moise, 1997; Brązert, Spaczyński, Szaflik, 2006), perinatalnej opieki nad dzieckiem ciężko chorym (Dangel, 2008, Szymkiewicz-Dangel, 2008, Kornas-Biela, 2008b), ale też udzielanej rodzicom porady.

„Jakość życia" naczelną wartością?

Rozwój medycyny i profilaktyki zdrowia przyczynił się do wypromowania idei „jakości życia". Jest ona obecnie bardzo lansowana i budzi społeczne zrozumienie oraz chęć sprostania stawianym przez nią wymaganiom. Człowiek chce bowiem żyć na jakimś akceptowalnym poziomie i uznaje prawo innych do życia o odpowiedniej jakości. Dlatego zrozumiałe jest podejmowanie starań, by poprzez właściwą opiekę prenatalną ze strony rodziców i służb medycznych zmniejszyć ryzyko zaburzeń rozwojowych i lepiej wykorzystać potencjalne możliwości postnatalnego rozwoju. Staranie o dobrą „jakość życia" własnego, dziecka czy rodziny stoi więc na straży dobrego zdrowia, ewentualnie wysokiego standardu opieki, zabezpiecza przed zaniedbaniem.

Jednak nie można nie wspomnieć o dostrzeganych w tym zakresie niebezpieczeństwach (np. Kornas-Biela, 1993d/2002, 1993c, 1997d, 2005a, 2006a, 2007h). Horyzontalna wizja życia i konsumpcyjne podejście do niego prowadzi stosunkowo szybko do odrzucenia jego bezwzględnej wartości i przyjęcia kryterium „odpowiedniej jakości". Jeśli więc nie można sobie lub innym zapewnić życia o odpowiedniej jakości, to wydaje się, iż nie warto żyć lub też można o tę „jakość życia" wszelkimi sposobami zabiegać (Kornas-Biela, 2005a, 2006a, 2008b). Stąd powstaje niebezpieczeństwo przyjmowania standardów, zgodnie z którymi „są takie życia niegodne przeżycia" (*wrongful life, lebensunwertes Leben*) i mogą one podlegać zniszczeniu. W tym podejściu do „nieudanego życia" czymś usprawiedliwionym wydają się współczesne formy działań eugenicznych[31].

Kryteria tzw. jakości życia wartego przeżycia różnią się kulturowo, ale wiadomo, że stawiane jednostce wymagania w tym zakresie, zwiększają się wraz z podnoszeniem się poziomu życia. Hedonistyczny, pragmatyczny i utylitarny system wartości powoduje wzrost oczekiwań społecznych co do warunków, jakie musi spełniać dziecko (coraz częściej już nie tylko pod względem zdrowia), aby jego urodzenie mogło być zaakceptowane (por. np. Szawarski, 1987c). Można spodziewać się, iż

[31] Np. selektywny dobór zarodków przed implantacją w procedurze zapłodnienia pozaustrojowego (na podstawie tzw. diagnostyki preimplantacyjnej), redukcja embrionów i płodów, aborcja dziecka obciążonego chorobą lub wadą, zrezygnowanie wobec ciężko chorych noworodków z tzw. środków zwyczajnych, bierna lub aktywna eutanazja osób nieuleczalnie chorych i starych, klonowanie odrzucające niepewność wyniku „genetycznej loterii", jak to ma miejsce przy seksualnej prokreacji, manipulacje na liniach zarodkowych. Tzw. „eugenika socjokulturowa w diagnozie prenatalnej widzi instrument eliminacji istnień o «niższej jakości życia»" (Katolo, 2000, s. 216; por. też Speck, 2005, s. 161-167; Kornas-Biela, 2006a).

w miarę rozwoju technik diagnostycznych wzrastać będzie liczba chorób i wad, przed którymi będzie można uchronić się drogą selektywnej aborcji, a tolerancja społeczna wobec chorób i wad wrodzonych będzie maleć. Pojęcie „zdrowia genetycznego" jako nieostre będzie obejmować coraz więcej cech uznanych arbitralnie jako pożądane, coraz mniej osób będzie spełniać kryterium zdrowia genetycznego. Jeśli natomiast człowiek nie będzie mógł przeżyć życia o określonym standardzie i spełnić wysuwanych wobec niego oczekiwań, może zostać uznany za „dziecko niechciane", „osobę nie w pełni tego słowa znaczeniu", „egzemplarz wybrakowany", „życie pozbawione wartości" (Kornas-Biela, 1996a, 2006a, 2008b).

Ocena jakości życia jest również bardzo indywidualna. To, co dla jednej osoby jest akceptowalną jakością życia, dla innej wydaje się niewystarczającą. Dziecko traktowane jako przedmiot własności rodziców, zostaje wycenione zgodnie ze społecznym oraz osobistym zapotrzebowaniem i standardami co do cech pożądanych i odrzucanych, traktowane jest jak towar, którego wartość można skalkulować, m.in. w aspekcie niezależności rodziców (jak bardzo będzie ciężarem) oraz jego użyteczności społecznej. Dziecko traktowane przedmiotowo musi przejść kontrolę jakości, aby mogło się urodzić lub by po urodzeniu pozwolono mu żyć (np. Szawarski, 1987b). Wartość dziecka jest odwrotnie proporcjonalna w stosunku do kosztów, jakie muszą ponieść rodzice i społeczeństwo w związku z jego utrzymaniem i zapewnieniem mu życia o odpowiedniej jakości.

W miarę rozwoju możliwości medycyny coraz bardziej chodzi nie tylko o eliminację wad genetycznych, ale również o celowy dobór cech pożądanych (Singer, Wells, 1988, s. 186). Chodzi już nie tylko o to, by dać parze upragnione dziecko, ale by dać im dziecko doskonałe (*perfect child*), dziecko spełniające ich oczekiwania (Sgreccia, 1994, s. 96; Landsman, 2008; Boehm, 2008). Zacieranie różnic między negatywną i pozytywną eugeniką usprawiedliwia nie tylko klonowanie, ale również inne sposoby dostarczania rodzicom „doskonałych dzieci", które mogą być wypracowane w przyszłości (Kass, 1999, s. 189; Boehm, 2008). W takim systemie wartości nie ma miejsca na bezwzględną miłość rodzicielską, poświęcenie i heroizm w opiece rodzicielskiej (Kornas-Biela, 2008b). Wspólny dla tych działań jest system wartości, który traktuje jako towar nie tylko człowieka, ale i elementy, z których on powstaje (da się je ekonomicznie wycenić), np. nasienie męskie, komórka jajowa oraz usługi związane z prokreacją (np. ze sztucznym zapłodnieniem, dawstwem zarodka, macierzyństwem surogatowym).

Wobec takich zagrożeń dla kształtowania się pozytywnych postaw społecznych wobec osób niepełnosprawnych i chorych oraz dla więzi rodzinnych opartych na bezwarunkowej akceptacji i miłości wzajemnej (Kornas-Biela, 1988d, 1997d, 2006a, 2008c; Asch, 2000; Domagała-Zyśk, 2007; Sienkiewicz, 2008), pedagogika nie może pozostać obojętna. Różnicowanie wartości życia na etapie prenatalnym zależnie od fizycznych lub psychicznych cech organizmu prowadzi do takiej samej dyferencjacji wartości ludzkiej egzystencji w fazie postnatalnej i odmowy lub ograniczenia prawnej ochrony życia osobom ciężko i nieuleczalnie chorym, niepełnosprawnym umysłowo lub fizycznie, jako niechcianym, uciążliwym, niepotrzebnym, zbyt drogo kosztują-

cym członkom społeczeństwa, którzy obniżają standard jego funkcjonowania (Kowalski, 2008b, s. 217).

Usprawiedliwianie przerwania komuś życia przed urodzeniem z powodu jego przyszłej niepełnosprawności (lub podejrzenia wysokiego prawdopodobieństwa jej wystąpienia) rzutuje na postawy społeczne wobec osób niepełnosprawnych oraz osłabia poczucie bezpieczeństwa społecznego. Jeżeli bowiem prawo do komfortu, wysokiej „jakości życia" jest ważniejsze niż prawo do życia, nikt nie może czuć się bezpieczny, gdyż każdy może stać się osobą o niskiej jakości życia: chorym, starym, potrzebującym wsparcia (Sienkiewicz, 2008, s. 267-268). Pedagogika prenatalna, współpracując z innymi naukami, np. aksjologią pedagogiczną (Ostrowska, 2006), może uczulać władzę publiczną do stanowienia prawa, w którym hierarchia dóbr ma właściwy porządek.

W edukacji prenatalnej rodziców trzeba uwzględniać potrzebę dostarczenia im wiedzy oraz koniecznej pomocy, by mogli przemyśleć różne stanowiska i wypracować własne zdanie. Poza tym pedagogika prenatalna ma tu niebagatelną rolę do spełnienia, gdyż trzeba opracować podstawy teoretyczne oraz zorganizować system pomocy rodzicom z utrudnieniami w prokreacji, z ryzykiem genetycznym, oczekującym w napięciu na badania diagnostyczne, otrzymującym niepomyślną diagnozę prenatalną, podejmującym decyzję: co dalej? (rodzimy czy usuwamy?), poddającym się selektywnej aborcji „płodu defektywnego" lub przygotowującym się na urodzenie dziecka niepełnosprawnego czy też tak chorego, iż nie ma ono szans na przeżycie (np. ciężkie wady mnogie, bezczaszkowiec). Niestety obecnie, pomimo dostępności usług medycznych w tym zakresie, brak jest wyspecjalizowanych form pomocy psychopedagogicznej i koniecznego w takich sytuacjach profesjonalnego wsparcia (Kornas-Biela, 1996a, 2008b).

Edukacja personelu medycznego

Związek pedagogiki prenatalnej z naukami medycznymi nie polega tylko na jednostronnym dostarczaniu pedagogice niepodważalnych dowodów pozytywnych oddziaływań wychowawczych, ale również pedagogika, dzięki edukacji prenatalnej, może mieć istotny wpływ na stan fizycznego i psychicznego zdrowia zarówno matki, jak i rodzącego się dziecka, a tym samym zmniejszać potrzeby, tzw. medycyny reparacyjnej.

Warto tutaj wspomnieć o konieczności oddziaływania pedagogicznego i wkładu pedagogiki prenatalnej w związku z edukacją personelu medycznego, który wykonuje badanie diagnostyczne, np. ultrasonograficzne lub udziela porady. W stosunku do badania USG sformułowano już wiele lat temu pewne wskazania, aby oprócz swej ważnej roli informacyjnej o stanie zdrowia dziecka odgrywało również rolę więziotwórczą i to nie tylko dla matki, ale też ojca dziecka, a nawet innych osób bliskich, zwłaszcza jeśli ich stosunek do „ciąży" matki jest nieprzychylny (Kornas-Biela, 1992g, s. 32).

Podobnie zostały już dobrze dopracowane zalecenia związane z tzw. pierwszą informacją, którą przekazuje personel medyczny rodzicom w wyniku niepomyślnej diagnozy prenatalnej lub w sytuacji niepowodzenia prokreacji, śmierci dziecka lub urodzenia dziecka z poważnym problemem zdrowotnym (Kornas-Biela, 1988b, 1992e, 1996a, 2001d, 2006b, 2008b, 2009d). Niezdawanie sobie sprawy ze znaczenia cech sytuacji porady (kto jej udziela, gdzie, w jakich warunkach), nieumiejętna porada, niewłaściwie przekazana, nieprzemyślane słowo, nawet gest, rodzaj spojrzenia, ton i melodia głosu, mogą przynieść wiele złego, być powodem pochopnych decyzji rodziców, źródłem ich cierpienia, długofalowych skutków ciążących na ich życiu i życiu ich dzieci.

Pedagogika prenatalna ma tu wiele do zaoferowania w zakresie wspomagania kompetencji personelu, by podnieść jakość jego komunikacji z rodzicami oraz umiejętność rozpoznawania zaburzonych zachowań i zapobiegania błędom jatrogennym, wynikającym z niewłaściwej postawy personelu wobec użytkowników ich usług diagnostyczno-terapeutycznych oraz wtórnym skutkom, np. niepowodzeń prokreacyjnych[32].

III. Współpraca pedagogiki prenatalnej z naukami humanistycznymi

Problematyka prokreacji, macierzyństwa i ojcostwa oraz prenatalnego rozwoju dziecka ujmowana jest w literaturze w kategoriach nie tylko pedagogicznych, biologicznych, medycznych i psychologicznych, ale też socjologicznych, kulturoznawczych, demograficznych, prawnych, politycznych, filozoficznych, etycznych, teologicznych.

1. Socjologia

Wśród wielu innych nauk wspomnieć jeszcze należy o dość bliskiej współpracy pedagogiki prenatalnej z socjologią. Wspólnym obszarem penetracji naukowej mogą być postawy społeczne wobec dziecka prenatalnego oraz prokreacji (zob. np. publikacje J. Mariańskiego), ich uwarunkowania, zróżnicowanie zachowań grup społecznych w różnych sytuacjach prokreacyjnych. Dla decyzji o prokreacji i jej pomyślności, akceptacji poczęcia dziecka i jego prawidłowego rozwoju nie jest obojętne,

[32] Por. w odniesieniu do poradnictwa genetycznego zagadnienie to jest omówione m.in. w: Kornas-Biela, 1996a, s. 49-56, a do diagnostyki prenatalnej m.in. w: 1992g, 2008b, 2009d.

z jakimi oczekiwaniami, ocenami, przekonaniami, postawami odnosi się otoczenie do przyszłych lub prenatalnych rodziców. Społeczna atmosfera panująca wokół prokreacji może spowodować podjęcie decyzji wbrew osobistym pragnieniom, np. o poczęciu dziecka lub przeciwnie – o rezygnacji z dalszej prokreacji, o poddaniu się zabiegom sztucznego zapłodnienia, o aborcji, o „przyspieszeniu porodu" celem uniemożliwienia urodzenia dziecka z wadą wrodzoną, o skorzystaniu z ofert diagnozy prenatalnej.

Wcale nierzadko oczekiwania i modele społeczne mają decydującą moc oddziaływania i stanowią siłę bezwiednego nacisku na decyzje prokreacyjne (np. bardzo trudno jest przełamać model jedno- czy dwudzietności i podjąć decyzję zgodną z własnymi pragnieniami o większej liczbie dzieci w rodzinie). Mechanizm wpływu postaw społeczeństwa na postawy indywidualne ma również charakter wpływu pośredniego, ukrytego, gdyż opiera się na projekcji na otoczenie własnych przekonań ukształtowanych pod wpływem wcześniejszych oddziaływań opinii społecznej. Konkretna osoba dokonuje więc wyborów zgodnych z oczekiwaniami, jakich spodziewa się, iż są do niej kierowane ze strony otoczenia (jej projekcja), a które są zgodne z jej własnymi uprzednimi poglądami i ocenami w danej kwestii (np. ma trudności z akceptacją zmian w swoim wyglądzie, gdyż odnosi do siebie treść słyszanych kiedyś negatywnych komentarzy co do sylwetki kobiet ciężarnych). Kobieta czy para nie dokonuje więc czasem wyborów, które są zgodne z ich głęboko wewnętrznymi potrzebami, ale które są zgodne z realnymi lub projektowanymi życzeniami otoczenia[33]. Dlatego tak ważna jest rola funkcjonujących w społeczeństwie modeli zachowań, stereotypów i przesądów oraz czynników ich zmiany.

Pedagogika prenatalna i socjologia mogą spotkać się w swoich badawczych poszukiwaniach wobec takich problemów, jak społeczna rola kobiety ciężarnej, rodzącej czy karmiącej piersią, społeczna percepcja jej statusu (prawa, przywileje, obowiązki), społeczne oczekiwania wobec niej, mity i stereotypy dotyczące zarówno samej prokreacji, jak też osób w nią zaangażowanych, np. dotyczące kobiety ciężarnej, karmiącej piersią (ich diagnoza, zróżnicowanie, uwarunkowania, konsekwencje), mechanizmy zmiany społecznej w tym zakresie. Na szczególną uwagę zasługuje problematyka „socjologii aborcji", której piśmiennictwo ogranicza się głównie do prezentowania wyników badań opinii publicznej, zleconych w celu liberalizacji prawa do aborcji. Wobec tej jednej z najczęstszych interwencji medycznych (około 50 mln rocznie), której społeczne konsekwencje są bardzo rozległe, występuje „naukowa zmowa milczenia", natomiast do głosu dochodzą sprawy, podsycane nadrzędnymi celami partii politycznych (Kuttner, 2008). Analiza społecznego kontekstu funkcjonowania prawa legalizującego aborcję oraz roli mediów w tym zakresie

[33] Uleganie presji opinii społecznej jest jednym z nieuświadomionych motywów podejmowania decyzji o aborcji. Rola oczekiwań otoczenia w tym zakresie (realnych lub projektowanych), wzorców postępowania z tzw. niepożądaną ciążą, funkcjonujących modeli dzietności – jest nie do przecenienia (np. Kornas-Biela, 1988a).

(np. Lepa, 1995; Nathanson, 2000) może być interesującym obszarem wspólnych badań pedagogiki prenatalnej i socjologii.

Szczególnie ważne stało się badanie zachowań seksualnych i prokreacyjnych w terminach konstruktu społecznego, np. ciąża nastolatków. Dla pedagogiki „ciąża nieletnich" to wyzwanie związane z zapobieganiem temu zjawisku jako niepożądanemu ze względów zdrowotnych, psychicznych i społecznych, z udzielaniem pomocy młodocianym rodzicom i ich dzieciom, z konstruowaniem programów interwencji i edukacji w tym zakresie (np. Kornas-Biela, 1996b, 2001b, 2005c, 2006f; Jones, Battle, 1999; Marzec-Holka, 2003). Natomiast w socjologii zwraca się uwagę, iż problem ten jest konstruktem związanym ze społeczną organizacją życia we współczesnym cywilizowanym świecie Zachodu, w którym ze względu na wieloletnią obowiązkową edukację ludzi młodych, przedłuża się im przywileje dzieciństwa przez cały okres adolescencji, a odbiera możliwość usamodzielnienia się do okresu wczesnej dorosłości (Kornas-Biela, 1996b). Podobnie, funkcjonowanie w sytuacji, np. niepłodności, zależy od społecznego kontekstu i konstruktu, który określa, co to znaczy być niepłodnym (przyczyny, skutki), gdyż ma on wpływ na osobiste znaczenie niepłodności (Greil, 1997).

Szczególna siła oddziaływania na zachowania prokreacyjne ludzi przypada przesądom. Ich badanie to interesujące pole dla pedagogiki prenatalnej i socjologii. Są one bowiem szczególnie rozbudowane w stosunku do okresu ciąży i porodu, gdyż są to procesy odbierane jako tajemnicze, o niezgłębionych siłach i nieprzewidywalnym przebiegu. Rodzą więc potrzebę zabezpieczenia się przed ich niepomyślnym przebiegiem poprzez zachowania symboliczne. Nie tylko niewiadoma co do losów ciąży, porodu i zdrowia dziecka, ale również zmiany neurohormonalne zachodzące w tym okresie powodują, że kobieta staje się szczególnie podatna na sugestie, wrażliwa na sugerowane jej zalecenia, nawet najbardziej absurdalne, by tylko urodzić zdrowe dziecko. Podporządkowanie się społecznie sankcjonowanym przez przesądy zaleceniom, traktuje jako sposób na zapewnienie sobie prawidłowego przebiegu porodu zakończonego urodzeniem normalnego dziecka.

Niepublikowane badania własne autorki książki nad przesądami kierowanymi do kobiet w ciąży wskazują na ich ogromne zróżnicowanie tematyczne. Dotyczą one zarówno poczęcia dziecka, jego płci, przebiegu ciąży, porodu, jak i zdrowia, wyglądu, cech oraz skłonności i uzdolnień dziecka, postępowania z noworodkiem, pielęgnacji. Przesądy są nie tylko zróżnicowane tematycznie, ale też historycznie i terytorialnie (Ciukszo, 1993, s. 7-15), chociaż niektóre z nich mają interkulturowy charakter. We wszystkich kulturach przesądy odzwierciedlają przeświadczenie o wpływie samopoczucia matki, jej uczuć (np. przestrachu) i zachowań (np. agresywnych) na cechy ujawniane później u dziecka oraz konieczność zapewnienia kobiecie kontaktu ze wszystkim, co piękne i dobre, by znalazło ono odbicie w dziecku (Kornas-Biela, 1995a; 1993d/2002, s. 56).

W kulturach pierwotnych przesądy są również wkomponowane w zalecenia kierowane do ojca dziecka i są one częścią tzw. „rytuałów przejścia", których w cywilizacji

zachodniej brak, co powoduje nasilenie zespołu objawów zwanego *couvade* (Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 83-84; Doja, 2005; Brennan i in., 2007). Mają one charakter nakazów i zakazów związanych z tym, co ojciec może spożywać, jak ma się zachowywać (co wolno mu, a czego nie wolno robić), czym się otaczać w okresie, gdy jego żona jest w ciąży, rodzi lub jest w połogu. Ich celem było unormowanie zachowań rodziców, by przestrzegając je, mogli zapewnić sobie poczucie bezpieczeństwa i utwierdzić się w przekonaniu, iż zrobili wszystko, by dziecko urodziło się zdrowe.

Niektóre z przesądów, chociaż absurdalne w treści, niosą ważne po dziś dzień przesłanie, iż kobieta w okresie ciąży powinna chronić siebie od sytuacji, w których mogłaby ulec przestraszeniu i silnym negatywnym emocjom, dbać o siebie, zapewnić sobie spokój i pogodę ducha[34]. Zobowiązywały one również otoczenie do troski o potrzeby matki ciężarnej[35]. Obecnie, zabezpieczającą przed złym losem rolę przesądów, przejęła medykalizacja prokreacji, ale nie zlikwidowała niepokoju matek o zdrowie swych nienarodzonych dzieci.

Innym wspólnym problemem dla pedagogiki prenatalnej oraz socjologii może być rola zabobonów, przesądów i usankcjonowanych zwyczajów dotyczących przygotowania do poczęcia, ciąży, porodu, połogu oraz traktowania noworodka. Chodzi tu nie tylko o opis i zróżnicowanie przesądów oraz reguł postępowania (np. terytorialne, zależnie do grupy społecznej), ale również o wyjaśnienie sposobu i siły ich międzygeneracyjnego przekazu, roli jaką pełnią, konsekwencji podporządkowania się im lub ich nieprzestrzegania.

Pedagogika prenatalna i socjologia mogą też zajmować się wspólnie pewnymi społecznie usankcjonowanymi wzorcami zachowań rodziców w okresie ciąży, przygotowań do odbycia porodu oraz podejścia do noworodka (por. np. Zadrożyńska, 1988), jak też zmianami w tym zakresie (wskutek np. przeobrażeń społecznych, ale też roli mediów, modeli zachowań osób publicznych). Dotyczy to szerokiego spektrum zagadnień, np. obecności mężczyzny w gabinecie ginekologicznym czy w szkole rodzenia, wzrastającego trendu do odbywania porodu w wodzie, w różnych pozycjach, w domu.

Jako przykład nowego wzorca zachowań może też służyć coraz bardziej powszechny udział ojca w porodzie. Doceniając zalety obecności mężczyzny dla przebiegu porodu, dla matki, dla dziecka i jego samego jako ojca (Fijałkowski, 1996a; Kornas-Biela, 1993d/2002, s. 136-146), nie sposób nie zwrócić uwagi, iż wykreowano pewien model „rodzącego tatusia", który dla wielu mężczyzn staje się przymusowym

[34] Zob. stanowisko J. Śniadeckiego w sprawie przesądów – tępił to, co w nich absurdalne, potwierdzał autorytetem medycyny to, co w nich słuszne (1997).

[35] Obowiązkiem otoczenia było spełnianie zachcianek i próśb kobiety ciężarnej – odmowa mogła zaszkodzić dziecku, ale też sprowadzić nieszczęście na osobę, która odmówiła. Ustrzec się od takiego nieszczęścia (np. zjedzenia przez myszy tego, co odmówiono) można było przez pewne gesty, np. rzucenie za odchodzącą kobietą garści popiołu (Biegeleisen, 1927, s. 29-31, 41-42).

wzorem „dobrego tatusia" i „dobrego męża". Niektórzy mężczyźni decydują się na obecność przy porodzie jedynie ze względu na modę (poczucie: wszyscy tak robią, to i ja powinienem), dobre imię, dobrą opinię w środowisku (odmowa znaczyłaby, że „nie jest prawdziwym mężczyzną", gdyż boi się, jest mięczakiem, nie można na nim polegać, będzie złym ojcem).

Obie nauki mogą być zainteresowane penetracją badawczą konsekwencji społecznych oczekiwań wobec zachowań prokreacyjnych (zmian w wymaganiach, gdy już nie „Ludwiku, do rondla", ale „Ludwiku, na porodówkę"). Przy czym obie dyscypliny zainteresowane rolą wsparcia społecznego w procesie prokreacji mają ważne zadanie, by promować różne jego formy, nie tylko zobowiązujące ojca dziecka do wspierania kobiety, gdyż to oboje rodzice i cała rodzina wymaga wsparcia, przede wszystkim w postaci pozytywnej atmosfery wokół nich jako rodziców w procesie prokreacji.

Pedagogika prenatalna daje socjologii inspirację do wcześniejszego, niż czyni to obecnie, dostrzeżenia roli potrzeb społecznych, więzi społecznych, komunikacji społecznej, zobowiązań społecznych i dynamiki grupy społecznej, jaką jest rodzina w procesie prokreacji. Socjologia może skupić swoje zainteresowanie na rodzinie oczekującej urodzenia dziecka oraz problemach ludzkiego funkcjonowania, jakie wnosi prokreacja. Postulaty formułowane przez pedagogikę prenatalną a dotyczące rozwijania międzyosobowego dialogu, form międzyludzkiej komunikacji, jej dalekosiężnego i wieloaspektowego znaczenia, zwłaszcza tak docenianej obecnie komunikacji pozawerbalnej, mogą być dla socjologii inspirującym źródłem pomysłów, koncepcji teoretycznych oraz procedur badawczych.

Innym ze wspólnych pól zainteresowań pedagogiki prenatalnej oraz socjologii może też być rola mediów. Mogą one promować kulturę prenatalną lub ją niszczyć. Mogą one ukazywać rodzicielstwo jako obszar twórczej realizacji siebie, ale również społecznych zobowiązań, mogą też deprecjonować zaangażowanie na rzecz prokreacji i opieki nad małym dzieckiem. Poza tym obie nauki mogą wskazywać na niebezpieczeństwa niewłaściwego korzystania z mediów, które prowadzi do wygaszenia potrzeb społecznego kontaktu i braków w zdolności więziotwórczej, empatii i współczucia, a zdolności te są potrzebne, by móc wejść w kontakt z dzieckiem prenatalnym.

Do socjologii i pedagogiki prenatalnej należy wspólna troska o to, by zwiększyć zrozumienie ważności życia prenatalnego i perinatalnego w wymiarze życia indywidualnego i społecznego zarówno przez poszczególne osoby, jak i zorganizowaną społeczność. Bez docenienia tej najbliższej więzi, jaka powinna zachodzić między matką i jej nieurodzonym dzieckiem, bez pielęgnowania komunikacji człowieka z człowiekiem od początku jego istnienia, bez szacunku dla kreatywnej potencjalności tkwiącej w prenatalnym okresie życia człowieka, dzieci nie będą w stanie wykorzystać tych warunków rozwojowych i edukacyjnych, które im zostaną zorganizowane. Podstawową świadomością rządzących i przedmiotem ich działania powinno być stworzenie programów społecznych i polityki społecznej, które chroniły-

by i wspierały kobiety w ciąży i ich dzieci oraz doceniły prokreację i ukazały jej właściwą pozycję spośród różnych aktywności ludzkich. Niezbędny jest rozwój sposobów wymiany informacji z zakresu psychologii i pedagogiki pre- i perinatalnej oraz współpracy w zakresie tworzenia programów społecznych i prawa, uwzględniających osiągnięcia i wytyczne tych nauk.

2. Muzykologia

Bardzo interesujące i owocne okazują się też powiązania między psychologią i pedagogiką prenatalną oraz muzyką. Dotyczą one zwłaszcza obszaru stosowania muzyki jako metody relaksacyjnej, a nawet psychoterapeutycznej dla kobiet (rodziców) w okresie ciąży i porodu oraz muzykoterapii prenatalnej (Fridman, 2000; Larocca, Foroni, 2001, s. 60-77, 105-117; Poręba, Dutkiewicz, Drygalski, 2002). Słuchanie muzyki oraz granie na instrumentach i śpiewanie dziecku okazuje się ważnym czynnikiem sprzyjającym kształtowaniu się przywiązania osób bliskich do dziecka oraz jego rozwojowi.

Zdolność do reakcji na dźwięk pojawia się około 22 tygodnia życia dziecka, ale nieco wcześniej dziecko odbiera bodźce wibracyjne i reaguje na nie (około 20 tygodnia – Joseph, 2000). Narząd słuchowy przez cały okres prenatalny doskonali swoją elektrofizjologiczną aktywność (np. tworzy się asymetria mózgowa do odbioru lewą półkulą dźwięków mowy a prawą muzyki). Ogromna liczba badań nad prenatalnym rozwojem zmysłu słuchu (najbardziej poznany zmysł) wskazuje, iż dziecko odbiera bodźce dźwiękowe i reaguje na nie, np. zmianą w rytmie uderzeń serca (Poręba, Dudkiewicz, Drygalski, 2002[36]), w ruchach ciała, w ruchach „oddechowych" klatki piersiowej, w stanie behawioralnym (np. wybudzenie ze snu), w gospodarce hormonalnej (Arduini, Rizzo, Romanini, 1995). Dziecko prenatalne również uczy się (habituacja wobec dźwięków powtarzanych), co jest wskaźnikiem prawidłowego rozwoju neurologicznego i ma znaczenie predykatywne (np. Foster, Verny, 2007). Dziecko zapamiętuje często powtarzane mu przed urodzeniem bodźce słuchowe, co objawia się tuż po urodzeniu, np. preferowaniem głosu matki nad wszelkie inne głosy, głosów z bliskiego otoczenia matki, np. ojca nad inne, głosu kobiecego nad głos męski, głosów ludzkich nad inne dźwięki, reakcją na „znane" fragmenty muzyki, na bicie metronomu lub tykanie zegarka przypominające rytm uderzeń

[36] Autorzy ci na podstawie badań czynności serca dziecka u 35 matek w 38-41 tygodniu ciąży, którym emitowano muzykę relaksacyjną, aktywizującą i pobudzającą, stwierdzili, że stymulacja muzyką wpływa na zachowanie czynności serca i ruchów dziecka; różne rodzaje dźwięków muzycznych wywołują odmienne reakcje dziecka; dźwięki muzyczne zwiększają częstość akceleracji serca w porównaniu z okresem bez muzyki; muzyka aktywizująca w porównaniu do okresu bez muzyki istotnie zwiększa wartości zmienności krótkoterminowej; wraz ze wzrostem tempa muzyki nasila się czynność skurczowa macicy i ruchy dziecka.

serca matki, który był stałym dźwiękiem prenatalnego „uniwersum", zsynchronizowaniem ruchów ciała do rytmu mowy osób dorosłych po urodzeniu – zjawisko tzw. *baby talk* (Kornas-Biela, 1992a, 1993a, 1993d/2002, s. 130).

Zauważono, że muzyka ma pozytywne działanie na wzrost roślin i wydajność zwierząt, dlatego powstało pytanie, czy nie ma też pozytywnego działania na dziecko przed urodzeniem (Marc, Marc, 2007, s. 333). Wszystkie dotychczas przeprowadzane obserwacje prowadzą do wniosku, iż muzyka ma pozytywny wpływ na człowieka (Natanson, 1979; Ramirez, Alvaro, 1983; Larocca, Foroni, 2001; Jarkowska, 2004), w tym rówież na matkę w okresie ciąży oraz jej dziecko.

Przed urodzeniem preferowana jest przez dzieci muzyka działająca na matki rozluźniająco i uspokajająco, muzyka rytmiczna, ale o stałym rytmie (częstotliwość uderzeń serca człowieka dorosłego w stanie spoczynku). Muzyka zbyt głośna (np. mocny rock), o zmieniającym się rytmie – wywołuje niepokój dziecka, co objawia się poprzez wzmożenie jego silnych ruchów, wystąpienie częstoskurczu. Na dzieci szczególnie pozytywnie oddziałuje muzyka o niskich częstotliwościach, wykonywana na takich instrumentach, jak flet, fagot, wiolonczela, kontrabas. Dzieci przed urodzeniem, jak i niemowlęta preferują muzykę klasyczną, barokową, muzykę takich kompozytorów, jak Vivaldi, Mozart, Chopin, Bach, Haydn, Haendel, Schumann, Schubert, Debussy, Czajkowski, Falsch, Boccherini (Kornas-Biela, 1992a, 1993a). Poza tym zarówno przed, jak i po urodzeniu dziecka polecane jest słuchanie i śpiewanie piosenek dla dzieci. Przez swą linię melodyczną oraz treść wywołują dobry nastrój, wyciszają, rozluźniają, rozweselają, a dla rodziców stanowią miłe wspomnienie dzieciństwa, teraz na nowo odtwarzane ze swoim już dzieckiem[37].

W wielu poradnikach dla kobiet w ciąży, a skoncentrowanych na psychicznym aspekcie jej przebiegu, na kształtowaniu przywiązania rodziców do dziecka – muzykowanie dziecku (śpiew, granie dla niego na instrumentach, słuchanie muzyki) w połączeniu ze stymulacją ruchową (taniec, bujanie biodrami) i dotykową (przez matkę i innych bliskich) jest najczęściej wspominanym sposobem emocjonalnej komunikacji z dzieckiem i optymalizowania jego rozwoju (np. Marnie, 1989; Sutcliffe, 1994; Kornas-Biela, 1993d/2002). Na polskim rynku nie ma szerokiego dostępu do płyt z nagraniami muzyki czy piosenek specjalnie przygotowanych na okres ciąży i porodu. Wyjątkiem jest tu m.in. płyta wykonawstwa Teresy Przeradzkiej „Czekam na ciebie maluszku", z piosenkami kierowanymi swą treścią do dziecka nienarodzonego, wydana przez Human Life International-Europa w Gdańsku. Ukazała się też płyta „Kojące dźwięki z łona matki", która zawiera uspokajające aranżacje muzyczne, rzeczywisty dźwięk bicia serca osoby dorosłej oraz odgłosy wód płodowych a więc dźwięki słyszane z perspektywy dziecka w łonie i działające na nie wyciszająco po urodzeniu (G. Dondziłło, „Kołysanki prenatalne").

[37] Obecnie dostępnych jest nieco więcej takich płyt, np. „Piosenki dla dzieci" (T. Przeradzka, HLI-Europa); „Kołysanki słodkich snów..." (Polskie Media Amercom, ISBN 83-7235-911-3), „Koci, koci łapci. Piosenki dla najmłodszych" (www.rodziceonline.pl).

Poza tym opracowano wiele programów komunikacji z dzieckiem za pomocą śpiewu rodziców, grania mu na instrumentach, a zwłaszcza słuchania specjalnie przygotowanych zestawów z fragmentami muzyki. Przykładem tego może być program „Heartsongs", opracowany przez dr L. Thurmana i A.P. Langness, prowadzony w „The Voice Center" w Minneapolis; program „Love Chords" przygotowany przez dr. T. Verny'ego i S. Collier[38], oraz inne, jak np. Bartels – „Lullaby Magic"; Bearns, Ron – „Golden Voyage"; Jones, Doug – „Kali's Dream. Peaceful Piano Melodies".

Innym przykładem specjalnej stymulacji muzycznej może być „Firstart" (autorstwa Manuela Alonso i Rosa Plaza), polegający na odtwarzaniu dziecku z taśmy magnetofonowej ułożonej na brzuchu matki nagranych utworów smyczkowych. W badaniach prowadzonych nad efektywnością tego programu rodzice byli też zachęcani do częstego mówienia i śpiewania dziecku. Badania z użyciem grupy kontrolnej wykazały, że dzieci z grupy zasadniczej były poddane około 70 godzinom stymulacji muzycznej od 28 tygodnia rozwoju prenatalnego i po urodzeniu uzyskiwały lepsze wyniki w aktywności motorycznej, koordynacji zmysłowej, rozwoju poznawczym i językowym. Matki oceniały je wyżej w 22 itemach skali obserwacyjnej, badającej ich rozwój, niż matki grupy kontrolnej (Lafuente i in., 1997). Dalsze badania kontynuujące obserwację rozwoju tych dzieci, potwierdziły ich bardziej przyspieszony rozwój w porównaniu z grupą kontrolną (wcześniej pojawiały się pewne umiejętności), chociaż różnice nie były już tak duże (Lafuente, Grifol, Rios, 2001).

Podobnie Giselle E. Whitwell prowadzi specjalne programy prenatalnej stymulacji muzycznej w Center for Prenatal and Perinatal Music (Austin, USA). Uczestnicy szkoleń uczą się kontaktu z dzieckiem i wyrażania swoich uczuć poprzez muzykę słuchaną, śpiewaną i komponowaną przez siebie, w połączeniu z wizualizacją i różnymi formami twórczości (wydawanie różnych dźwięków, malowanie, poezja) i relaksacją. Sesje edukacyjne mają charakter spotkań przed- i poporodowych – indywidualnych, w parach rodzicielskich lub dla całych rodzin (z rodzeństwem) oraz grupowych, a prowadzone są zarówno na terenie domu zainteresowanych osób, jak i przy ośrodkach medycznych. Autorka programu relacjonuje bardzo pozytywne efekty tych spotkań dla więzi rodziców z dziećmi przed i po urodzeniu, dla doświadczania ciąży jako procesu osobistego rozwoju oraz dla optymalizowania rozwoju dziecka po urodzeniu.

Stymulacja prenatalna oferowana jest też w specjalnych centrach mających na celu wspomaganie rozwoju dziecka i więzi rodziców z nim (por. Fridman, 2000), np. przez Brenta Logana w Prenatal and Infant Education Institute (Snohomish). Logan propaguje wspieranie rozwoju dziecka przed urodzeniem poprzez oddziaływanie specjalnie dobranych sekwencji dźwiękowych, muzyki i dotyku. Badając dzieci sty-

[38] T. Verny, C. Collier, „Love Chords": Classical Music to Enrich the Bond with Your Unborn Child. A&Records, Scarborough, Ontario, Canada; L. Thurman, A.P. Langness, „Heartsongs", Music Study Services.

mulowane prenatalnie w ciągu dalszego ich rozwoju, udowodnił, iż osiągają one wyższe niż inne dzieci wyniki w rozwoju psychomotorycznym, poznawczym i emocjonalnym, np. szybciej po urodzeniu podnoszą główkę, siadają, chodzą, mówią, mają bogatsze słownictwo, dużo większe osiągnięcia szkolne, bardzo wysokie ilorazy inteligencji (1990). Problem jednak w tym, iż nie sposób wykluczyć tu również wpływu postnatalnej stymulacji dziecka przez rodziców wysoko motywowanych do optymalizacji jego rozwoju już przed urodzeniem.

Rolą pedagoga we współpracy z muzykiem jest zwracanie uwagi na wychowawcze oddziaływanie opracowywanych programów. Nie chodzi tu bowiem tylko o przygotowanie elektronicznego zestawu fragmentów muzycznych przydatnych do słuchania przez rodziców w okresie ciąży czy porodu, ale o to, by odtwarzanie ich było wkomponowane w emocjonalny kontakt z dzieckiem oraz między małżonkami i by sposób transmisji muzyki nie był niebezpieczny dla dziecka (por. Szmeja i in., 1979). Tymczasem zarówno produkowane przez B. Logana wyposażenie do słuchania muzyki, jak i inne dostępne na rynku propozycje z tego zakresu idą w kierunku produkcji pewnego rodzaju „walkmana dla płodu", który matka zakłada na brzuch i emituje dźwięki do dziecka, a ich sekwencje są tak przygotowane, by nauczyć dziecko dyskryminacji bodźców, a tym samym stymulować jego mózg do intensywnej pracy.

Zadaniem pedagoga jest zwrócenie uwagi na to, że nie znamy mechanizmu dalekich konsekwencji wpływu na dziecko prenatalne silnej stymulacji wibracyjnej i dźwiękowej, naruszającej względnie stały poziom dźwięków docierających do niego w normalnych warunkach z otoczenia (np. od urządzeń umieszczonych w pewnej odległości od matki), jej głosu, pracy narządów wewnętrznych (np. dźwięku bicia serca, ruchów przepony i stawów). Silna stymulacja wibroakustyczna, zwłaszcza dźwiękami o zmiennej częstotliwości, niewątpliwie stymuluje mózg dziecka, ale też dezorganizuje jego stan behawioralny i może doprowadzić do uszkodzenia słuchu. Poza tym stosowanie takiej sztucznej stymulacji dźwiękowej, jak każdej innej, może pociągać za sobą omówione już wcześniej niebezpieczeństwa wychowawcze. Dlatego bardziej niż „lekcje dla płodu" polecane jest włączenie dziecka w normalny relaks ze słuchaniem muzyki przez matkę, intencjonalne przemawianie do niego, śpiewanie mu piosenek, które w rodzicach wzbudzają uspokojenie, rozluźnienie, dobre samopoczucie i radość (Kornas-Biela, 1993d/2002, 98-106; Foster, Verny, 2007). Dotyczy to również a nawet szczególnie dzieci zdiagnozowanych jako obciążone wadą lub chorobą wrodzoną, wobec których muzyka ma wpływ rozwijający zarówno przed, jak i po urodzeniu (Ramirez, Alvaro, 1983).

Przed muzykologią stoi więc zadanie współpracy z psychologią muzyki, psychologią prenatalną oraz pedagogiką prenatalną celem przygotowania takich pomocy muzycznych (w postaci prostych instrumentów oraz zestawów muzyki, piosenek), by były jak najbardziej dostosowane do potrzeb rozwojowych prenatalnych dzieci i ich matek oraz okresu porodu, połogu i wychowywania noworodka. Szczególne zapotrzebowanie na terapeutyczne oddziaływanie muzyki i śpiewu występuje

w sytuacjach zagrożenia prawidłowego przebiegu ciąży i porodu, trudności z akceptacją dziecka lub gdy diagnoza prenatalna jest niepomyślna, czy też rodzi się dziecko obciążone chorobą wrodzoną (por. Mrugalska, 1999; Lewandowska, 2007; Jarkowska, 2004).

3. Prawo

W XX wieku podjęto wiele wysiłku, by zmienić postawę wobec dzieci, gdyż „odkryto" osobową naturę dziecka, jego godność. Skonstatowano, iż dziecko nie będzie dopiero, ale już jest człowiekiem, stąd zmieniono stosunek do dzieci na bardziej podmiotowy i zamiast nadawać im prawa – stwierdzać, że „dziecko ma prawo..." obejmujące wszystkie prawa ludzkie (por. np. Śliwerski, 1997; Verhellen, 1999, 2002; Olearczyk, 2001). Oczywiście, kompetencje dzieci do samodzielnego korzystania z przysługujących im praw są ograniczone i ciągle są przedmiotem gorących debat (por. np. Kantowicz, 1997, 1998). Niewątpliwie jednak, pomimo zagwarantowania dziecku w różnych konwencjach, rezolucjach i deklaracjach prawa do szacunku wobec jego osobowej godności, do najwyższego poziomu zdrowia i dostępu do leczenia, do warunków umożliwiających wszechstronny rozwój – nie są one przestrzegane, przeciwnie, pedagodzy i nie tylko, biją na alarm, gdyż wszechobecne jest łamanie praw dzieci. Bariery utrudniające akceptację i przestrzeganie praw dzieci stwarzane są, m.in. przez dominującą politykę, ideologię, kulturę, filozofię dziecka, dziecięctwa i wychowania (Bińczycka, 2005).

Sytuacja prawna dziecka poczętego

Wspólnym terenem zainteresowania pedagogiki prenatalnej i różnych nauk prawniczych może być, np. sytuacja prawna dziecka poczętego (np. Piechowiak, 1999), w tym jego prawa jako pacjenta (np. Gula, 1999; Żelichowski, 2007). Sytuacja ta zmienia się w zależności od wielu czynników, m.in. polityki prokreacyjnej, zmian demograficznych, „ideologii prokreacji". Zasadniczo jednak, pomimo gwarantowania dziecku prenatalnemu ochrony i opieki, jest ono ciągle narażone na zaniedbanie i różne formy przemocy. Prenatalne dzieciństwo jest traktowane jako mniej ważny etap w życiu, etap przygotowywania się do „prawdziwego życia"; dziecko prenatalne jako „człowiek w stawaniu się" a wychowanie rozumiane jako „wdrażanie do posłuszeństwa", nie jest odnoszone do tego okresu życia.

Pośrednią rolę w uzmysławianiu kondycji dziecka przed urodzeniem odegrały różne deklaracje dotyczące jego ochrony, np. Konwencja Praw Dziecka ustalona przez ONZ. Dzięki niej dziecko nie jest już traktowane jako „jeszcze nie-dorosły", ale jako niezależny podmiot, który ma prawo do opieki, ochrony, zapewnienia bezpieczeństwa, wyrażania i zaspokajania swoich potrzeb, by mogło w pełni rozwinąć swoją potencjalność.

Nie wnikając w filozoficzne podstawy Konwencji Praw Dziecka można stwierdzić, że zawiera ona przeświadczenie, iż „człowiek nienarodzony jest nienarodzonym człowiekiem" (por. Styczeń, 1991a, 1991b, s. 142), a „wszystko", co poczyna się w człowieku i rodzi się z człowieka, jest człowiekiem, zasługuje więc na prawną ochronę i sprawiedliwe traktowanie (Ziembiński, 1992, s. 45-47). W preambule Konwencji Praw Dziecka, którą Rzeczpospolita Polska ratyfikowała 30 września 1991 roku, jest napisane: „Dziecko, z uwagi na swą niedojrzałość fizyczną oraz umysłową, wymaga szczególnej opieki i troski, w tym właściwej ochrony prawnej, zarówno przed, jak i po urodzeniu". Powszechnym więc i przyrodzonym prawem człowieka, niezależnie od etapu jego życia i niezwiązanym z faktem urodzenia się, jest prawo do troski ze strony innych osób, do opieki, ochrony i obrony, tym bardziej, gdy wymaga tego ze względu na swoją niedojrzałość (o charakterze rozwojowym) lub niepełnosprawność.

To stwierdzenie zawarte w Preambule podkreśla konieczność zapewnienia dziecku przed urodzeniem ochrony życia i zdrowia oraz otoczenia go szczególną opieką i troską. Stanowi to niewątpliwie argument uzasadniający nie tylko od strony filozoficznej (Wrońska, 2000), ale i związanej z nią strony prawnej, dla wyodrębnienia przedmiotu pedagogiki prenatalnej, której istotnym celem jest sprzyjanie rozwojowi człowieka w pierwszej fazie życia, troska o jego dobro, opieka nad nim.

Karta Praw Dziecka przed, w czasie i po urodzeniu

Współpraca między naukami prawnymi a pedagogiką prenatalną może być prowadzona nie tylko w zakresie rozważań nad statusem dziecka przed urodzeniem, ale też nad wynikającymi z tego statusu prawami (np. Grześkowiak, 2008; Kowalski, 2008; Piechowiak, 2008; Sienkiewicz, 2008). Przykładem może być dyskusja podjęta przez interdyscyplinarną organizację ISPPPM w celu dookreślenia praw dziecka przed i w okresie okołourodzeniowym. ISPPPM w dyskusji tej odwołuje się do wyników badań nad wczesnym rozwojem dziecka, które ukazują, iż indywidualne, psychiczne i społeczne życie człowieka zaczyna się przed urodzeniem. Okres pre-, peri- i postnatalny musi być rozpatrywany jako kontinuum, w którym wszystkie procesy rozwojowe oraz związane z szeroko rozumianym uczeniem się są wzajemnie uwarunkowane i powiązane ze sobą, a wrażliwość organizmu na wpływy środowiska jest wtedy bardzo duża. Podstaw naszego poczucia bezpieczeństwa oraz zaufania należy upatrywać w tym okresie. Od wzajemnych relacji między rodzicami i dzieckiem zależy jego prawidłowy rozwój. Już przed urodzeniem dziecko jest niezależną istotą i jego prawa do prawidłowego rozwoju powinny być uwzględnione.

Dlatego na terenie ISPPPM, jako organizacji przyjmującej integralną wizję najwcześniejszego rozwoju człowieka, pojawiła się potrzeba sformułowania praw dla podmiotu jej zainteresowań, jakim jest dziecko prenatalne. Przestrzeganie tych praw ma zabezpieczyć dziecko przed zaburzeniami rozwoju wynikającymi z nieznajomości lub pogwałcania jego potrzeb.

Na podstawie tzw. Wiedeńskiej Rezolucji – Viennese Resolution of the International Society of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine (2001), zmodyfikowanej i przyjętej następnie na dwóch kongresach: International Congress on Embryology, Therapy and Society (2002, Nijmegen) i The Fourth All-Russia Congress for Perinatal Psychology, Psychotherapy and Perinatology (2003, Moskwa), w dniu 3 czerwca 2005 r. w trakcie Zgromadzenia Ogólnego stowarzyszenia ISPPPM została zatwierdzona Karta Praw Dziecka Przed, w Czasie i Po Urodzeniu (Charter on the Rights of the Child Before, During and After Birth), która obejmuje następujące prawa:

1. Każde dziecko ma prawo być uznane za autonomiczną osobę już przed urodzeniem.
2. Każde dziecko potrzebuje bezpiecznych relacji oraz więzi z innymi.
3. Każde dziecko ma prawo do szacunku i ochrony jego życia przed i w czasie rodzenia się.
4. Każde dziecko ma prawo od samego początku życia, aby uwzględniano przed zastosowaniem wszelkich medycznych interwencji, ich wpływ na jego emocjonalny i osobowościowy rozwój oraz podejmowano odpowiedzialne decyzje w tym zakresie.
5. Każde dziecko ma prawo do zapewnienia mu emocjonalnie pozytywnych warunków wejścia w świat, które pozwolą ukształtować prawidłowe więzi postnatalne.
6. Każde dziecko ma prawo dostępu do pożywienia o odpowiedniej jakości zarówno przed, jak i po urodzeniu. Jeśli to możliwe, każde dziecko powinno być karmione piersią.
7. Prawa dziecka są nierozerwalnie związane z prawem przyszłych pokoleń do zapewnienia przez społeczność rozwoju swych możliwości w związku, jaki tworzą jego rodzice.
8. Prawo do rozwoju kompetencji rodzicielskich jest związane z prawem dziecka do posiadania rodziców odpowiedzialnych, wrażliwych i skoncentrowanych na relacji z nim.
9. Celem zagwarantowania tych praw instytucje społeczne są zobowiązane wesprzeć rodziców w wypełnianiu ich zadań.

Karta ta jest wyrazem wzrastającej świadomości zagrożeń dla zdrowia i życia człowieka w najwcześniejszym etapie jego rozwoju oraz potrzeby zagwarantowania mu warunków nie tylko do przetrwania, ale też optymalizacji jego rozwoju w tym okresie. Ma ona charakter prewencyjny wobec zaburzeń rozwojowych. Nie sugeruje, oczywiście, żadnych sankcji prawnych, ale ma za zadanie zmieniać mentalność i podejście do prenatalnego okresu życia człowieka, do procesu jego rodzenia się i do sposobu traktowania noworodka, zwłaszcza gdy jest wcześniakiem.

Prenatalne ludzkie prawa („Prenatal Human Rights") stały się również tematem debaty z okazji obchodów 60 rocznicy Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (2008 r.). Światowa Organizacja Stowarzyszeń Edukacji Prenatalnej (OMAEP) zrzeszająca 17 stowarzyszeń krajowych, działając w porozumieniu z Radą Gospodarczą i Społeczną ONZ, zorganizowała konferencję okrągłego stołu w czasie kongresu organizacji pozarządowych w centrali UNESCO w Paryżu (4-5.08.2008 r.). Biorąc

pod uwagę rozwój współczesnych badań prenatalnych w ciągu ostatnich 30 lat, pozwalających na głębsze rozumienie zjawisk, które dokonują się w łonie matki i znaczenia tego okresu życia człowieka – uczestnicy konferencji zwrócili uwagę na konieczność rozszerzenia Deklaracji Praw Człowieka o okres prenatalnego rozwoju, w celu zapewnienia człowiekowi jak najlepszych warunków, odpowiadających jego godności i gwarantujących respektowanie jego niezbywalnych praw. Współczesna nauka dostarcza fundamentalnych racji dla praw człowieka przed urodzeniem.

Inne formy współpracy nauk prawnych i pedagogiki prenatalnej

Jednym z terenów współpracy pedagogiki prenatalnej z naukami prawnymi może być badanie wpływu postaw społecznych na ustanawianie prawa dotyczącego uprawnień i przywilejów związanych z okresem ciąży, porodu i połogu, społeczne konsekwencje funkcjonowania prawa w tym zakresie, np. wychowawcza rola prawa, zmiany w świadomości i zachowaniach wobec prokreacji w zależności od rodzaju przepisów prawa dotyczących dziecka prenatalnego i matki w ciąży. Wychowawcza rola prawa nierozłącznie związana z jego funkcją stabilizacyjną, polega na wyrabianiu u jego adresatów określonych opinii, ocen, skłonności i nawyków, dzięki którym zachowania społeczne są przewidywalne. Przepisy prawne są wyrazem mentalności i moralności danej epoki i kręgu kulturowego, ale też je kształtują.

Interesującą płaszczyzną wspólnych działań jest sporządzanie ekspertyz na zlecenie organów sądowych. Jest to jedna z nowych form współpracy psychologiczno-pedagogicznej z praktyką prawniczą, a dotyczy, m.in. ekspertyz w sprawach odnoszących się do dzieciobójstwa, jak też w sprawach o uznanie prawa do odszkodowania z powodu szkód poniesionych na zdrowiu przez dziecko w prenatalnym okresie rozwoju z powodu stosowania przez matkę używek, zaaplikowania niewłaściwego leku matce ciężarnej, dokonania wobec niej aktu przemocy, prawa do świadczeń kombatanckich i renty wojennej dla osób, które poniosły uszczerbek na zdrowiu z powodu przebywania w prenatalnym okresie swojego rozwoju w obozach koncentracyjnych, torturowania matki ciężarnej, przeżycia traumy wskutek, np. pacyfikacji. Prowadzona w tym zakresie działalność ekspertalna (por. Jurkowski, 2003) podkreśla wagę społeczną problematyki psychologii i pedagogiki prenatalnej oraz ich możliwy efektywny wkład do życia publicznego, do zmiany mentalności i postaw społecznych wobec dziecka prenatalnego i odpowiedzialności rodziców za prokreację.

Niestety, z doświadczeń eksperckich autorki książki wynika, że w Polsce trudno jest uzyskać odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu poniesiony z powodu przebywania wraz z matką jako dziecko prenatalne w obozie koncentracyjnym. Natomiast coraz częściej, również w Polsce, dochodzi do procesów sądowych o odszkodowanie za tzw. „złe urodzenie", „bezprawne życie" (*wrongfull life*), jeśli naruszone zostało prawo rodziców do informacji lub podjęcia decyzji o „legalnym przerwaniu ciąży". Rozwój medycyny i genetyki stawia prawo cywilne i opinię publiczną przed nowymi wyzwaniami, m.in. związanymi z odpowiedzialnością odszkodowawczą personelu

lub instytucji medycznych za błędną diagnozę, poradę, leczenie, dokonany zabieg lub ich odmowę, w wyniku czego doszło do nieplanowanego poczęcia lub urodzenia dziecka, „niechcianego" ze względu na jego chorobę lub niepełnosprawność.

Pedagogika prenatalna może włączyć się w dyskusję nad problemem prawa do planowania rodziny oznaczającego „wolność" od „nieplanowanych" lub „niechcianych" dzieci; konsekwencji psychicznych dla dziecka, gdy dowie się, że jest dzieckiem „pomyłkowym", nie powinno było się urodzić, a koszty jego utrzymania są pokrywane z zasądzonej sumy odszkodowania; sytuacji psychicznej rodziców, którzy mogą być zaskarżeni przez dziecko nie tylko za spowodowanie jego niepełnosprawności, ale też jego urodzenie i konieczność znoszenia uciążliwości życia. Powstaje tu wiele pytań i trudnych kwestii, np. jeśli roszczenie przysługuje rodzicom czy dziecku, to może również jego rodzeństwu, które poniosło szkody związane ze zwiększonymi wydatkami rodziny z powodu niepełnosprawności. Przyznawanie praw roszczeniowych kreuje wiele zagrożeń dla bezwarunkowej miłości rodzicielskiej i więzi rodzinnych.

Prawo wobec nowych usług dotyczących prokreacji na przykładzie poradnictwa genetycznego

Ogromne pole zaangażowań prawa w problematykę prokreacji to dziedzina różnych nowych usług związanych z prokreacją ludzką, np. wspomaganej prokreacji (Safjan, 1998; Smyczyński, 1996; Haberko, Łączkowska, 2005; Kuczyński, 2005; Sokołowski, 2005), macierzyństwa zastępczego (np. Działyńska, 1993; Wałachowska, 2003) czy klonowania (Jasudowicz, 2001), szczególnie dyskutowana w kwestii obciążeń budżetu państwa (Haberko, 2007).

Podobnie wiele poważnych problemów wyłania się w wyniku dynamicznego rozwoju poradnictwa genetycznego, które na przestrzeni ostatnich lat poszerzyło swoje cele. Cel, jakim jest zapobieganie występowaniu wad wrodzonych został poszerzony o cel – poprawa „jakości życia" i dobrostanu osób obciążonych ryzykiem genetycznym w oparciu o ich wybory i decyzje (Biesecker, 2001). Nowe problemy rodzi możliwość prenatalnej diagnozy ryzyka wystąpienia jakieś choroby u potomstwa dopiero w okresie dorosłości lub starości (np. raka piersi w ich dorosłym życiu – Cunningham-Burley, Kerr, 1999). Podobnych problemów jest bardzo wiele, a literatura przedmiotu jest bardzo bogata. Pedagogika prenatalna może również włączyć się w dyskusję oraz praktyczne rozważania na temat prawnych, ale i ściśle etycznych zagadnień dotyczących poradnictwa genetycznego, na przykładzie problemów wskazanych przez Przyłuską-Fiszer, 2008[39] oraz Kornas-Biela (1996a).

[39] Poniższy tekst dotyczący etycznych zagadnień poradnictwa genetycznego został opracowany w oparciu o: Alicja Przyłuska-Fiszer, *Etyczne problemy genetyki – zarys problematyki*. http://www.sciaga.pl/prace/getattach.html?aid=14632. dn. 30.08.2008.

Jednym z podstawowych jest problem zachowania tajemnicy lekarskiej i prawa do uzyskania informacji genetycznej. Powstają w związku z tym pytania: Kto jest właścicielem informacji genetycznej: pacjent czy rodzina? Czy lekarz łamie zasadę zachowania tajemnicy lekarskiej, stawiając dobro rodziny ponad dobro pacjenta i jego prawo do prywatności? Czy rodzice mają prawo do uzyskania wszelkich informacji o stanie zdrowia swojego dziecka przed lub po urodzeniu? Kto powinien mieć prawo dostępu do informacji genetycznej? Zdaniem jednych – do przekazania wyników testów innym członkom rodziny konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody osoby badanej, z wyjątkiem sytuacji, w której nieujawnienie informacji może doprowadzić do śmierci innej osoby. Zdaniem innych – informacja genetyczna ma charakter rodzinny i rutynowo powinna być udostępniana wszystkim członkom rodziny, ewentualnie bez podania źródła, tzn. wskazania osoby badanej.

Innym problemem jest konieczność ochrony danych genetycznych, związana z możliwością wykorzystania informacji genetycznej na niekorzyść badanych osób. Istnieje bowiem ryzyko stygmatyzacji i dyskryminacji genetycznej oraz pośrednio ekonomicznej poprzez, np. większe składki na ubezpieczenia zdrowotne. To zagrożenie staje się coraz bardziej realne.

Warunki uzyskiwania od pacjentów świadomej zgody na poddanie ich testom genetycznym, przekazywanie im oraz innym członkom rodziny wyników testów, wybór metody profilaktyki i leczenia – to następny kontekst trudnych rozważań. Wyłania się tu wiele szczegółowych pytań: W jaki sposób należy przekazywać informację genetyczną, aby mieć pewność, że zostanie właściwie zrozumiana? Pojęcie „świadomej zgody" oznacza, że zgoda została udzielona przez osobę kompetentną, w sposób dobrowolny, na podstawie wyczerpujących informacji na temat procedury, ryzyka i korzyści proponowanych oraz alternatywnych metod postępowania diagnostycznego, profilaktycznego i leczniczego. Jednak, według niektórych danych, od 21 do 75% osób nie pamięta lub też nie rozumie przekazanych im w czasie porady informacji. Jest to wystarczający powód, aby zrewidować pojęcie kompetencji i podkreślać nie tyle teoretyczną możliwość racjonalnego podejmowania decyzji, ile właściwe zrozumienie przekazywanych informacji oraz praktyczną umiejętność przetłumaczenia wyników testów genetycznych na język zachowań, umożliwiających podjęcie pozytywnych działań zapobiegawczych (Kornas-Biela, 1996a; 2008b).

Problemy moralne wynikające z ograniczeń w stosowaniu metod diagnostyki prenatalnej rodzą następne pytania, np.: Czy badania powinny być dostępne na żądanie? Jaki powinien być ich zakres przedmiotowy? Czy można je stosować do stwierdzenia płci dziecka, a jeśli tak, to pod jakimi warunkami, np. czy tylko wtedy, gdy rodzice są obciążeni chorobą genetyczną sprzężoną z płcią?

Wiele zastrzeżeń budzi moralne usprawiedliwienie selektywnej aborcji w przypadku wykrycia w badaniach prenatalnych poważnej i nieuleczalnej wady dziecka. Rodzące się w tym kontekście pytania, to: Czy dziecko może mieć prawo do przyjścia na świat bez uszkodzeń genetycznych? Czy jesteśmy moralnie odpowiedzialni za

jakość życia naszych dzieci? Czy dziecko może domagać się odszkodowania za obarczenie go złym wyposażeniem genetycznym?

Możliwość wykorzystania metod prokreacji wspomaganej w celu uniknięcia przekazania potomstwu choroby dziedzicznej, stawia społeczeństwo wobec trudnych dylematów, np. Czy ryzyko przekazania choroby dziedzicznej usprawiedliwia nawet dobrowolne ograniczenia prawa człowieka do prokreacji? Czy wolno oddzielać akt prokreacji od aktu seksualnego? Czy dziecko ma prawo do poznania swoich genetycznych rodziców?

W kontekście powyższych problemów wyłaniają się jeszcze zagadnienia psychologiczne i moralne związane z wykonywaniem testów genetycznych i przekazywaniem pacjentom informacji na ten temat. Nawet negatywny wynik testu genetycznego może zrodzić poważne problemy psychologiczne, jak, np. poczucie winy za bycie zdrowym w rodzinie obarczonej wysokim ryzykiem poważnej choroby. Ważne jest więc przygotowanie pacjentów do odbioru wyników, opracowanie programów wsparcia dla pacjentów i zapewnienie im pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Ocena testów genetycznych może być uzależniona od rodzaju testów, powagi choroby oraz możliwości podjęcia działań profilaktycznych i leczniczych. Najbardziej kontrowersyjne jest wykonywanie badań genetycznych skierowanych na wykrycie chorób nieuleczalnych, gdyż powstaje pytanie, czy członek rodziny, obarczonej podwyższonym ryzykiem pojawienia się choroby genetycznej, ma moralny obowiązek wyrażenia zgody na badania? Czy pacjent ma prawo decydować, czy chce być poinformowany o wyniku testu genetycznego i wynikających z tego konsekwencjach? Pedagogika wraz z psychologią może służyć pomocą w pogłębianiu refleksji i formułowaniu konkretnych rozwiązań w zakresie tej problematyki.

4. Filozofia

Należy również podkreślić, iż ważne jest podjęcie rodzących się w obszarze opieki nad rodziną w procesie prokreacji oraz nad dzieckiem prenatalnym licznych zagadnień filozoficznych, etycznych, moralnych i duchowych (por. Klimek, 1989; por. Lipiec, 2004). W obecnym opracowaniu omówiono niektóre wspólne kwestie, które szczególnie łączą pedagogikę prenatalną z prawem a jednocześnie z etyką na przykładzie problemów, jakie rodzi poradnictwo genetyczne.

Obecnie zostaną wskazane niektóre obszary możliwej współpracy pedagogiki prenatalnej z różnymi działami filozofii. Są bowiem kwestie, które interesują pedagogikę prenatalną, gdyż dotyczą edukacji i wychowania, lecz nie mogą one zostać zadowalająco postawione i naświetlone na jej gruncie, gdyż wymagają rozstrzygnięć ontologicznych, epistemologicznych, antropologicznych czy etycznych. Zagadnienia te mogą być bardziej trafnie i zasadnie stawiane w ramach odpowiednich działów filozofii, takich jak ontologia, epistemologia, antropologia filozoficzna, etyka. I pedagogikę (w tym prenatalną) i filozofię interesuje fakt „bycia człowiekiem" (Hejnicka-Bezwińska, 1989, s. 98).

Jedną ze zbieżnych kwestii pedagogiki prenatalnej oraz nauk filozoficznych jest problem statusu ontycznego dziecka prenatalnego. Należy tu podkreślić, iż określenie tego statusu należy do nauk filozoficznych, a ścislej – do ontologii i antropologii filozoficznej, a nie do pedagogiki, która zajmując się wychowaniem i nauczaniem, musi bazować na koncepcji człowieka w oparciu o wybraną opcję filozoficzną (por. Kornas-Biela, 2006d, s. 315; 2007e, s. 22; Śliwerski, 2006, s. 83). Przyznanie dziecku prenatalnemu statusu człowieka potwierdzają obecnie osiągnięcia genetyki[40]. Jednak do stwierdzenia przynależności do gatunku ludzkiego wystarczy kryterium genealogiczne – od ludzkich rodziców może pochodzić jedynie istota ludzka, która od nich otrzymuje istnienie i ludzką naturę w chwili zapłodnienia. Wtedy to istota ludzka rozpoczyna swój indywidualny i niepowtarzalny szlak rozwojowy, na którym jej ludzka natura wyłania swoje możliwości. W tym akcie powstania niepowtarzalnego istnienia ludzkiego zapodmiotowiona jest nietykalna godność bytowa każdego człowieka (Guz, 2008, s. 90).

Wszelkie kryteria człowieczeństwa: społeczne, rozwojowe (biologiczne i psychologiczne) są równoznaczne z opowiedzeniem się za gradualistyczną koncepcją człowieka, a ta pociąga za sobą niebezpieczeństwo działań dyskryminacyjnych wobec tych, którzy nie spełniają przyjętych przez społeczność kryteriów człowieczeństwa, np. nieposiadających jakiś cech biologicznych czy psychicznych (Biesaga, 2007, s. 12). Zabiegów w tym zakresie czyni się obecnie mnóstwo w związku z rozwijającymi się możliwościami eksperymentów medycznych i obostrzeń etyczno-prawnych dotyczących embrionu ludzkiego (np. wprowadzenie pojęcia preembrionu[41]). Nie tylko pedagogika prenatalna, ale też pedagogika specjalna powinny być wrażliwe na deskryptywne kryteria człowieczeństwa i sprowadzania człowieka do sumy jego cech, gdyż wtedy ten, który jest nie w pełni sprawny, z różnych powodów (wieku, choroby) niedorozwinięty, potrzebujący, jest narażony na zaniedbanie, odrzucenie lub eksterminację (dramat „humanizmu reglamentowanego" – por. Lipiec, 2004, s. 18).

Filozofów interesuje moment powstania człowieka. Interpretują oni w sposób zgodny z założeniami swojego systemu filozoficznego fakty naukowe związane

[40] Por. Z. Chłap: „dzisiejsze osiągnięcia nauk przyrodniczych, zwłaszcza genetyki molekularnej, możliwość zapłodnień w próbówce, w wyniku czego rozwija się człowiek i tylko człowiek mający w pełni zaprogramowany kierunek rozwoju – są tak przekonywujące, iż negowanie ich jest stanowiskiem nieracjonalnym, nienaukowym, zamierzonym ignorowaniem prawdy" (1995, s. 38).

[41] Pojęcie to jest związane z tzw. teorią animacji sukcesywnej bytu ludzkiego, przesuwającą przyjęcie przez duszę funkcji formy ciała ludzkiego na jakiś nieuchwytny empirycznie, dalszy poza zapłodnieniem etap rozwoju (np. Ślipko, 1994, s. 107-124, 150-153 – zwolennik hipotezy „14 dnia"; Wróbel, 1999, s. 71-80 – krytyka tej hipotezy) i z gradualną koncepcją wartości życia ludzkiego przed urodzeniem (zob. np.: McLaren, 1987; Szostek, 1989, s. 142-144; Sgreccia, 1994; Gula, 1991a, b, 1999; Piechowiak, 1996, 1999; Katolo, 2000; Colombo, 2002, s. 52). Dyskusję w tym zakresie z punktu widzenia etyki utylitarystycznej przeprowadził, np. Szawarski, 1987a, b, c.

z biologicznymi procesami zapłodnienia i rozwoju nowej istoty ludzkiej na podstawie informacji zawartych w kodzie genetycznym zygoty. Fakty i procesy zachodzące od zapłodnienia, a następnie przez cały okres prenatalny, filozofowie interpretują jako aktualizację jednostki ludzkiej, która potencjalnie istnieje już od zapłodnienia przez plemnik komórki jajowej (Ford, 1995). W świetle logiki embrion czy płód ludzki jest człowiekiem, gdyż od jego poczęcia trwa nieprzerwanie jednorodny proces rozwoju, mający charakter ciągły, a podmiot podlegający temu procesowi nie zmienia swej tożsamości (Sienkiewicz, 2008, s. 267-268).

Pedagogika prenatalna może wnieść również swój wkład w dyskusję na temat wychowawczych konsekwencji przyjęcia różnych kryteriów człowieczeństwa, na temat potencjalności człowieka, jego uprawnień jako dziecka i jako pacjenta. Debaty o charakterze filozoficznym, próby odpowiedzi na najważniejsze pytania antropologiczne („od kiedy człowiek?"), przyczyniły się do zidentyfikowania potrzeby rozwoju pedagogiki w kierunku pedagogiki prenatalnej.

To właśnie pedagogika prenatalna może wypracowywać zasady oraz prawidłowości edukacji i wychowania w stosunku do najwcześniejszego okresu życia, które aktualizują potencjalność rozwojową dziecka prenatalnego. Zasady te implikują szereg kwestii ontologiczno-antropologicznych na jego temat, jako człowieka mającego określoną strukturę ontyczną, ukierunkowaną na cel (wewnętrzny oraz zewnętrzny). Zarówno samo postawienie tych kwestii, jak również ich rozwinięcie w postaci dyskursu filozoficznego wymaga przyjęcia określonych założeń danego systemu filozoficznego pozwalającego na szczegółową interpretację zachowania się rodziców, personelu medycznego, organów wymiaru sprawiedliwości w sytuacjach wymagających rozstrzygnięć dotyczących konkretnej sytuacji prenatalnej.

Z kolei pedagogika prenatalna współpracę z naukami filozoficznymi traktuje jako źródło inspiracji w formułowaniu twierdzeń tzw. bazy zewnętrznej dla swoich koncepcji pedagogicznych w zakresie teorii wychowania prenatalnego oraz teorii edukacji prenatalnej. W zależności od tego, z jakich inspiracji filozoficznych określone teorie mogłyby pochodzić, można by mówić o teorii edukacji prenatalnej lub wychowania prenatalnego: fenomenologicznych, emotywistycznych, egzystencjalnych, personalistycznych, pragmatycznych, postmodernistycznych itd. Można też mówić o podejściach integrujących różne orientacje filozoficzne, np.: fenomenologiczno-egzystencjalna, fenomenologiczno-personalistyczna, egzystencjalno-personalistyczna. W przypadku podejść integracyjnych wymagana jest jednak własna płaszczyzna, która będzie stanowić podstawę integracji dwóch podejść filozoficznych. Brak takiej płaszczyzny syntetyczno-integracyjnej grozi podejściem, które można określić jako eklektyczne. Należy uznać je za błąd metodologiczny z uwagi na brak refleksji nad relacjami między różnymi aspektami zawartymi w odległych od siebie orientacjach filozoficznych.

Współpraca pedagogiki prenatalnej z naukami filozoficznymi może również zaowocować w kreowaniu nowych metod badawczych oraz aplikacyjnych (nowe metody edukacji prenatalnej lub wychowania prenatalnego). Inspiracją dla pedago-

giki prenatalnej mogą być różne metody stosowane w analizach filozoficznych przez autorów o różnych orientacjach, np. analizy fenomenologicznej (stosowanej przez E. Husserla, R. Ingardena, E. Stein – por. też: Ablewicz, 1994, 2004, 2007).

Przedmiotem współpracy pedagogiki prenatalnej z epistemologią może być z kolei obszar poznania, którego podmiotem jest zarówno dziecko prenatalne, jak i osoby bezpośrednio bądź pośrednio zainteresowane tym dzieckiem z uwagi na relacje społeczne lub zawodowe z nim związane (np. rodzice, rodzeństwo, personel medyczny, psychologiczno-pedagogiczny). W zakres wspólnych zainteresowań mogą tutaj wchodzić kwestie dotyczące źródeł poznania w okresie prenatalnym przez samo dziecko, jak też źródeł poznania rzeczywistości prenatalnej przez inne osoby.

Oprócz naturalnych sensorycznych źródeł poznania, które są dostępne rodzicom oraz innym osobom, w tym również szczególnie personelowi medycznemu, profesjonalnie przygotowanemu do obserwacji i wyciągania wniosków z badań diagnostycznych, nowe osiągnięcia techniki medycznej umożliwiają sposób i zakres poznawania dotychczas niedostępny. Problemy, które się tutaj pojawiają, dotyczą m.in. wartości informacyjnej tych źródeł poznania, ich wiarygodności, rzetelności i trafności (w jakim stopniu informacje są pewne, z jakim stopniem prawdopodobieństwa, w jakich warunkach, jakie czynniki modyfikują pewność). Innym problemem są różnice między źródłami poznania dziecka prenatalnego przez jego matkę a przez inne osoby, identyfikacja nieznanych dotychczas źródeł poznania, np. na drodze pozazmysłowej, intuicji, empatii.

Fascynującą kwestią jest również sam przedmiot poznania, czyli co i jak poznaje dziecko prenatalne? W zależności od tego, co faktycznie dziecko spostrzega w różnych etapach życia prenatalnego, będzie można zaplanować odpowiednie formy wsparcia edukacyjnego oraz oddziaływania wychowawcze, mające na celu stymulację rozwoju poznawczego (tzw. inteligencji sensorycznej).

Bardzo istotnym terenem wzajemnej współpracy pedagogiki prenatalnej i filozofii są zagadnienia etyczne powstałe w wyniku rozwoju medycyny i techniki medycznej. Pedagogika prenatalna, wspierając się aksjologią pedagogiczną, staje razem z bioetyką wobec wyzwań, jakie rodzi postęp medycyny w zakresie ludzkiej prokreacji. Nauki te mogą pomóc człowiekowi odpowiedzieć sobie na pytanie: kim jestem, co powinienem czynić, jakich wyborów prokreacyjnych dokonywać, jeśli mają być one etycznie właściwe, jaką postawę przyjąć wobec tej rzeczywistości, którzy jedni uznają tylko za „ciążę kobiety", inni za biologiczny twór zwany zarodkiem lub płodem, a jeszcze inni rozpoznają w nim „dziecko prenatalne"? Ważne w tym zakresie jest takie wychowanie człowieka oparte o solidne aksjologiczne podstawy, by jego wybory i zachowania prokreacyjne były kierowane drogowskazem aksjologicznym (por. Ostrowska, 2006).

Zakończenie

To tyle mogę... resztę nie ja,
Bo ja tam kończę się, gdzie możność moja.
Cyprian Kamil Norwid

Zasadniczym problemem, jaki monografia starała się rozstrzygnąć, była kwestia społecznych i kulturowych oraz metodologicznych racji wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej. Główny cel przedstawionego opracowania realizowano poprzez: 1) wskazanie realnej potrzeby wyodrębnienia pedagogiki prenatalnej na podstawie przesłanek kulturowo-cywilizacyjnych, także w kontekście rozwoju nauk pokrewnych pedagogice jak i samej pedagogiki; 2) dokonanie metodologicznego uzasadnienia dla nowej dyscypliny pedagogicznej, jaką może być pedagogika prenatalna.

Pierwszy cel monografii zrealizowano w czterech początkowych rozdziałach w których ukazano zarówno kulturowo-społeczne konteksty wyłaniania się pedagogiki prenatalnej, jak i teoretyczno-badawcze dotyczące zmian na terenie dyscyplin pokrewnych pedagogice. Z przeprowadzonych analiz wynika, iż dyskusja metodologiczna nad propozycją pedagogiki prenatalnej wpisuje się w aktualny dyskurs w pedagogice jako nauce humanistycznej. Pokazano również, że najważniejszym impulsem do refleksji nad proponowaną dyscypliną pedagogiczną, a jednocześnie szansą dla pedagogiki prenatalnej jest proponowane tu nowe podejście do prokreacji i dziecka prenatalnego.

Drugi z postawionych celów zrealizowano w trzech następnych rozdziałach rozprawy. Najpierw został przedstawiony zarys statusu metodologicznego pedagogiki prenatalnej: uzasadniono jej przedmiot (wychowanie prenatalne i edukacja prenatalna), cele teoretyczne i aplikacyjne tej dyscypliny oraz zaprezentowano systematyzację proponowanych metod badawczych, wychowawczych i edukacyjnych. Na tym tle zarysowano możliwość współpracy pedagogiki prenatalnej zarówno z niektórymi dyscyplinami pedagogicznymi, jak i z dyscyplinami psychologicznymi, naukami biologicznymi, medycznymi, humanistycznymi i filozoficznymi.

Wyodrębnianie się nowej dyscypliny na terenie psychologii (psychologii prenatalnej), a tym bardziej na terenie pedagogiki (pedagogiki prenatalnej), dokonuje się bardzo powoli pomimo tego, że badania i refleksja różnych nauk dotyczących prokreacji i prenatalnego okresu życia człowieka, jak też rozwój usług skierowa-

nych do osób w wieku prokreacyjnym w związku z realizacją ich rodzicielskich potrzeb, mają już kilkudziesięcioletnią historię, a badania psychologicznych aspektów prenatalnego okresu rozwoju człowieka sięgają początku XX wieku. Obecnie potrzeby społeczne, faktyczny stan literatury przedmiotu, organizacje i poszerzające się grono osób zainteresowanych problematyką prokreacyjną i prenatalną, jej umocowanie w programach studiów akademickich pozwalają dostrzec, że możliwość wyłonienia się pedagogiki prenatalnej, jako nowej i pełnoprawnej dyscypliny w ramach nauk pedagogicznych, staje się bardziej realna. Na terenie pedagogiki może być ona dziedziną penetrującą poznawczo nowy teren rzeczywistości, wypracowującą własny język i metody badania oraz mającą własne formy organizacyjne jej uprawiania.

Pedagogika prenatalna konstytuuje dopiero swoje „naukowe oblicze", ale już może spełniać podstawowe kryteria stawiane nauce, które starano się dopracować w tej monografii.

Ma ona swój przedmiot, którym jest: wychowanie człowieka do dojrzałej realizacji funkcji prokreacyjnej, edukacja w tym zakresie[1], pomoc w radzeniu sobie z problemami w przełomach prokreacyjnych oraz opieka i wychowanie człowieka w prenatalnym okresie jego rozwoju. Zajmuje się szczególnym aspektem wychowania – ku dojrzałemu realizowaniu się w sferze prokreacji, opieką i wychowaniem prenatalnym, jak też edukacją dotyczącą swoistego okresu rozwoju człowieka: pre- i perinatalnego, a także spełniania funkcji prokreacyjnej.

W pedagogice prenatalnej proponuje się przyjąć metodologię stosowaną dotychczas na terenie pedagogiki, a jednocześnie jawi się możliwość wypracowywania własnego podejścia metodologicznego w ramach tej nowej dyscypliny.

Coraz bardziej uwidacznia się konieczność ścisłej współpracy między pedagogiką prenatalną a innymi dyscyplinami pedagogiki oraz innymi naukami. Pojawienie się i prężny rozwój psychologii prenatalnej inspiruje również pedagogów do bardziej specjalistycznego zajęcia się problematyką pre- i perinatalną. Utrwala się instytucjonalno-organizacyjny status pedagogiki prenatalnej – powstają stowarzyszenia i czasopisma, organizowane są konferencje oraz wyodrębniany jest przedmiot na poziomie studiów wyższych poświęcony problematyce prokreacyjnej i prenatalnej.

Zaproponowano w tej monografii wyodrębnienie nowej dyscypliny pedagogicznej, jaką jest pedagogika prenatalna, i to zarówno jako nauki teoretycznej, jak też obszaru działań praktycznych o charakterze opiekuńczym i wychowawczym[2]. Wyodrębnienie tej szczegółowej dyscypliny nie jest wyrazem traktowania pedagogiki jako „swoistej technologii" psychologii czy medycyny prenatalnej, a więc „jako dys-

[1] Edukacja ta zwana jest czasem edukacją prenatalną, ale jej zakres proponowany w monografii wykracza poza edukację rodziców oczekujących urodzenia dziecka, do której jest ona dotychczas najczęściej sprowadzana.

[2] Np. chodzi tu m.in. o pedagogiczny kontekst usług medycznych związanych z prokreacją, np. wpływ badań USG na więź rodziców z dzieckiem, wpływ szkoły rodzenia na karmienie piersią.

cypliny zajmującej się praktycznymi zastosowaniami elementów wiedzy innych nauk" (por. Lewowicki, 1994, s. 80). Pedagogika prenatalna nie może być utożsamiana z edukacją prenatalną jako elementem oświaty dorosłych. Nadszedł czas, by edukację uzupełnić o wychowanie i oddziaływaniem pedagogicznym objąć nie tylko rodziców i osoby przygotowujące się do rodzicielstwa, lecz również dziecko poczęte jako istotę ludzką, która znajduje się w prenatalnym okresie swego życia i rozszerzyć perspektywy wychowania człowieka na pierwszy okres, w którym kształtują się podwaliny jego osobowości i zdrowia psychicznego. Zakres problemowy pedagogiki prenatalnej obejmuje zatem sam prenatalny okres i jego specyfikę w życiu i rozwoju człowieka oraz proces prokreacji niezależnie od jej powodzenia, jak również edukację prenatalną rozumianą jako przygotowanie dorosłych do satysfakcjonującego przeżycia prokreacji i towarzyszenie im w tym procesie oraz wspieranie rozwoju dziecka w pre- i perinatalnym okresie życia.

Pedagogika prenatalna czeka na wypracowanie teoretycznych podstaw dla wychowania prenatalnego i edukacji prenatalnej, jak też praktycznych rozwiązań w tym zakresie. Rozwój pedagogiki prenatalnej powinien zmierzać w kierunku wypracowania teorii wychowania prenatalnego oraz wskazania jego praktycznych form jak i możliwości poszerzenia rozumienia edukacji prenatalnej (m.in. o problematykę wspomagania rozwoju dziecka przed urodzeniem), kierowanej do różnych grup społecznych, także zróżnicowanych wiekowo.

Powstaje oczywiście pytanie, od kiedy para ludzka staje się rodzicami, od kiedy zaczyna się wychowanie dziecka rozumiane jako proces naturalny i bezwiedny, a od kiedy powinni oni świadomie podjąć działania wychowawcze? Rozumienie pedagogiki jako wiedzy o prawidłowościach wychowania intencjonalnego oraz instytucjach prowadzących takie wychowanie, może utrudniać dostrzeganie innych form wychowania, które mają znaczący wpływ na przebieg rozwoju i faktyczne wychowanie człowieka. Dlatego potrzebny jest wzrost kultury pedagogicznej profesjonalistów i rodziców. Wychowanie prenatalne można uznać za integralną część teorii wychowania (pedagogiki) obok wychowania związanego z pozostałymi okresami życia człowieka, gdyż tożsamość osobowa wychowanka oraz cele i generalne założenia wychowania są niezmienne. Teoria wychowania prenatalnego wymaga podstaw w zakresie nauk przyrodniczych i społecznych, ale przede wszystkim wymaga odniesienia do antropologii.

W polskiej literaturze naukowej – jak wspomniano – termin *pedagogika prenatalna* występuje jako propozycja nowej dziedziny wiedzy wysunięta przez M. Nowaka (1999, s. 103), J. Wilka (1999, s. 566) i W. Fijałkowskiego (2001, s. 45-49). Jednak nigdzie nie została ona przedstawiona na tyle szeroko, by można było uchwycić jej status metodologiczny. Ponieważ również obecna refleksja w tym zakresie jest nowatorską próbą podjęcia tego problemu, stąd ma charakter wprowadzający i nie rości sobie pretensji do całościowego opracowania ani ostatecznych rozstrzygnięć. Stanowi raczej zaproszenie do podjęcia bardziej wnikliwych i szerszych tematycznie studiów, dyskusji i badań nad propozycją zajęcia się prenatalnym okresem życia czło-

wieka oraz prokreacją ludzką przez pedagogikę. Można mieć nadzieję, iż wysiłek ten zaowocuje wypracowaniem polskiej szkoły pedagogiki prenatalnej.

Duże znaczenie dla wyodrębnienia się pedagogiki prenatalnej ma fakt rozwoju jej materialno-podmiotowego zaplecza, czyli osób oraz instytucjonalnych form jej organizacji. Wymiernym przejawem materialno-podmiotowego wymiaru pedagogiki prenatalnej są stowarzyszenia, konferencje, ośrodki naukowe i badawcze oraz osoby skupione na penetracji psychopedagogicznych zagadnień związanych z prokreacją i prenatalnym okresem życia człowieka. Wydaje się, że szczególnie w naszym kraju, wobec istniejących ograniczeń technicznych i finansowych w prowadzeniu badań empirycznych nad dzieckiem przed urodzeniem, istnieje szczególny klimat dla pogłębionych prac naukowych w obrębie teoretyczno-metodologicznej literatury przedmiotu z zakresu psychologii prenatalnej oraz pedagogiki prenatalnej, jak też popularyzacji ich dorobku w różnych środowiskach oraz jego praktycznego zastosowania.

Bazując na personalistycznej koncepcji człowieka, badaniach embriologii, fetologii, medycyny i psychologii prenatalnej, można z tej części pedagogiki zdrowia, andragogiki oraz pedagogiki rodziny, które zajmują się problemami prokreacji człowieka, wyodrębnić pedagogikę prenatalną, jako dyscyplinę mającą charakter interdyscyplinarny, czerpiącą podstawy z antropologii, ale też o szczególnie silnym powiązaniu z psychologią i medycyną. Jest ona „dzieckiem" pedagogiki rodziny i pedagogiki zdrowia, ale posługuje się też mianownictwem zaczerpniętym z innych nauk, np. biologii, medycyny czy psychologii.

Postęp w zakresie piśmiennictwa naukowego dotyczącego zagadnień, które proponuję zawrzeć w pedagogice prenatalnej, zawdzięczamy nie tylko pedagogom, ale również profesjonalistom z dziedziny medycyny (np. opieka prenatalna nad kobietą i dzieckiem prenatalnym), psychologii (komunikacja prenatalna), muzyki (np. muzykoterapia). Okazuje się zatem, że na razie działania praktyczne (np. w edukacji zdrowotnej – Woynarowska, Kapica, 2001, s. 11) wyprzedzają refleksję naukową.

Pedagogika prenatalna oprócz celów teoretycznych ma również i cele praktyczne. Wśród nich są zalecenia, które mogą być przekazywane w ramach edukacji prenatalnej, a dotyczą opiekuńczo-wychowawczej roli rodziców wobec dziecka przed urodzeniem, a nawet przygotowania się do poczęcia, a potem porodu. Wskazania te dotyczą wielu aspektów zachowań rodziców, od tych związanych z troską o zdrowie fizyczne, do tych o bardziej psychologicznym i duchowym charakterze (Kornas-Biela, 1999i, 2006f, s. 517-534).

Biorąc pod uwagę tak wiele niewłaściwych postaw wobec dziecka prenatalnego we współczesnym świecie oraz znaczenie prokreacji w życiu człowieka, ważne staje się przeciwdziałanie temu wszystkiemu, co nie pozwala optymalnie wykorzystać doświadczeń prokreacyjnych dla rozwoju dojrzałej osobowości oraz stworzyć sprzyjających warunków dla pozytywnego rozwoju dziecka. Niemożliwe jest ponadto zapewnienie właściwego wychowania prenatalnego bez wychowania rodziców do roli wychowawców dziecka w najwcześniejszej fazie jego życia. Wychowanie prenatalne

domaga się długofalowego przygotowania do przyszłej roli macierzyńskiej i ojcowskiej poprzez właściwe wychowanie w rodzinie oraz edukację, jak też objęcie ustawicznym kształceniem osób, które są w procesie prokreacji. W tym ujęciu zadaniem pedagogiki prenatalnej jest nie tylko wychowanie dziecka przed urodzeniem, ale również wychowanie rodziców do roli wychowawców prenatalnych. Stąd oddziaływaniem wychowawczym objęte powinno być zarówno dziecko, jak też jego rodzice. Takie podejście wpisuje się w tradycję pedagogiki dorosłych, która nie ogranicza przedmiotu pedagogiki do nauki o wychowaniu dzieci i młodzieży, ale rozwija problematykę wychowania człowieka dorosłego poprzez jego aktywność samowychowawczą, oświatę i edukację.

Mówiąc o dyscyplinie, jaką jest pedagogika prenatalna, należy mieć również na uwadze zawód, który można określić jako pedagog prenatalny. Byłby to profesjonalista, który zajmowałby się edukacją prenatalną na różnych etapach życia człowieka oraz towarzyszył swoją obecnością dziecku w najwcześniejszym okresie rozwoju a także rodzicom w procesie ich prokreacji. Przygotowanie do rodzicielstwa jeszcze przed poczęciem dziecka obejmuje długi okres rozwoju jego rodziców, ich osobistego dojrzewania i wychowania do specyficznych ról rodzicielskich związanych z płcią, w ich rodzinach macierzystych.

Bardziej bezpośrednie przygotowanie odbywa się już w okresie narzeczeńskim i małżeńskim i dotyczy sfery fizycznej, psychicznej i duchowej. Przygotowanie do poczęcia dziecka obejmuje więc najpierw troskę o materialne zabezpieczenie, gdyż poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego jest ważne dla zachowania równowagi psychicznej, a tym samym dla powodzenia prokreacji. Następnie istotna jest dbałość o stan zdrowia rodziców, co konkretnie obejmuje unikanie szkodliwych warunków życia i pracy, wyzbycie się nałogów i wyleczenie z chorób, które mogłyby zagrozić życiu lub zdrowiu matki i dziecka (poradnictwo prekoncepcyjne – Chazan, 1999). Celem profilaktyki wystąpienia wrodzonych wad cewy nerwowej polecane jest stosowanie suplementacji kwasem foliowym (np. Oleszczuk, Mierzyński, 2001). Przygotowanie się do „życia, jakie ma powstać", powinno też obejmować uwolnienie się (w stopniu w jakim jest to możliwe), od silnych stresów i unikanie okoliczności prowadzących do traumatycznych sytuacji, wyjątkowo wielkiego przeciążenia psychicznego lub fizycznego zmęczenia, a wręcz przeciwnie – stworzenie właściwego klimatu życia rodzinnego (pogłębienie więzi między domownikami, pogodnej atmosfery domowej) i psychiczne nastawienie na możliwość poczęcia dziecka. Dziecko poczęte potrzebuje klimatu radości i pozytywnych odniesień, bezpiecznego zaszczepienia się w sieci rodzinnych relacji. Jako istota ludzka ma prawo realizować swoją osobową potencjalność w warunkach godnych życia człowieka.

Ze względu na fakt międzygeneracyjnego przekazu istotnych wymiarów osobowości (Piekarski, 1992; Ryś, 1992; Rostowska, 1995), postaw i uczuciowych odniesień wobec prokreacji oraz umiejętności „matkowania" i „ojcowania", w sytuacji niektórych osób ważne jest przepracowanie problemów z własnego dzieciństwa jeszcze przed poczęciem dziecka, by zranienia powstałe wskutek zaburzeń pre-, peri-

i postnatalnej więzi nie zaburzały obecnych relacji (Barrack, 2007, s. 74). Inaczej mówiąc – niektóre osoby, urodzone już jako dzieci ryzyka lub doświadczające traumy związanej w niezaspokojeniem najważniejszych potrzeb psychicznych, deprywacją emocjonalnej więzi z bliskimi we wczesnym dzieciństwie, mogą potrzebować interwencji związanej z koniecznością przepracowania tych zranień, zanim wejdą w proces własnej prokreacji (por. McCulloch Doughty, 1996, 2007). Więź z dzieckiem prenatalnym rozpoczyna się w pewnym sensie już przed jego poczęciem, gdyż od więzi przyszłych rodziców z ich własnymi rodzicami, od fizycznych, emocjonalnych i społecznych charakterystyk środowiska, w jakim wzrastali, zależy ich zdolność do wiązania się z dzieckiem od jego poczęcia.

Otwiera się tu duże pole dla szeroko pojętej edukacji, a czasem terapii, koniecznej zanim młodzi ludzie podejmą funkcje prokreacyjne. Nie są oni zwykle świadomi siły tego międzypokoleniowego przekazu ani motywowani, by interesować się problemami prokreacji, zanim ich ona nie zaskoczy lub nie stanie się upragnionym celem, a czasem dopiero wtedy, gdy napotkają na tym polu trudności. Dlatego należy wykorzystać istniejące instytucje edukacyjne do przekazywania wiedzy z tego zakresu (np. w ramach lekcji „wychowanie do życia w rodzinie", zajęć na uczelniach z psychologii lub pedagogiki dla studentów różnych kierunków). Poza tym, jak proponuje Barrack (2007), można by organizować specjalne warsztaty lub kursy „prenatalnego przywiązania" na wzór tych, jakie są prowadzone jako forma poradnictwa przedmałżeńskiego, przedadopcyjnego, przedrozwodowego.

W okresie ciąży wiele szczegółowych zaleceń jest wyrazem troski o zdrowie matki i dziecka, a dotyczą one higieny osobistej, snu, odpoczynku, żywienia ilościowego i jakościowego, leczenia schorzeń, wykluczenia zbytecznych leków, używek i środków odurzających, służących poprawieniu nastroju i rozładowaniu napięcia (narkotyków, alkoholu, nikotyny), wyciszenia obaw, konsultacji lekarskich. Ze względu na powszechne zaangażowanie kobiet w pracę zawodową, ogromnie ważne jest zapewnienie zdrowych warunków wykonywania pracy oraz warunków środowiska życia.

Okres ciąży wymaga również konkretnych zmian w trybie życia i organizacji dnia codziennego (odpoczynek, zwolnienie tempa, kierowanie się wewnętrznym zegarem), w dotychczasowych zobowiązaniach i planach (np. wyjazdy) oraz stylu życia (np. niektóre sporty). Konieczne jest zapewnienie matce dobrego samopoczucia i jej troska o nie poprzez: odsuwanie niepokojących myśli; stosowanie relaksu; unikanie sytuacji i ludzi, którzy wytrącają z równowagi i obniżają nastrój; otaczanie się tymi, których cechuje wewnętrzny spokój i optymizm życiowy; okazywanie sobie wyrozumiałości; patrzenie na świat oczami dziecka, stosowanie humoru i uśmiechu; pozytywne myślenie o sobie i dziecku oraz poczucie dumy z dokonującego się „cudu życia"; troska o elegancję i estetykę wyglądu zewnętrznego oraz sposobu poruszania się; korzystanie z przysługujących przywilejów i szukanie wsparcia u innych. Okres ciąży to również czas dla wzmocnienia więzi małżeńskiej, komunikacji z dzieckiem prenatalnym poprzez różne środki wyrazu i kształtowania więzi z nim, wypracowa-

nia pozytywnego stosunku do trudności i uczenia się efektywnych sposobów radzenia sobie z nimi, psychoprofilaktycznego przygotowania się do porodu, karmienia piersią i pierwszych kontaktów z dzieckiem.

Pedagog prenatalny stoi więc wobec wyzwań związanych z zadaniami edukacyjnymi względem różnych grup społecznych w szeroko rozumianym obszarze zagadnień i problemów dotyczących płciowości, prokreacji i pierwszej fazy życia człowieka (od indywidualnego poradnictwa po edukację profesjonalistów, od indywidualnego kontaktu po edukację medialną). Ponadto jego oddziaływania mają na celu różnoraką pomoc i wsparcie, np. niwelowanie czynników ryzyka, udzielanie porad, rozpoznawanie trudności i zaradzanie im, pośredniczenie między indywidualną osobą a instytucjami, wzmacnianie jej zasobów psychicznych, rozwijanie jej kompetencji, kształtowanie zachowań prozdrowotnych i zdrowego stylu życia. Mają więc one m.in. charakter profilaktyczny, usprawniający, korekcyjny, kompensacyjny, optymalizujący.

Pedagog musi kierować szczególne zainteresowanie i oddziaływanie np. do dzieci zdiagnozowanych jako „z ryzykiem" już w prenatalnym okresie ich rozwoju oraz do ich rodziców, a także do dzieci, których matki same dokonywały względem nich przemocy lub były pod jej presją w okresie ciąży, porodu lub połogu, do dzieci urodzonych w wyniku trudnego porodu i przejawiających zaburzenia rozwoju, jak też do tych noworodków i niemowląt, których matki z różnych powodów mają trudności w relacjach z nimi (Barrack, 2007). Dzieci te są bowiem narażone nie tylko na zaburzenia własnego rozwoju, ale też na przeniesienie swych problemów z więzią w następne pokolenie, gdy same wejdą w prokreację.

Oprócz tego pedagog powinien dokonywać ewaluacji wyników swojej pracy oraz wprowadzać konieczne zmiany w swoim oddziaływaniu, radzić sobie z własnym wypaleniem zawodowym, rozwijać umiejętności pracy w interdyscyplinarnym zespole (por. Heszen-Niejodek, Sęk, 1997; Kwaśniewska, 2007), podejmować coraz bardziej złożone problemy edukacyjne i wychowawcze oraz związane z promocją zdrowia (Łuszczyńska, 2004). Wobec narastającej medykalizacji i komercjalizacji prokreacji pedagog prenatalny winien nie tylko zdobyć rzetelne wykształcenie przedmiotowe, ale też ciągle uzupełniać swą wiedzę i umiejętności zawodowe, by móc efektywnie współpracować z innymi specjalistami i radzić sobie z coraz szerszym spektrum oczekiwań odbiorców jego profesjonalnego zaangażowania. Stąd edukatorzy też wymagają permanentnej edukacji.

Od momentu poczęcia dziecko potrzebuje dla swego prawidłowego rozwoju optymalnych warunków podtrzymujących, stymulujących i maksymalizujących dojrzewanie jego potencjalnych możliwości oraz zaspokojenia jego ludzkich potrzeb. Dlatego zadaniem rodziców oraz tych wszystkich, od których zależy wspieranie ich w pełnieniu ról rodzicielskich, jest optymalizacja warunków do pojawienia się dziecka oraz jego rozwoju od chwili poczęcia. Konieczne jest więc nastawienie na profilaktykę zaburzeń, promocję zdrowia i podnoszenie właściwie rozumianej „jakości życia".

Potrzeba optymalizacji ludzkiego rozwoju od poczęcia wymaga zmiany mentalności społecznej, zmian w koncepcji opieki pre- i perinatalnej oraz wychowania dziecka. Fedor-Freybergh (1992a) podkreślając, iż konieczna jest optymalizacja ludzkiego rozwoju w całym jego przebiegu, zaznaczył, że jest ona uzależniona od zmiany w filozofii i praktyce dotyczącej warunków życia przed urodzeniem. Zmiana ta powinna zmierzać do humanizacji społeczeństw i wyzwalania w nich szacunku dla życia i potrzeb jednostki. Aby to osiągnąć, potrzebujemy nowego sposobu myślenia w nauczaniu i wychowaniu człowieka od samego jego początku, aby przygotować go do rodzicielstwa, a potem, by prenatalna opieka nad jego potomstwem miała nie tylko wymiar medyczny, ale też psychospołeczny.

Prenatalna opieka powinna ujmować dziecko jako aktywnego partnera psychospołecznego dialogu z jego rodzicami, którzy mają możliwość spotkania się z nim w społeczeństwie wolnym od przemocy. Już dziecko prenatalne powinno być objęte opieką, otoczone akceptacją i miłością. Nie powinno być odrzuconych prenatalnych dzieci, gdyż nie tylko one są wtedy fizycznie, moralnie i psychologicznie zagrożone, ale ich cierpienie dotyka szerszej społeczności. Dopóki nie osiągniemy tej umysłowej i społecznej postawy wobec okresu prenatalnego, wszystkie pozytywne zmiany na świecie będą powierzchowne i zawsze będzie istniało niebezpieczeństwo zagrożenia podstawowych ludzkich potrzeb i praw, kulturowych i tradycyjnych wartości, oraz cywilizacji. Jeśli chcemy stworzyć zdrowe, kreatywne społeczeństwo bez przemocy, musimy pozwolić rozwijać się tym pierwotnym wrodzonym zadatkom w jak najlepszych warunkach, aby przeciwdziałać chorobom lub zaburzeniom (Fedor-Freybergh, 1992a, s. 159).

* * *

Zachodzi zatem pilna potrzeba metodologicznej refleksji nad wyłaniającą się pedagogiką prenatalną, by prześledzić kryteria służące identyfikacji jej jako pełnoprawnej pedagogicznej dyscypliny naukowej. Podjęta autorska próba ustrukturalizowania tematów i problemów pedagogiki prenatalnej nie rości sobie pretensji do wyczerpania zagadnień z tym związanych. Przeciwnie – należy mieć pełną świadomość, iż tak, jak trudno u „kołyski" przewidzieć, kim będzie dorosły człowiek, tak trudno na tym początkowym etapie wyłaniania się pedagogiki prenatalnej nadać jej dojrzały kształt. Pedagogika prenatalna, jako dopiero co wyodrębniająca się dyscyplina pedagogiczna, jest zatem sama w ważnym „prenatalnym etapie swego rozwoju". Można ją porównać metaforycznie do dziecka, które dynamicznie się rozwija, ale nie przeprowadza refleksji nad swoim rozwojem; które ma wielki potencjał, ale nie wie, kim będzie w przyszłości; wobec którego są wielkie oczekiwania, ale napotyka trudności w ich realizacji (ograniczenia istnieją zarówno w nim samym, jak i na zewnątrz).

Zaproponowaną w obecnej monografii refleksję można porównać do roli akuszerki wobec pedagogiki prenatalnej. Wydaje się bowiem, że pedagogika prenatalna

dojrzała już do tego, by „wyjść na światło" dzienne jako odrębna dyscyplina pedagogiczna i czeka na swój „pierwszy krzyk", życiodajny oddech w atmosferze akceptacji ze strony macierzystej dziedziny – pedagogiki. Przed nią stoi wielkie zadanie – dookreślenie materialnego i formalnego przedmiotu swych zainteresowań oraz celów o charakterze teoretycznym i praktycznym, jak też wypracowanie ściślejszych powiązań z najbliższą jej dyscypliną – psychologią oraz z innymi dziedzinami nauki.

Nie jest jeszcze jasne, czy rozwój pedagogiki prenatalnej potoczy się analogicznie do rozwoju psychologii prenatalnej, w ramach której istnieją propozycje zawężające jej podmiot, tzn. suponujące, by traktować ją jedynie jako część „psychologii rozwojowej w ciągu życia" w odróżnieniu od dyscypliny dającej się określić jako psychologia prokreacji (por. Bielawska-Batorowicz, 1999). Na obecnym etapie rozwoju pedagogiki oznaczałoby to, iż analogicznie – pedagogika prenatalna byłaby tylko fragmentem pedagogiki dziecka, a edukacja prenatalna pozostałaby jako element oświaty dorosłych czy edukacji zdrowotnej.

Wobec wielości prowadzonych badań prenatalnego okresu rozwoju oraz związanych z tym zadań i usług skierowanych do rodziców, wyłania się coraz więcej przestrzeni dla pedagogicznej refleksji oraz zaangażowania się w jej rozkwit. Przykładem problemów, które warto podjąć, jest np. odpowiedź na pytania (a każde z tych pytań zawiera w sobie wiele innych pytań): po co człowiek się rozwija; w jaki sposób człowiek się rozwija; dlaczego człowiek się rozwija; co stanowi o jego tendencji do rozwoju, o energii do „samostawania się", o „sile wewnętrznej" rozwoju „z samego siebie" (Nowak, 2008b, s. 264, 267); na czym polega rozwojowy i „siedliskowy" charakter środowiska śródmacicznego; jaki jest wpływ matki (i ojca) na dziecko (nie tylko stanu jej organizmu i emocji, ale też myśli, pragnień, wartości, sensu życia, życia duchowego, religijności); jakie czynniki mogą zaburzać, a jakie wspomagać rozwój w tym okresie; jakie są relacje między rozwojem prenatalnym i postnatalnym (Krasnegor i in., 1987; Smotherman, Robinson, 1988; Nijhuis, 1992; Prechtl, 1993; Provine, 1993; Lecanuet, 1995); jakie ma znaczenie okres pre- i perinatalny dla całego życia człowieka w różnych jego dziedzinach (Nijhus, 1992); na czym polega pre- i perinatalna „rzeczywistość wychowania" i co wnosi „koło hermeneutyczne" do rozumienia tej rzeczywistości (Nowak, 2008b, s. 237); na czym polega struktura procesu wychowawczego w tym okresie; jakie są zadania i zobowiązania rodziców wobec dziecka w pre- i perinatalnym okresie życia; jak organizować środowisko rozwojowo-wychowawcze dla dziecka (np. dla wcześniaków, by rekompensować brak warunków życia łonowego i jakie przyjąć cele w oddziaływaniu na niego); jakie mogą być kryteria skuteczności prenatalnych oddziaływań rozwojowo-wychowawczych i jak oceniać tę skuteczność?

Przed pedagogiką prenatalną stoją m.in. takie problemy, jak: dopracowanie się metodologicznych podstaw badań pedagogicznych nad rodziną w procesie prokreacji, ustalenie rozumienia funkcji wychowawczo-opiekuńczej i działań rodziny w najwcześniejszym etapie życia dziecka oraz określenia korzystnych i niekorzystnych warunków i czynników wychowawczych. Konieczne jest nie tylko przedsta-

wienie pożądanej działalności wychowawczej, ale również zbadanie faktycznego stanu świadomości i wypełniania funkcji opiekuńczo-wychowawczej przez rodziny z dzieckiem prenatalnym, a także warunków i czynników ułatwiających oraz utrudniających spełnianie zadań w tym zakresie.

Pedagogika prenatalna nie może poprzestać na zajmowaniu się stosunkami „wewnątrz" wychowania prenatalnego, analizowaniu go i formułowaniu dyrektyw, ale musi wyjść w obszar dalekosiężnej owocności tych poczynań i korygować swoje postulaty w zależności od zaobserwowanych długofalowych skutków określonych oddziaływań wychowawczych.

Ze względu na konieczność przygotowania ludzi do prokreacji i towarzyszenia im w procesach z nią związanych, konieczne jest dopracowanie programów edukacji w tym zakresie oraz szkolenie edukatorów. Inaczej mówiąc, pedagogika prenatalna zawiera bogaty potencjał oświatowy. Realizacja tych zadań pedagogiki jest oczywiście możliwa dzięki interdyscyplinarnej współpracy, kompleksowemu i wieloaspektowemu podejściu do problemów tak wczesnego wychowania i opieki. Problemy wychowania prenatalnego oraz edukacji dorosłych związanej z prokreacją można rozwiązać jedynie kompleksowo.

Kończąc refleksje na temat „narodzin pedagogiki prenatalnej", można przytoczyć wypowiedź K.R. Poppera z jego *Logiki odkrycia naukowego* (1977, s. 224, *Logik der Forschung*, 1934): „Postęp naukowy nie bierze się z faktu, iż w miarę upływu czasu gromadzimy coraz to więcej doświadczeń percepcyjnych. Nie bierze się również z faktu, iż robimy coraz lepszy użytek ze zmysłów. Z niezinterpretowanych doznań zmysłowych nie wydestylujemy nauki, choćbyśmy je zbierali i porządkowali z największą pracowitością. Śmiałe idee, nieuzasadnione antycypacje i spekulacja myślowa, to jedyne środki interpretacji natury: nasz jedyny *organon*, jedyne narzędzie ujmowania przyrody. Musimy zaryzykować i zastosować je, by zdobyć nagrodę. Ci spośród nas, którzy nie są skłonni do wystawiania swych idei na ryzyko odrzucenia, nie biorą udziału w grze naukowej". Pedagogika prenatalna to ryzyko podjęła.

Bibliografia

Abarbanel J. (1983). The revival of the sibling experience during the mother's second pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38: 353-379.

Ablewicz K. (1994). *Hermeneutyczno fenomenologiczna perspektywa badań w pedagogice*. Kraków, Wydawnictwo UJ.

Ablewicz K. (2004). Codzienność i fenomenologia – metodologiczne uwagi pedagoga. W: S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 301-315). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Ablewicz K. (2007). Badania fenomenologiczne w pedagogice: istota czy jakość? W: J. Rutkowiak, D. Kubinowski, M. Nowak (red.), *Edukacja. Moralność. Sfera publiczna* (s. 484-493). Lublin, Oficyna Wydawnicza Verba.

Achenbach M. (1978). *Research in Developmental Psychology. Concepts. Strategies. Methods*. New York, The Free Press.

Adamczyk T. (2008). Postawy moralne studentów w warunkach zmiany społecznej. W: J. Mariański, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 235-265). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Adamski F. (1980). Etapy rozwojowe i główne podejścia metodologiczne w badaniach nad rodziną. W: Z. Tyszka (red.), *Metodologiczne problemy badań nad rodziną* (s. 64-87). Poznań, Wydawnictwo UAM.

Adamski F. (1993). Poza kryzysem tożsamości w kierunku pedagogiki personalistycznej. W: F. Adamski (red.), *Poza kryzysem tożsamości. W kierunku pedagogiki personalistycznej* (s. 9-15). Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Adamski F. (red.) (1999). *Wychowanie na rozdrożu. Personalistyczna filozofia wychowania*. Kraków, Wydawnictwo UJ.

Adamski F. (2002). *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*. Kraków, Wydawnictwo UJ.

Adamski F. (2006). Zagrożenie wartości rodziny zagrożeniem cywilizacji. *Przegląd Humanistyczny*, 5-6: 213-219.

Adeyinka A.O., Agunloye A.M., Idris S. (2005). Ultrasonographic assessment of fetal gender. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 34 (4): 345-348.

Agrawal P. (2007). *Odkrywam macierzyństwo*. Wrocław, GS Media.

Ainworth M.D.S., Bowlby J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46: 331-341.

Aivanhov O.M. (1982). *Education Begins Before Birth* (Collection Izvor). Fréjus, Editions Prosveta.

Alexander H. (2001). *Doświadczenie żałoby. Różne rodzaje śmierci, różne typy żałoby.* Poznań, Wydawnictwo W drodze.

Almli C., Ball R., Wheeler M. (2001). Human fetal and neonatal movement patterns: Gender differences and fetal-to-neonatal continuity. *Developmental Psychobiology*, 38: 252-273.

Aly M. (2004). *Dziecko specjalnej troski. Pierwszy rok życia.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ambach E., Tributsch W., Rabl W. (1990). Attempted infanticide with a happy ending. Report of infanticide in Tirol and Vorarlberg. *Beiträge zur Gerichtlischen Medizin*, 48: 667-672.

Anand K.J., Hickey P.R. (1988). Pain and its effects in human neonate and fetus. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 3 (2): 103-123.

Ancona L., Machiavelli A. R., Nesci D.A., Poliseno T.A., Averna S., Mancuso A.K., Ferrazzani S., De Carolis S., Mancuso S. (1993). Studying the early relationships in prenatal life: a methodological choice. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 5 (1): 39-42.

Angelini F. (1994). Świętość ludzkiego życia. *Ethos*, 25/26: 49-55.

Annales Academiae Medicae Bydgostiensis. (1992). Supl., Psychosomatyczne uwarunkowania porodu. T. V. Bydgoszcz, AM.

Annales Academiae Medicae Silesiensis. (1989). Supl., Psychosomatyczne uwarunkowania porodu naturalnego. Katowice, AM.

Anselmo S., Franz W. (1995). *Early Childhood Development. Prenatal Through Age Eight.* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall Inc.

Arduini D., Rizzo G., Romanini C. (1995). Fetal Behavioral States and Behavioral Transitions in Normal and Compromised Fetuses. W: J.P. Lecanuet, W.P. Fifer, N.A. Krasnegor, W.P. Smotherman (red.), *Fetal Development. A Psychobiological Perspective* (s. 83-99). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates, Publ.

Ariès P. (1980). Two successive motivations for the declining birth rate in West. *Population and Development Review*, 6 (4): 645-650.

Ariès P. (1995). *Historia dzieciństwa.* Gdańsk, Wydawnictwo Marabut.

Armstrong T.M., Pooley J.A. (2005). Being pregnant: A qualitative study of women's lived experience during pregnancy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20 (1): 4-24.

Asch E.A. (red.) (2000). *Prenatal Testing and Disability Rights.* Washington, DC, Georgetown University Press.

Assor A., Assor T. (1985). Emotional involvement in marriage during the last trimester of the first pregnancy: A comparison of husbands and wives. *Journal of Psychology*, 119 (3): 243-252.

Atkinson S., Stanley F.J. (1983). Spastic diplegia among children of low and normal birth weight. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25 (6): 693-708.

Ausubel, D. P., Sullivan, E. V. (1970). *Theory and Problems of Child Development.* New York, Grune & Stratton.

Axness M. (2007). When the joy of the mother is missing – an organic perspective on postpartum depression. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (4): 315-319.

Babbie E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Babicki J. Cz. (1980). *Pisma wybrane*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
Bachewicz-Janeczko B. (1992). *Zmiany postaw uczestników Szkoły Młodych Rodziców wobec dziecka pod wpływem tej Szkoły*. Praca magisterska, Lublin, Archiwum KUL.
Badinter E. (1998). *Historia miłości macierzyńskiej*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza Volumen.
Badora S. (2002). O badawczo-metodologicznych problemach pedagogiki opiekuńczej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 10: 3-14.
Badora S. (2006). *Z zagadnień pedagogiki opiekuńczej*. Tarnobrzeg, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnobrzegu.
Bailham D., Joseph S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health and Medicine*, 8 (2): 159-168.
Baillie C., Hewison J., Mason G. (1999). Should ultrasound scanning in pregnancy be routine? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (2): 149-157.
Balaskas J. (1997). *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*. Warszawa, Niezależna Oficyna Wydawnicza.
Balcerek C. (1978). *Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918-1939*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Balcerzak-Paradowska B. (2003). Procesy demograficzne a polityka rodzinna w Polsce. W: Z. Strzelecki (red.), *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa* (s. 261-269). Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa.
Balcerzak-Paradowska B. (2004). *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.
Baldwin J.M. (1911). *Mental development in the child and the race*. New York, Macmillan (3 wyd., 1 – 1895).
Baley S. (1937). *Zarys psychologii w związku z rozwojem psychiki dziecka*. Lwów–Warszawa, Książnica Atlas.
Baley S. (1938). *Psychologia wychowawcza w zarysie*. Lwów–Warszawa, Drukarnia Żydaczewskiego.
Baltes P.B., Lindenberger U., Staudinger U.M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. W: R. Lerner, W. Damon (red.), *Handbook of Child Psychology*. Vol. VI. *Theoretical Models of Human Development* (s. 569-664). Hoboken, NJ, US, John Wiley & Sons Inc.
Bałachowicz J. (2008). Edukacja wobec współczesnych potrzeb rozwoju podmiotowości człowieka. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 1 (7): 21-35.
Banach Cz. (1997). Pozaszkolna (nieszkolna) edukacja dorosłych – wobec transformacji systemowej w Polsce. W: T. Aleksander (red.), *Teraźniejszość i przyszłość edukacji dorosłych* (s. 115-123). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.
Baniak J. (2008). Kryzys tożsamości a świadomość moralna młodzieży gimnazjalnej. Studium socjologiczne. W: J. Mariański, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 163-204). Kraków, Wydawnictwo WAM.
Bańka Z. (red.) (2002). *Podmioty opieki i wychowania*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Barańska M., Kmita G., Ciastoń-Przecławska E., Cerańska-Goszczyńska H. (1996). Lęk i strategie radzenia sobie u kobiet w ciąży ryzyka hospitalizowanych na oddziale patologii ciąży. *Klinika Perinatologii i Ginekologii*, Supl., 13: 167-173.

Barbour I.G. (1984). *Mity. Modele. Paradygmaty. Studium porównawcze nauk przyrodniczych i religii.* Kraków, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.

Barczak A. (2008). Naprotechnologia – technologia naturalnej prokreacji. *Życie i Płodność*, 2 (2): 109-112.

Barczentewicz M. (2008). NaProTECHNOLOGY jako narzędzie do diagnostyki i leczenia niepłodności i innych chorób. W: W. Wieczorek, E. Flader, R. Krupa, J. Płońska, A. Zaremba (red.), *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych* (s. 229-237). Lublin, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium.

Barker D.J. (2000). In utero programming of cardiovascular disease. *Theriogenology*, 53: 555-574.

Barrack Ch. (2007). A journey of love: The influence of prenatal and perinatal psychology on parent-child bonding. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 22 (1): 55-78.

Barrett H.W. (1982). Prenatal Influences on Adaptation in the Newborn. W: P. Stratton (red.), *Psychobiology of the Human Newborn* (s. 263-295). Chichester, John Wiley & Sons, Ltd.

Bartel H. (1995). *Embriologia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Barth R.P., Claycomb M., Loomis A. (1988). Services to adolescent fathers. *Health and Social Work*, 13 (4): 277-287.

Bartnik Cz. (1995). *Personalizm.* Lublin, Oficyna Wydawnicza Czas.

Bartosz B. (2002). *Doświadczenie macierzyństwa. Analiza narracji autobiograficznych.* Wrocław, Wydawnictwo UWr.

Basilington H. (2002). The social organization of surrogacy: Relinquishing a baby and the role of payment in the psychological detachment process. *Journal of Health Psychology*, 7 (1): 57-71.

Baudet J., Bonnaud D., Pichereau J., Żago J. (1990). *Choroby niepołożnicze u ciężarnych.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Bauman Z. (1993). Ponowoczesne wzory osobowe. *Studia Socjologiczne*, 2: 8-31.

Bauman Z. (2003). *Razem osobno.* Kraków, Wydawnictwo Literackie.

Baydar N. (1997). A longitudinal study of the effects of the birth of a sibling during the first 6 years of life. *Journal of Marriage and Family*, 59 (4): 939-957.

Bednarczyk H. (red.) (2002). *Edukacja dorosłych – służba społeczna.* Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP; Radom, Instytut Technologii Eksploatacji.

Bee H. (1975). *The Developing Child.* New York, Harper & Row, Publishers Inc.

Bee H., Boyd D. (2009). *Psychologia rozwoju człowieka.* Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Beech S.L. (red.) (1996). *Water Birth Unplugged. Proceedings of the First International Water Birth Conference.* Hale, Books for Midwives Press.

Beisert M., Sęk M. (1982). Psychologiczne problemy kobiet w ciąży specjalnej troski. *Ginekologia Polska*, 53 (11): 721-732.

Belsky J., Youngblade L., Pensky E. (1989). Childrearing history, marital quality, and maternal effect: Intergenerational transmission in a low-risk sample. *Developmental and Psychopathology*, 1 (4): 291-304.

Belsky J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114 (3): 413-434.

Benatar D., Benatar M., (2001). A pain in the fetus: Toward ending confusion about fetal pain. *Bioethics*, 15 (1): 57-76.

Berg B., Wilson J.F., Weingartner P.J. (1991). Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex-role identification. *Social Science and Medicine*, 33 (9): 1071-1080.

Bergner A., Beyer R., Klapp B., Rauchfuss M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29 (2): 105-113.

Berkel D. Van., Candido A., Pijffers W.H. (2007). Becoming a mother by non-anonymous egg donation: Secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28 (2): 97-104.

Bernat K. (2002). Zagrożenia zdrowia populacji wieku rozwojowego. W: T.B. Kulik (red.), *Współczesne zagrożenia zdrowia rodziny* (s. 131-174). Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Bernat K., Karska M. (1999). Społeczno-kulturowe uwarunkowania zespołu dziecka krzywdzonego w wieku niemowlęcym a rola położnej. W: *Położnictwo u progu XXI wieku. Materiały z Konferencji Naukowej, Lublin, 19-20.03.1999* (s. 163-168). Lublin, AM.

Bialoskurski, M., Cox, C.L., Hayes, J.A. (1999). The nature of attachment in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 13 (1): 66-77.

Bidzan M. (2006). *Psychologiczne aspekty niepłodności.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Bidzan M. (2007). *Nastoletnie matki. Psychologiczne aspekty ciąży, porodu i połogu.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Bidzan M., Redzimska M. (2004). Własne dziecko a wyobrażenie o nim u nastoletnich matek oraz u młodych pełnoletnich kobiet. W: E. Martynowicz (red.), *Motywy, cele, wartości. Przyczynek do zrozumienia stanu ducha i stanu umysłu współczesnych Polaków* (s. 239-256). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Biegeleisen H. (1927). *Matka i dziecko w obrzędach, wierzeniach i zwyczajach ludu polskiego.* Lwów, Towarzystwo Wydawnicze Ateneum.

Biela A. (1981). *Psychologiczne podstawy wnioskowania przez analogię.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Biela A. (1989). *Analogia w nauce.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX (1991; *Analogy in Science. From a Psychological Perspective.* Frankfurt am Main, Peter Lang).

Biela A. (1992). O niektórych problemach statusu metodologicznego psychologii współczesnej. W: E. Aranowska (red.), *Wybrane problemy metodologii badań* (s. 55-68). Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.

Biela A. (2000). *Teorie i działy współczesnej psychologii.* Mps, Zakład Psychologii Przemysłowej KUL.

Biela-Wołończej A. (2009). Wilk w owczej skórze. Maska językowa jako mediator w rozumieniu i wyrażaniu pojęć. W: A. Kwiatkowska, K. Kosecki (red.), Odcienie kognitywizmu (w druku). Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Bielańska-Osuchowska Z. (1994). *Jak zaczyna się życie człowieka.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bielawska-Batorowicz E. (1993). O formach złego traktowania dzieci. *Przegląd Psychologiczny*, 20 (3): 305-315.

Bielawska-Batorowicz E. (1995). *Determinanty spostrzegania dziecka przez rodziców w okresie poporodowym.* Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Bielawska-Batorowicz E. (1999). Psychologia prokreacji jako dziedzina badań i obszar praktycznej działalności psychologa. *Przegląd Psychologiczny*, 42 (1-2): 221-239.

Bielawska-Batorowicz E. (2006). *Psychologiczne aspekty prokreacji.* Katowice, Wydawnictwo Naukowe Śląsk.

Bielawska-Batorowicz E., Błaszczyk B., Fijak S., Kostrzewa K., Olesienkiewicz D., Pabich D., Przedborska A. (2002). Kształtowanie się więzi emocjonalnej ojca z dzieckiem w okresie ciąży i po porodzie. *Psychologia Rozwojowa*, 7 (2): 61-69.

Bielawska-Batorowicz E., Kornas-Biela D. (red.) (1992). *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Bieleń R. (2004). Uwarunkowania społeczne rodziny w Polsce w okresie transfomacji (Diagnoza). *Roczniki Teologiczne*, 60 (10): 75-89.

Biesaga T. (red.) (2004). *Bioetyka polska.* Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Biesaga T. (2006). *Elementy etyki lekarskiej.* Kraków, Medycyna Praktyczna.

Biesaga T. (2007). Spór o moralny status człowieka w okresie prenatalnym. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo*, 1 (47): 9-13.

Biesecker B.B. (2001). Goals of genetic counseling. *Clinical Genetics*, 60 (5): 323-330.

Billings E., Westmore A. (1986). *Metoda Billingsa. Sterowanie płodnością bez pomocy środków farmakologicznych i mechanicznych.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Binet A. (1928). *Pojęcia nowoczesne o dzieciach.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Bińczycka J. (2005). O kilku niespełnionych prawach dziecka. W: J. Bińczycka, B. Smolińska-Theiss (red.), *Wymiary dzieciństwa. Problemy dziecka i dzieciństwa w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 9-15). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Birch A., Malim T. (1998). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bishop G.D. (2007). *Psychologia zdrowia.* Wrocław, Wydawnictwo ASTRUM.

Blacher J. (1984). Attachment and severely handicapped children: Implications for intervention. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5 (4): 178-183.

Black R.B. (1990). Prenatal diagnosis and fetal loss: Psychosocial consequences and professional responsibilities. *American Journal of Medical Genetics*, 35 (4): 586-587.

Black R.B. (1992). Seeing the baby: The impact of ultrasound technology. *Journal of Genetic Counseling*, 1 (1): 45-54.

Blaim A. (1980). *Biomedyczne problemy rozwoju dziecka.* W: M. Ziemska (red.), *Rodzina i dziecko* (s. 77-126). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Blum T. (1991). Early prenatal perception and adequate auditive stimulation. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 3-4: 283-296.

Blum T. (1993). *Prenatal Perception, Learning and Bonding.* Berlin, Leonardo Publ.

Blumberg L. (1991). Cross-cultural consistencies in prenatal perceptual patterns and perinatal practices. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 3 (3/4): 155-167.

Błeszyńska K. (1999). Semantyka niepełnosprawności – rola języka w kształtowaniu sytuacji osób niepełnosprawnych. W: M. Chodkowska (red.), *Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej* (s. 61-66). Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Bobrowska-Nowak W. (1973). *Początki polskiej psychologii*. Wrocław, Ossolineum.

Bobrowska-Nowak W. (1977). *Materiały pomocnicze do historii psychologii. Psychologia rozwojowa i wychowawcza w latach 1870-1930*. Katowice, Uniwersytet Śląski.

Boehm F.H. (2008). Doskonałe dziecko. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo*, 56 (4): 11-13.

Boelderl A.R. (1999). A philosophy of birth? Psychohistory as a cultural theory. *Dialogue and Universalism*, 9 (11/12): 29-47.

Bogdanowicz M. (1985). *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Bogdańska E. (2005). Dom dla matki i dziecka. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 23-42). Opole, Wydawnictwo UO.

Bogucka G., Pietrzak B., Marianowski L. (1996). Sposoby radzenia sobie z sytuacją trudną u pacjentek oddziału patologii ciąży. *Klinika Perinatologii i Ginekologii*, Supl., 13: 174-177.

Bohdanowicz S. (1930). Zagadnienie wychowania seksualnego młodzieży szkolnej. *Zagadnienia Rasy*, 9: 46-53.

Bondas T., Eriksson K. (2001). Women's lived experiences of pregnancy: a tapestry of joy and suffering. *Qualitative Health Research*, 11 (6): 824-840.

Bonnet C. (1993). Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse and Neglect*, 17 (4): 501-513.

Borowska T. (1998). Przezwyciężanie sytuacji kryzysowych ważnym zadaniem edukacji. W: J. Stochmiałek (red.), *Pedagogika wobec kryzysów życiowych* (s. 21-29). Warszawa–Radom, Instytut Technologii Eksploatacji.

Borowska T. (2003). *Pedagogia ograniczeń ludzkiej egzystencji*. Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych.

Borowski W.M. (1921). *Wykład psychologii ogólnej w zastosowaniu do wychowania*. Cz. II. Warszawa, Wydawnictwo Arcta.

Borys B. (2000). *Ćwiczenia gimnastyczne dla kobiet oczekujących dziecka*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Borysenko J. (1999). *Księga życia kobiety. Ciało – psychika – duchowość*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Boue A. (red.) (1995). *Fetal Medicine: Prenatal Diagnosis and Management*. Oxford, Oxford University Press.

Boukydis C.F.Z., Treadwell M.C., Delaney-Black W., Boyes K., King M., Robinson T., Sokol R. (2006). Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 25: 721-728.

Boy A., Salihu H.M. (2004). Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49 (4): 159-164.

Boyce P., Condon J. (2000). Traumatic Childbirth and the Role of Debriefing. W: B. Raphael, J.P. Wilson (red.), *Psychological Debriefing: Theory, Practice and Evidence* (s. 272-280). New York, Cambridge University Press.

Boyd C.J., Zaleski Z., Kornas-Biela D., Scamperle E., Krajewska-Wosłowiak B., Henderson D. (1992). Mother-daughter identification: Polish and Polish-American mothers and their adult daughters. *Health Care for Women International*, 15: 181-195.

Brachowicz M.D. (2007). *Psychologiczne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem niepłodności.* Rozprawa doktorska, Archiwum KUL.

Bradford N. (1998). *The Miraculous World of Your Unborn Baby: A Week-by-Week Guide to Your Pregnancy.* Chicago, Contemporary Books; *Niezwykły świat w łonie matki.* Warszawa, Dom Wydawniczy ELIPSA.

Brandstatter M. (1932). *Z doświadczeń rodziców i nauczycieli.* Lwów–Warszawa, Książnica Atlas.

Brannon L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Bratton H. (2005). *Macierzyństwo. Zostajesz mamusią i wszystko się zmienia.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Brągiel J. (2004). Długoterminowy wpływ rozwodu rodziców na dzieci. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny u progu XXI wieku: rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań* (s. 293-202). Toruń, Wydawnictwo Akapit.

Brągiel J., Badora S. (red.) (2005). *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej.* Opole, Wydawnictwo UO.

Brązert J., Spaczyński M., Szaflik K. (red.) (2006). *Ultrasonografia w ginekologii i położnictwie.* T. 2. Poznań, Stowarzyszenie na rzecz Zdrowia Matki i Dziecka, Ośrodek Wydawnictw Naukowych.

Breinholst W. (1981). *Jak cało i zdrowo przyszedłem na świat.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Brennan A., Ayers S., Ahmed H., Marshall-Lucette S. (2007). A critical review of the couvade syndrome: the pregnant male. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (3): 173-189.

Brier N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17 (3): 451-464.

Briggs G.G. (1998). Medication use during the perinatal period. *Journal of American Pharmacy Association*, 38 (6): 717-726.

Brodzinsky D.M., Palacios J. (red.) (2005). *Psychological Issues in Adoption: Research and Practice.* Westport, Conn., Praeger.

Bronk A. (1996). Krajobraz postmodernistyczny. *Ethos*, 1-2 (33-34): 79-100.

Bryan J. (1994). *Cud narodzin. Fascynujące spojrzenie na rozwój dziecka w łonie matki.* Racibórz, R.A.F. Scriba.

Bryant E., Colman A.M. (red.) (1997). *Psychologia rozwojowa.* Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Brzezińska A., Czub T., Lutomski G., Smykowski B. (1995). *Dziecko w zabawie i świecie języka.* Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Brzezińska A., Trempała J. (2000). *Wprowadzenie do psychologii rozwoju.* W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki.* T. 1. *Podstawy psychologii* (s. 229-283). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzezińska A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B. (2008). Psychologia rozwoju człowieka. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. II, s. 95-292). Gdańsk, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.

Brzeziński J. (2000). *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Buchsbaum H.J. (red.) (1989). *Menopauza.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Buckley S.J. (2003). Undisturbed birth: nature's blueprint for ease and ecstasy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 17 (4): 261-288.

Budrowska B. (2000). *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety.* Wrocław, Wydawnictwo Funna.

Budzyńska E. (2008). Podzielane czy dzielące? Wartości społeczeństwa polskiego. W: J. Mariański, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 35-56). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Buhler C. (1999). *Bieg życia ludzkiego.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Buhler Ch. (1933). *Dziecięctwo i młodość. Geneza świadomości.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Bullinger H. (1997). *Mężczyzna czy ojciec?* Warszawa, Niezależna Oficyna Wydawnicza.

Bullivant J. (2004). *Dear Lord, I feel like a whale! Knowing God's touch throughout your pregnancy – and beyond.* Oxford, Monarch Books.

Burt C.D.B., Kemp S., Conway M. (2001). What happens if you retest autobiographical memory 10 years on? *Memory and Cognition*, 29 (1): 127-136.

Buss D.M. (2000). *Ewolucja pożądania. Jak ludzie dobierają się w pary.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Buss D.M. (2001). *Psychologia ewolucyjna. Jak wytłumaczyć społeczne zachowania się człowieka? Najnowsze koncepcje.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Calhoun L.G., Selby J.W., Calhoun H.L. (1990). *The Psychological Value of Prepared Childbirth.* W: J.W. Selby, L.G. Calhoun, A.V. Vogel, H.E. King (red.), *Psychology and Human Reproduction* (s. 39-54). New York, The Free Press.

Callander G., Brown G., Tata P., Regan L. (2007). Counterfactual thinking and psychological distress following recurrent miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25 (1): 51-65.

Carlson D.B., Labarba R.C. (1979). Maternal emotionality during pregnancy and reproductive outcome: A review of the literature. *International Journal of Behavioral Development*, 2 (4): 343-376.

Carmichael D.A. (1997). First-time expectant mothers' images of their unborn children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (9-B), s. 5962.

Carr A. (2009). Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach. Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Carter D., Misri S., Tomfohr L. (2007). Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50 (1): 154-165.

Casini C. (2007). *5 dowodów na istnienie człowieka.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Casper L.M., Hogan D.P. (1990). Family networks in prenatal and postnatal health. *Social Biology*, 37 (1-2): 84-101.

Cassidy T., Sintrovani P. (2008). Motives for parenthood, psychosocial factors and health in women undergoing IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26 (1): 4-17.

Cerańska-Goszczyńska H., Maj-Pucek M., Oppenheim R. (1997). *Po porodzie... Karmienie piersią. Powrót płodności. Depresje i smutki poporodowe.* Gdańsk, Wydawnictwo Medyczne Makmed.

Chalmers B. (1996). Cross-cultural comparisons of birthing: Psycho-social issues in Western and African birth. *Psychology and Health*, 12: 11-21.

Chalmers B., Meyer D. (1992). Fears and feelings during pregnancy: A cross cultural study. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4 (1/2): 35-44.

Chamberlain D.B. (1986). Psychika noworodka: wzrastające dowody kompetencji. *Nowiny Psychologiczne*, 8-9: 44-52.

Chamberlain D.B. (1987). The cognitive newborn: A scientific update. *British Journal of Psychotherapy*, 4 (1): 30-71.

Chamberlain D.B. (1988). *Babies Remember Birth: An Other Extraordinary Scientific Discoveries About the Mind and Personality of Your Newborn.* Los Angeles, Jeremy P. Tarcher (1990, New York, Ballantine Books).

Chamberlain D.B. (1989). Babies remember pain. *Pre- and Peri-Natal Psychology*, 3 (4): 297-310.

Chamberlain D.B. (1990). The expanding boundaries of memory. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 4 (3): 171-189.

Chamberlain D.B. (1992). Babies are not what we thought: Call for a new paradigm. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4: 1-17.

Chamberlain D.B. (1993). Prenatal intelligence. W: T. Blum (red.), *Prenatal Perception, Learning, and Bonding* (s. 9-31). Berlin, Hong Kong, Leonardo Publishing.

Chamberlain D.B. (1994). The sentient prenate: What every parent should know. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 9 (1): 9-31.

Chamberlain D.B. (1998a). Prenatal receptivity and intelligence. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 12 (3-4): 95-118.

Chamberlain D.B. (1998b). *The Mind of Your Newborn Baby.* Berkeley, North Atlantic Book.

Chamberlain D.B. (1999a). Babies remember birth: A synopsis. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14 (1-2): 5-17.

Chamberlain D.B. (1999b). Foundations of sex, love, and relationships: From conception to birth. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14 (1-2): 45-64.

Chamberlain D.B. (1999c). Reliability of birth memory: Observations from mother and child pairs in hypnosis. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14 (1-2): 19-30.

Chamberlain D.B. (1999d). The significance of birth memories. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14 (1-2): 65-84.

Chambliss L.R. (2008). Intimate partner violence and its implication for pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51 (2): 385-397.

Chang S., Park S., Chung C. (2004). Effect of Taegyo-focused prenatal education on maternal-fetal attachment and self-efficacy related to childbirth. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34 (8): 1409-1415.

Charmichael L. (red.) (1946/1956). *Manual of Child Psychology*. New York, John Willey & Sons, Inc.

Chazan B. (1990). *Biologiczne następstwa ekspozycji na pola elektromagnetyczne w zakresie reprodukcji i rozwoju*. Warszawa, IMiDz, rozprawa habilitacyjna.

Chazan B. (1997). Opieka przedkoncepcyjna. W: B. Chazan (red.), *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego* (s. 34-41). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Chazan B. (1999). Medycznie chronione macierzyństwo: profilaktyka niepowodzeń macierzyńskich. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 163-177). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Chazan B. (2001). Opieka zdrowotna przedkoncepcyjna. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 5 (4), Supl. I: 121-125.

Chazan B. (2004). Szkoła rodzenia. W: K. Ostrowska (red.), *Słownik pojęć – Wychowanie do życia w rodzinie* (s. 162-163). Kraków, Wydawnictwo Rubikon.

Chazan B., Nieżurawski J., Szamotulska K. (1993a). Ocena wpływu przewlekłej ekspozycji kobiet w polach elektromagnetycznych na masę ciała noworodków. *Ginekologia Polska*, Supl.: 78-84.

Chazan B., Nieżurawski J., Szamotulska K. (1993b). Rozrodczość u kobiet eksponowanych zawodowo w polach elektromagnetycznych. *Ginekologia Polska*, Supl.: 72-77.

Chazan B., Simon W. (2009) (red.). *Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia*. Wrocław, Wydawnictwo Wektory.

Cheek D.B. (1975). Maladjustment patterns apparently related to imprinting at birth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 18 (2): 75-82.

Cheek D.B. (1992). Are telepathy, clairvoyance, and „hearing" possible in utero? Suggestive evidence as revealed during hypnotic age-regression studies of prenatal memory. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 7 (2): 125-137.

Cheek D.B., Rossi E. (1988). *Mind-Body Therapy*. New York, W.W. Norton.

Cherland E., Matthews P.C. (1989). Attempted murder of a newborn: A case history. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34 (4): 337-339.

Chłap Z. (1995). Europejskie spory o bioetykę. W: M. Renkielska (red.), *Medicina expectata* (s. 27-41). Kraków, Wydawnictwo Arcana.

Chmaj L. (1938). *Kierunki i prądy pedagogiki współczesnej*. Warszawa–Wilno, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Chmaj L. (1962). *Prądy i kierunki w pedagogice XX wieku*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Chołuj I. (1992). *Poród w domu*. Warszawa, Wydawnictwo Salezjańskie.

Chołuj I. (2008). *Urodzić razem i naturalnie. Informator i poradnik porodowy dla rodziców i położnych*. Mszczonów, Fundacja Źródła Życia.

Christensen F.C., Rayburn W.F. (1999). Fetal movement counts. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 26 (4): 607-621.

Chrousos G.P. (red.) (1995a). *Stress: Basic Mechanisms and Clinical Implications*. New York, New York Academy of Sciences.

Chrousos G.P. (1995b). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *The New England Journal of Medicine*, 332: 1351-1362.

Chudy W. (1988). Sens filozoficzny kondycji człowieka niepełnosprawnego. W: D. Kornas-Biela (red.), *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie* (s. 105-122). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Chudy W. (1996). O osobie, która jest dzieckiem. *Ethos*, 33-34: 216-224.

Chudy W. (2005). Godność człowieka wartością ontyczno-wychowawczą. W: M. Kalinowski (red.), *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu* (s. 83-91). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Chudy W. (2006). Wartości i świat ludzi niepełnosprawnych (przyczynek do aksjologii osób niesłyszących). W: K. Krakowiak, A. Multan (red.), *Przekraczanie barier w wychowaniu osób z uszkodzeniem słuchu* (s. 29-42). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Chudy W. (2007a). Człowiek niepełnosprawny w świetle filozofii. *Ethos*, 20 (3-4): 67-80.

Chudy W. (2007b). Istota pedagogiki personalistycznej. W: A. Rynio (red.), *Wychowanie chrześcijańskie. Między tradycją a współczesnością* (s. 271-295). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Chudy W. (2009). *Filozofia wieczysta w czas przełomu. Gdańskie wykłady z filozofii klasycznej z roku 1981*. Red. M. Chuda. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Church D. (2004). *Communing with the Spirit of Your Unborn Child. A Practical Guide to Intimate Communication with Your Unborn or Infant Child*. Santa Rosa, Elite Books.

Chyrowicz B. (red.) (1999). *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Chyrowicz B. (1999). Klonowanie a identyczność osoby. W: B. Chyrowicz (red.), *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje* (s. 133-154). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Chyrowicz B. (2002). *Bioetyka i ryzyko*. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Cichosz M. (2004). *Polska pedagogika społeczna w latach 1945-2003. Wybór tekstów źródłowych*. T. 1 i 2. Toruń, Wydawnictwo A. Marszałek.

Cichosz M. (2008). Myśl przewodnia – wychowanie zintegrowane – Wywiad z Profesorem Edmundem Trempałą. *Pedagogika Społeczna*, 7 (1): 9-35.

Cielecka-Kuszyk (2000). Medyczne aspekty krzywdzenia dzieci. W: E. Milewska, A. Szymanowska (red.), *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych* (s. 198-213). Warszawa, Wydawnictwo MEN.

Cierpiałkowska L., Zalewska M. (2008). Psychopatologia. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. II, s. 545-580). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Cieśla B. (2008). Skąd się wzięły „położne"? W: Złoty *Jubileusz Szkół rodzenia w Polsce. Materiały z Konferencji „Profesor Włodzimierz Fijałkowski i jego dzieło"*. 16-17.05.2008 Łódź, s. 41-45.

Cioffi A. (1995). *The Fetus as Medical Patient: Moral Dilemmas in Prenatal Diagnosis From a Catholic Perspective*. Lanham, MA, University Press of America.

Ciukszo D. (1993). *Przemiany społecznej roli dziecka wiejskiego. Analiza socjologiczno-historyczna.* Rozprawa doktorska, Lublin, Archiwum KUL.

Claparede E. (1923). *Jak rozpoznać uzdolnienia uczniów.* Lwów–Warszawa, Książnica Atlas.

Cline V.B. (1996). *Skutki pornografii. Dowody eksperymentalne i kliniczne.* Gdańsk, TOR i HLI–Europa.

Cohn J.K. (1996). An empirical study of parents' reaction to the diagnosis of congenital heart disease in infants. *Social Work in Health Care*, 23 (2): 67-79.

Cole M., Cole S.R. (1989). *The Development of Children.* New York, W.H. Freeman & Co.

Coley R.L., Chase-Lansdale P. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 53 (2): 152-166.

Collins N.L., Dunkel-Schetter C., Lobel M., Scrimshaw S.C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personal and Social Psychology*, 65 (6): 1243-1258.

Colombo R. (1999). Projekt poznania genomu człowieka. Moralne granice badań. W: E. Sgreccia, T. Styczeń, J. Gula, C. Ritter (red.), *Medycyna i prawo: za czy przeciw życiu?* (s. 69-93). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Colombo R. (2002). *Embrion to już człowiek. Kiedy zaczęło się moje życie.* Warszawa, Krajowy Zespół Promocji Naturalnego Planowania Rodziny, Instytut Matki i Dziecka.

Colpin H., De Munter A., Nys K., Vandemeulebroecke L. (1998). Prenatal attachment in future parents of twins. *Early Development and Parenting*, 7 (4): 223-227.

Colucciello M.L. (1998). Pregnant adolescents' perceptions of their babies before and after realtime ultrasound. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36 (11): 12-9.

Concar D., Fallows C. (1997). Can your unborn baby feel pain? *Australia's Parents*, 99: 40-42.

Condon J.T. (1985). Therapy of the expectant family: The fetus as a force to be reckoned with. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 6 (2): 77-81.

Condon J.T. (1986). The spectrum of fetal abuse in pregnant women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (9): 509-516.

Condon J.T., Esuvaranathan V. (1990). The influence of parity on the experience of pregnancy: a comparison of first- and second-time expectant couples. *The British Journal of Medical Psychology*, 63 (4): 369-377.

Connor S. (2008). Now we have the technology that can make a cloned child. *The Independent*, Monday, 14 April 2008.

Coolman R. B., Bennett F.C., Sells C.J., Swanson M.W., Andrews M.S., Robinson, N.M. (1985). Neuromotor development of graduates of the neonatal intensive care unit: Patterns encountered in the first two years of life. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 6 (6): 327-333.

Cooper S. (2005). A rite of involvement? Men's transition to fatherhood. *Durham Anthropology Journal*, 13 (2), On Line Journal.

Cousineau T.M., Domar A.D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21 (2): 293-308.

Cousineau T.M., Green T.C., Corsini E., Seibring A., Showstack M.T., Applegarth L., Davidson M., Perloe M. (2008). Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 23 (3): 554-66.

Cowan P.A., Cowan C.P., Kerig P.K. (1993). Mothers, Fathers, Sons, and Daughters: Gender Differences an Family Formation and Parenting Style. W: P.A. Cowan, D. Field, D.A. Hansen, A. Skolnick, G.E. Swanson (red.), *Family, Self and Society: Toward a New Agenda for Family Research* (s. 165-195). Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Cramer J.D., McDonald K.B. (1996). Kin support and family stress: Two sides to early childbearing and support networks. *Human Organization*, 55: 160-169.

Cranley M.S. (1981). Roots of attachment: The relationship of parents with their unborn. *Birth Defects: Original Article Series*, 17 (6): 59-83.

Cranley M.S. (1984). Social support as a factor in the development of parents' attachment to their unborn. *Birth Defects Original Article Series*, 20 (5): 99-124.

Cudak H. (1999). *Od rodziny pochodzenia do rodziny prokreacji.* Łowicz, Mazowiecka Wyższa Szkoła Humanistyczno-Pedagogiczna.

Cudak H. (2000). *Funkcje rodziny w pierwszych okresach rozwojowych dziecka.* Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiczna Towarzystwa Wiedzy Powszechnej.

Cudak H. (2004). *Funkcjonowanie dzieci z małżeństw rozwiedzionych.* Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Cudak H., Marzec H. (2001). *Współczesna rodzina polska. Jej wymiar aksjologiczny i funkcjonowanie.* Piotrków Trybunalski, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie przy Filii Akademii Świętokrzyskiej w Piotrkowie Trybunalskim.

Cuisinier M., Janssen H.J., de Graauw C., Bakker S., Hoogduin C. (1996). Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 17: 168-174.

Culbert-Koehn J. (1999a). Birth, violence and the millennium. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 11 (4): 427-436.

Culbert-Koehn J. (1999b). Prenatal and perinatal influences in contemporary Jungian analysis. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 11 (3): 277-286.

Cunningham-Burley S., Kerr A. (1999). The new genetics: risks and boundaries. *Health, Risk and Society*, 1 (3): 249-251.

Cwikel J., Gidron Y., Sheiner E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 117 (2): 126-131.

Cylkowska-Nowak M. (2000). Społeczne dyskursy promocji zdrowia: ekstremalna krytyka i ewaluacja. W: D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe* (s. 46-76). Poznań, Wydawnictwo WOLUMIN.

Czajka R. (1992). Rola niektórych psychogennych czynników stresorodnych w etiopatogenezie porodu przedwczesnego. *Annales Academiae Medicae Bydgostiensis.* T. V, Supl.: 67-77.

Czajka R. (2007). Metody przewidywania i zapobiegania porodom przedwczesnym. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 43 (3): 15-18.

Czapiński J. (red.) (2008). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Czerniawska O. (1997). Edukacja dorosłych w aspekcie czasu i przestrzeni. W: T. Aleksander (red.), *Teraźniejszość i przyszłość edukacji dorosłych* (s. 125-131). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Czochańska J., Kmiołek W., Łosiowski Z., Michałowicz R. (1971). Przyczyny uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego związane z patologią ciąży i porodu. W: R. Michałowicz (red.), *Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej* (s. 218-283). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Czochańska J., Łosiowski Z. (1985). Mózgowe porażenie dziecięce. W: J. Czochańska (red.), *Neurologia dziecięca* (s. 328-345). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Dangel T. (2008). Wady letalne u płodów i noworodków. Opieka paliatywna jako alternatywa wobec eugenicznej aborcji, eugenicznego dzieciobójstwa i uporczywej terapii. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 443-460). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Danziger S.K., Radin N. (1990). Absent does not equal uninvolved: predictors of fathering in teen mother families. *Journal of Marriage and Family*, 52 (3): 636-642.

Darmstadt G.L. (1990). Community-based child abuse prevention. *Social Work*, 35 (6): 87-89.

Darwin K. (1872/1988). *O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt.* Warszawa, Wydawnictwo PWN.

Darwin K. (1877). A biographical sketch of an infant. *Mind*, 2: 285-294.

Davids A., DeVault S., Talmadge M. (1961). Anxiety, pregnancy, and childbirth abnormalities. *Journal of Consulting Psychology*, 25: 74-77.

Davis-Floyd R.E., Sargent C.F. (red.) (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross-Cultural Perspectives.* Berkeley, University of California Press.

Davis-Floyd R.E. (1992). *Birth as an American Rite of Passage.* London, University of California Press.

Dawid J.W. (1882). Życie duchowe noworodka. *Przegląd Pedagogiczny*, 10: 317-320.

Dawid J.W. (1887). *Program postrzeżeń psychologiczno-wychowawczych nad dzieckiem od urodzenia do 20 roku życia.* Warszawa, T. Paprocki.

Dawid J.W. (1895/1960). *Nauka o rzeczach. Rys jej historycznego rozwoju, podstawy psychologiczne, metoda oraz podstawy lekcji.* Wrocław, Wydawnictwo Ossolineum.

Dawid J.W. (1896). *Zasób umysłowy dziecka. Przyczynek do psychologii doświadczalnej.* Warszawa, Wydawnictwo Przeglądu Powszechnego.

Dawid J.W. (1912). O duchu pedagogiki doświadczalnej. *Ruch Pedagogiczny*, 3: 49-55; 4: 65-71.

Dąbrowski K. (1979). *Dezintegracja pozytywna.* Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy.

Dąbrowski P. (1935). Wychowanie dzieci i młodzieży. W: S. Łempicki, W. Gottlieb, B. Suchodolski, J. Włodarski (red.), *Encyklopedja Wychowania* (t. 1, cz. 2, s. 786-813). Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Dąbrowski Z. (2006a). Pedagogika opiekuńcza. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika.* T. 3. *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej* (s. 253-277). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Dąbrowski Z. (2006b). *Pedagogika opiekuńcza w zarysie.* Olsztyn, Wydawnictwo UWM.
de Barbaro B. (1999). *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny.* Kraków, Wydawnictwo UJ.
de Klerk C., Hunfeld J.A., Heijnen E.M., Eijkemans M.J., Fauser B.C., Passchier J., Macklon N.S. (2008). Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, 23 (1): 112-116.
de Lyser F. (1990). *Jane Fonda przyszłym matkom. Ćwiczenia w ciąży i połogu. Przygotowanie do porodu.* Warszawa, Wydawnictwo ALFA.
de Meester C. (1998). *Święta Teresa z Lisieux: Słowo nadziei i miłości.* W: W. Słomka, M. Chmielewski, Ł. Kasperek (red.), *W sercu Kościoła będę miłością* (s. 33-52). Kraków, Wydawnictwo Karmelitów Bosych.
Debesse M. (1996). *Etapy wychowania.* Warszawa, Wydawnictwo Żak.
Del Giudice G.T. (1986). The relationship between sibling jealousy and presence at a sibling's birth. *Birth*, 13 (4): 250-260.
Del Mar Ch., O'Connor V. (2004). Should we stop telling well pregnant women to monitor fetal movements? How to use and interpret guidelines. *British Journal of General Practice*, 54 (508): 810-811.
Delors J. (red.) (1998). *Edukacja – jest w niej ukryty skarb.* Warszawa, Wydawnictwo UNESCO.
Demel M. (1968). *O wychowaniu zdrowotnym.* Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
Demel M. (1980). *Pedagogika zdrowia.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
Demel M. (1985). *Wychowanie fizyczne (z uwzględnieniem wychowania zdrowotnego).* W: B. Suchodolski (red.), *Pedagogika* (s. 576-620). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
Depaepe M. (1992). Pedologia jako podstawa lepszego świata. Józefa Joteyko i nauka o dziecku na początku XX wieku. *Forum Oświatowe*, 7: 37-58.
Derbyshire S.W.G., Furedi A. (1996). 'Fetal pain' is a misnomer. *Student British Medical Journal*, 4 (46): 416-417.
Derdziuk A. (2001). Argument ekologiczny w bioetyce. W: J. Nagórny, J. Gocko (red.), *Przykazania kościelne dzisiaj. Przesłanie moralne Kościoła* (s. 193-208). Lublin, Wydawnictwo KUL.
Derdziuk A. (2006). Moralna problematyka spowiedzi małżonków. W: Cz. Murawski (red.), *Solidarni z rodziną* (s. 105-117). Sandomierz, Sandomierskie Wydawnictwo Diecezjalne.
Derdziuk A. (2008a). Spowiednik wobec problemu antykoncepcji – roztropne milczenie czy napiętnowanie? W: W. Wieczorek, E. Flader, R. Krupa, J. Płońska, A. Zaremba (red.), *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych* (s. 79-92). Lublin, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium.
Derdziuk A. (2008b). Wychowawcza rola rodziny w rozpoznawaniu powołania. W: K. Jeżyna, T. Zadykowicz (red.), *Wychowanie w rodzinie chrześcijańskiej. W 25 rocznicę adhortacji apostolskiej „Familiaris consortio"* (s. 153-166). Lublin, Wydawnictwo KUL.
Descartes R. (1958). *Medytacje o pierwszej filozofii.* Tłum M.i K. Ajdukiewiczowie. Kraków, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Deutscher B., Fewell R.R., Gross M. (2006). Enhancing the interactions of teenage mothers and their at-risk children. Effectiveness of a maternal-focused intervention. *Topics in Early Childhood Special Education*, 26 (4): 194-205.

Dewey J. (1913). *Szkoła i dziecko.* Warszawa, E. Wende i S-ka.

Diamond D.J., Diamond M. (2005). The psychology of reproductive traumas: Infertility and pregnancy loss. *Fertility Weekly*, 9/19/2005: 13-17.

Diamond L.J., Jaudes P.K. (1983). Child abuse in a cerebral palsied population. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 25 (2): 169-174.

Dickens B.M. (1986). Prenatal diagnosis and female abortion: a case study in medical law and ethics. *Journal of Medical Ethics*, 12 (3): 143-144, 150.

Dickinson R. (1986). Women's views on keeping fetal movement charts. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 91: 1111-1112.

Di Pietro J.A., Hilton S., Hawkins M., Costigan K., Pressman E.K. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38 (5): 659-668.

Dobroczyński B. (1997). *New Age.* Kraków, Wydawnictwo Znak.

Dobroczyński B. (1999). TopoGrofia pewnej rewolucji światopoglądowej. W: S. Grof (red.), *Poza Mózg. Narodziny, Śmierć i Transcendencja w psychoterapii* (s. 9-34). Kraków, Wydawnictwo A.

Dobroczyński B. (2000). Transpersonalna koncepcja tożsamości. W: A. Gałdowa (red.), *Tożsamość człowieka* (s. 149-164). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Dobroczyński B. (2008). „Jesteś kimś innym, niż myślisz, że jesteś". Transpersonalne ujęcie tożsamości – szkic historyczny. W: P.K. Oleś, A. Batory (red.), *Tożsamość i jej przemiany a kultura* (s. 177-202). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Doja A. (2005). Rethinking the couvade. *Anthropological Quarterly*, 78 (4): 917-950.

Dolto C. (1991). Haptonomie pré- et postnatal. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 1: 36-46.

Dolto C. (1995). Dialogue haptonomique pré- et postnatal, sécurité affective et ouverture au langage. *Présence Haptonomique. Actes du 2ème Congrès d'Haptonomie. 18-19 novembre 1995*, 3: 113-126.

Dolto C. (1997). Pre- and postnatal haptonomic communication. Affective security and development. *The International Journal of Prenatal Psychology and Medecine*, 9 (2): 165-180.

Dolto-Tolitch C. (2001). *Haptonomia. O emocjonalnym kontakcie w okresie ciąży i porodu.* Warszawa, Fundacja „Rodzić po Ludzku".

Domagała-Zyśk E. (2005). *Pedagog wobec osoby niepełnosprawnej i chorej w nauczaniu Jana Pawła II.* W: M. Nowak. C. Kalita (red.), *Pedagogiczna inspiracja w nauczaniu Jana Pawła II* (s. 438-454). Biała Podlaska, PWSZ im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Domagała-Zyśk E. (2006). Osoba chora, niepełnosprawna, cierpiąca jako wezwanie do poszukiwania sensu. Nauczanie Jana Pawła II w kontekście „teologii niepełnosprawności" Jeana Vaniera. W: J. Śledzianowski, T. Sakowicz (red.), *Jan Paweł II stróżem ludzkiej rodziny* (s. 149-162). Kielce, Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Akademii Świętokrzyskiej.

Domagała-Zyśk E. (2007). Kształtowanie adekwatnych postaw wobec osób niepełnosprawnych. W: A. Rynio (red.), *Wychowanie chrześcijańskie. Między tradycją a współczesnością* (s. 922-931). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Domagała-Zyśk E., Kornas-Biela D.J., Sidor B. (2006). New trends in special education of the at risk children and new challenges in special pedagogues training in Poland. W: A. Lascioli, M. Onder (red.) *Proceedings of the Symposium on Special Pedagogy. State of the Art in Practical Work, Research and Education* (s. 349-358). Verona, Liberia Editrice Universitaria.

Donant A. (1989). Abortion and the reincarnating ego. *Sunrise Magazine*, 38.

Doniec R. (1997). Wartościowanie małżeństwa i rodziny – analiza przemian międzygeneracyjnych. *Paedagogia Christiana*, 1: 235-254.

Doniec Z., Ulman-Doniec I., Poręba R., Der-Piech M., Sipiński A. (1989). Postępowanie z noworodkiem hipotroficznym w profilaktyce zaburzeń okresu noworodkowego i niemowlęcego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis.* Supl.: 55-58.

Dosh M.A. (1999). Prenatal and perinatal foundations of moral development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13 (3-4): 213-222.

Dougherty S.B. (1990). Mysteries of prenatal consciousness. *Sunrise Magazine*, 2/3.

Downie R.S., Fyfe C., Tannahill A. (1990). *Heath Promotion: Models and Values.* Oxford, Oxford University Press.

Draczyński S., Błażek M. (2004). Wpływ rodziny pochodzenia na jakość małżeństwa. W: E. Martynowicz (red.), *Motywy, cele, wartości. Przyczynek do zrozumienia stanu ducha i stanu umysłu współczesnych Polaków* (s. 217-237). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Drake M.L., Verhulst D., Fawcett J. (1988). Physical and psychological symptoms experienced by Canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing*, 13 (4): 436-440.

Draper J. (2002). It was a real good show: the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociology of Health and Illness*, 24 (6): 771-795.

Drury N. (1995). *Psychologia transpersonalna. Ludzki potencjał.* Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Dryjski A. (1934). *Zagadnienia seksualizmu dzieci i młodzieży.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Dryll E. (2003). Interakcja wychowawcza w relacji matka–dziecko. W: A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej* (s. 132-161). Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Dubas E. (2005). Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości. W: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji, społeczeństwie* (s. 143-155). Sosnowiec, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu.

Dubas E. (2009). Refleksja autobiograficzna jako aktywność edukacyjna w kontekście całożyciowego uczenia się. W: A. Fabiś, S. Kędziora (red.), *Wyzwania współczesnej edukacji dorosłych. Aktywność kulturalna i oświatowa dorosłych* (s. 41-53). Mysłowice – Zakopane, Wydawnictwo GWSP.

Dudziak U., Deluga A. (2006). *Naturalne planowanie rodziny. Wybrane zagadnienia.* Szczecinek, Fundacja „Nasza Przyszłość".

Dunkel-Schetter C. (1998). Maternal stress and preterm delivery. *Prenatal and Neonatal Medicine*, 3: 39-42.

Durkin K. (1988). The social nature of social development. W: M. Hewstone, W. Stroebe, J.P. Codol, G.M. Stephenson (red.), *Introduction to Social Psychology* (s. 39-59). New York, Basil Blackwell.

Dyczewski L. (2002). *Więź między pokoleniami w rodzinie*. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Dyczewski L. (2007a). Ojciec w ocenie dorosłych dzieci. W: D. Kornas-Biela (red.), *Ojcostwo wobec wyzwań współczesności* (s. 51-64). Lublin, Fundacja Cyryla i Metodego.

Dyczewski L. (2007b). Rodzina i jej miejsce w hierarchii wartości młodego pokolenia Europejczyków. Wyniki badań socjologicznych. W: J. Gorbaniuk (red.), *Sytuacja rodziny we współczesnym społeczeństwie Europy Środkowo-Wschodniej* (s. 22-39). Lublin, Wydawnictwo KUL/Lubelska Szkoła Biznesu.

Dyer E.D. (1963). Parenthood as crisis: A restudy. *Marriage and Family Living*, 25: 196-201.

Dygasiński A. (1882/1883). Rzut oka na genezę duszy ludzkiej, *Rocznik Pedagogiczny*: 1-38.

Dykcik W. (red.) (1996). *Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych*. Poznań, Eruditus.

Działyńska M. (1993). Macierzyństwo zastępcze. *Studia Prawnicze*, 1: 87-98.

Działyńska M. (1996). Problematyka prawna macierzyństwa zastępczego. W: T. Smyczyński (red.), *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne* (s. 113-123). Poznań, Wydawnictwo NAKOM.

Dziekoński S. (2000). *Wychowanie w nauczaniu Kościoła*. Warszawa, Wydawnictwo UKSW.

Dzierżanowski J. (2000). Działania Kościoła i organizacji pozarządowych w Polsce na rzecz ochrony świętości życia. W: J. Dzierżanowski (red.), *Psychologiczne następstwa straty dziecka* (s. 95-113). Opole, Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego UO.

Efrat Z., Akinfenwa O.O., Nicolaides K.H. (1999). First-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 13 (5): 305-307.

Efrat Z., Perri T., Ramati E., Tugendreich D., Meizner I. (2006). Fetal gender assignment by first-trimester ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27 (6): 619-621.

Eggertsen S.C., Benedetti T.J. (1987). Maternal response to daily fetal movement counting in primary care settings. *American Journal of Perinatology*, 4 (4): 327-330.

Eibl-Eibesfeldt I. (1987). *Miłość i nienawiść*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Eimas P. (1977). *Infants Perception: From Sensation to Cognition*. New York, Academic Press.

Ekelin M., Crang-Svalenius E., Dykes A.K. (2004). A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery*, 20 (4): 335-344.

Elder G.H., Rockwell J.R., R.C. (1979). The life-course and human development: an ecological perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 2: 1-21.

Eliasz A. (2000). Psychologia ekologiczna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 405-440). Gdańsk, Wydawnictwo Psychologiczne Gdańskie.

Eliot L. (2003). *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*. Poznań, Media Rodzina.

Ellis B.J., Bates J.E., Dodge K.A., Fergusson D.M., Horwood L.J., Pettit G.S., Woodward L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development*, 44 (3): 801-821.

Emerson W.R. (1993). *Treatment outcomes.* Petaluma, CA, Emerson Training Seminars.

Emerson W.R. (1998a). Birth trauma: The psychological effects of obstetrical interventions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13 (1): 11-44.

Emerson W.R. (1998b). The vulnerable prenate. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 10 (1): 5-17.

Emerson W.R. (2001). Treating caesarean birth trauma during infancy and childhood. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15 (3): 177-192.

Erikson E.H. (1980/1959). *Identity and the Life Cycle.* New York, W.W. Norton&Company.

Erikson M. (1996). Predictors of maternal-fetal attachment: an integrative review. *An Integrative Review Worldviews on Evidence-Based Nursing (Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing),* 3 (1): 56-72.

Eriksson B.S., Pehrsson G. (2005). Emotional reactions of parents after the birth of an infant with extremely low birth weight. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working With Children in The Hospital and Community*, 9 (2): 122-136.

Etyczny i pastoralny wymiar przemian demograficznych (1994). Watykan, Dokument Papieskiej Rady do spraw Rodziny.

Eurenius K., Axelsson O., Sjen P.O. (1996). Pregnancy, ultrasound screening and smoking attitudes. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 42 (2): 73-76.

Evans M. I., Platt L.D., De La Cruz F. (2001). *Fetal Therapy.* Nashville, Parthenon Publishing.

Fabian H.M., Rådestad I.J., Waldenström U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetricia and Gynecologica Scandinavica*, 84 (5): 436-443.

Farrant G. (1986). Cellular consciousness. *Aestema*, 7: 28-39.

Fathalla M. (1994). The one hundred million missing females are dead. Let it never happen again. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 46: 101-104.

Fathalla M. (1998). The missing millions. *People and the Planet*, 7 (3): 10-11.

Fawcett J. (1989). Spouses-experiences during pregnancy and the postpartum: a program of research and the theory development. *The Journal of Nursing Scholarship*, 21 (3): 149-152.

Fechner G.Th. (1860). *Elemente der Psychophysik.* Leipzig, Breitkopf und Härtel.

Fechner G.Th. (1877). *In Sachen der Psychophysik.* Leipzig, Breitkopf und Härtel.

Fedor-Freybergh P.G. (red.) (1987). *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen.* Älvsjö, Saphir Verlag.

Fedor-Freybergh P.G. (1992a). Presidential Address. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4 (1/2): 155-160.

Fedor-Freybergh P.G. (1992b). The prenatal and perinatal psycho-medicine in the changing world. *World Congress of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine.* Kraków.

Fedor-Freybergh P.G. (1995). Editorial. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 7 (4): 415.

Fedor-Freybergh P.G., Vogel V.M.L. (red.) (1988). *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine – Encounter with the Unborn.* Lancs, The Parthenon Publishing Group.

Feldman P.J., Dunkel-Schetter Ch., Sandman C.A., Wadhwa P.D. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62: 715-725.

Ferry G. (1996). Why stressful lives begin before birth. *New Scientist*, 150 (2035): 19.

Field T.M. (red.) (1995). *Touch in Early Development.* Mahwah, NJ., Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: A review. *Infant Behavior and Development*, 29 (3): 445-455.

Field T., Sandberg D., Quetel T.A., Garcia R., Rosario M. (1985). Effects of ultrasound feedback on pregnancy anxiety, fetal activity, and neonatal outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 66 (4): 525-528.

Fijałkowski W. (1967, 1974). *Szkoła rodzenia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Fijałkowski W. (1973). *Rodzi się człowiek.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Fijałkowski W. (1980a). Życie przed życiem. *Chrześcijanin w Świecie*, 2: 97-111.

Fijałkowski W. (1980b). *Spotkania w szkole rodzenia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Fijałkowski W. (red.) (1981/1986/1989). *Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Fijałkowski W. (1983/1998). *Dar rodzenia.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Fijałkowski W. (1986). Narodziny człowieka. Życie ukryte okresu 9 miesięcy i wejście noworodka w nowy świat. W: A. Podsiad, A. Szafrańska (red.), *Spojrzenie na współczesną rodzinę w Polsce w kontekście wskazań soborowych* (s. 185-200). Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Fijałkowski W. (red.) (1987). *Przygotowanie do naturalnego porodu.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Fijałkowski W. (1989). *Ku afirmacji życia.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX. Wyd. II – 1993, Wrocław, TUM.

Fijałkowski W. (1991). *Seks okiełznany? Twórcze przeżywanie płci.* Wrocław, Wrocławska Księgarnia Archidiecezjalna.

Fijałkowski W. (1992). *Konsekwencje psychologiczne uczestnictwa ojca w porodzie.* W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* (s. 47-59). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Fijałkowski W. (1996a). *Ojcostwo na nowo odkryte.* Pelplin, Wydawnictwo Diecezjalne.

Fijałkowski W. (1996b). *W szkole rodzenia... Odkrywanie radości rodzicielstwa.* Gdańsk, Wydawnictwo Medyczne MAKmed.

Fijałkowski W. (1997). *Nieużykorzystany dar płci.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Fijałkowski W. (1998). Rozwinięty program szkoły rodzenia. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 6: 34-35.

Fijałkowski W. (1999). *Rodzicielstwo w zgodzie z naturą. Ekologiczne spojrzenie na płciowość.* Poznań, Fundacja „Głos dla Życia".

Fijałkowski W. (2001). *Ekologia rodziny. Ekologiczna odnowa prokreacji.* Kraków, Wydawnictwo Rubikon.

Fijałkowski W. (2002). *Jestem od poczęcia. Pamiętnik dziecka w pierwszej fazie życia.* Częstochowa, Wydawnictwo Niedziela.

Fijałkowski W. (2003). *Ku afirmacji życia.* Lublin, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium.

Fijałkowski W. (2006). *Rodzi się człowiek.* Włocławek, Wydawnictwo Duszpasterstwa Rolników/Włocławskie Wydawnictwo Diecezjalne.

Fijałkowski W., Jędrzejewska-Wróbel R. (2001). *Oto jestem. Ilustrowana opowieść o pierwszych miesiącach życia człowieka.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Filipowicz A. (2009). Sztuczne zapłodnienie in vitro – biomedyczne dylematy medycyny reprodukcyjnej, *Pediatria Polska*, 3: 274-287.

Fisher J.R., Hammarberg K., Baker G.H. (2008). Antenatal mood and fetal attachment after assisted conception. *Fertility and Sterility*, 89 (5): 1103-1112.

Fisk N.M., Moise K.J. (red.) (1997). *Fetal Therapy: Invasive and Transplacental.* Cambridge, Cambridge University Press.

Flanagan G.L. (1973). *9 pierwszych miesięcy życia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Flanczewska-Wolny M. (2007). Problemy społecznego odbioru osób z upośledzeniem umysłowym. W: B. Kosek-Nita, D. Raś (red.), *Kontakty z ludźmi „Innymi" jako problem wychowania, opieki i resocjalizacji* (s. 118-125). Katowice, Wydawnictwo UŚ.

Florek E., Pisarski T. (1997). Palenie tytoniu a płodność. W: T. Pisarski, M. Szamatowicz (red.), *Niepłodność* (s. 358-363). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Flynn S.M., Shaw J.J., Abel K.M. (2007). Homicide of infants: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (10): 1501-1509.

Foerster F.W. (1911). *Seksualna etyka i pedagogika.* Warszawa, Wydawnictwo M. Szczepkowskiego.

Foldera G. (2000). The science of prenatal education. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 12 (1): 255-264.

Ford C.E., Hamerton J.L. (1956). The chromosomes of man. *Nature*, 17: 1020-1023.

Ford N.M. (2002). *The Prenatal Person: Ethics from Conception to Birth.* Oxford, Blackwell Publishers.

Ford N.M. (1995). *Kiedy powstałem? Problem początku jednostki ludzkiej w historii, w filozofii i w nauce.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Formański J. (2004). *Psychologia środowiskowa.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Fornalik A. (2001). *„Oto jestem" – Radość poczęcia i narodzin.* W: E. Ozimek (red.), *Wychowanie do miłości. Scenariusze lekcji dla szkoły podstawowej* (s. 93-96). Poznań, Oficyna Współczesna.

Forster D. (1998). Podejście do promocji zdrowia pod kątem cyklu życia. W: S. Pike, D. Forster (red.), *Promocja zdrowia dla wszystkich* (s. 157-178). Lublin, Wydawnictwo Czelej.

Foster S.M., Verny T.R. (2007). The development of sensory systems during the prenatal period. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (3): 271-280.

Foster S.M. (2006). A literature review: The effects of maternal stress in pregnancy on sensory integration in children. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (1): 83-90.

Frankl V. (1998/1984). *Homo – patiens.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Fraser C. (2006). A description of pregnant women's perceptions and abstract drawings of being pregnant. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (1): 25-55.

Frątczak E. (2003a). Przemiany płodności i rodziny w Polsce i w Europie. Oceny – Interpretacje – Teorie – Polityka rodzinna. W: Z. Strzelecki (red.), *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa* (s. 70-125). Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa.

Frątczak E. (2003b). Zmiany w poziomie płodności kobiet w Polsce. Próba interpretacji zmian w aspekcie postaw i zachowań. W: K.T. Niemiec, B. Balińska (red.), *Zdrowie reprodukcyjne w Polsce – stan obecny i perspektywy rozwoju* (t. 16, cz. 1, s. 17-42). Warszawa, CBOS.

Freud W.E. (1992). Auf der Suche nach einem besseren Verständnis von vorzeitigen Wehenbestrebungen I. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4 (3/4): 255-262.

Friedländer M. (1930). *Szkoła wobec zagadnień wychowania płciowego.* Ruch Pedagogiczny, 1930, 3: 112-122.

Fridman R. (2000). The maternal womb: The first musical school for the baby. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15 (1): 23-30.

Fuller J.R. (1989). Early Patterns of Maternal Attachment. W: P.N. Stern (red.), *Pregnancy and Parenting* (s. 117-130). New York, Hemisphere Publishing Corporation.

Gaffney K.F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal-Child Nursing Journal*, 15 (2): 91-101.

Gajewska G. (2006). *Pedagogika opiekuńcza. Elementy metodyki.* Kraków, PEKW Gaja.

Gajowy M., Simon W. (2002). Przemoc, zaniedbanie w dzieciństwie oraz straty ciąży, ich wzajemne powiązania oraz psychologiczne konsekwencje tych powiązań. *Psychiatria Polska* 6 (36): 911-927.

Gander M.J., Gardiner H.W. (1981). *Child and Adolescent Development.* Boston, Little, Brown and Company.

Garralda H.M.E. (1980). El abuso hacia los ninos (revision somera de algunas teorias sobre la agresion). *Salud Mental*, 3 (3): 13-17.

Gawin M., Crozier I. (2006). Światowa Liga Reformy Seksualnej w latach międzywojennych w Anglii i w Polsce. W: A. Żarnowska, A. Szwarc (red.), *Kobieta a rewolucja obyczajowa* (s. 311-333). Warszawa, Wydawnictwo DiG.

Geisel E. (1995). Przyszłość miłości. Wydzielanie hormonów i rodzaje zachowań. W: *Materiały z Konferencji „Poród a wydarzeniem rodzinnym"* (s. 23-30). Warszawa, Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.

Gennaro S., Hennessy M. (2003). Psychological and physiological stress: impact on preterm birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32: 66-675.

Gentili A. (1997). *Chrześcijaństwo i ezoteryzm.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Genuis S., Genuis S.K., Chang W.C. (1996). Antenatal fetal heart rate and „maternal intuition" as predictors of fetal sex. *Journal of Reproductive Medicine*, 41 (6): 447-449.

Gerrard M., Luus C.A.E. (1995). Judgments of vulnerability to pregnancy: The role of risk factors and individual differences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (2): 160-171.

Gerszberg C.O. (1997). Second pregnancy. *Parents*, 72 (1): 57-60.

Gessell A., Amatruda C.S. (1945). *Embryology of Behavior: The Beginnings of the Human Mind.* New York, Harper & Brothers, Publishers.

Gessell A., Thompson H. (1934). *Infant behavior: Its genesis and growth.* New York, McGraw-Hill.

Gessell A., Thompson H., Amatruda C.S. (1938). *The Psychology of Early Growth Including Norms of Infant Behavior and a Method of Genetic Analysis.* New York, Macmillan.

Gibbins S., Golec L. (2007). "It will not hurt a bit," "What you do not know cannot hurt you," and other myths about fetal surgical pain. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 7 (4): 224-226.

Gibby N.W. (1988). Relationship between fetal movement charting and anxiety in low-risk pregnant women. *Journal of Nurse Midwifery*, 33 (4): 185-188.

Głowacka M.D. (2000). Proces kształtowania zachowań zdrowotnych. W: D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe* (s. 131-160). Poznań, Wydawnictwo WOLUMIN.

Gnitecki J. (2004). Inspiracje poznawcze i badawcze płynące z pogranicza pedagogiki i nauk przyrodniczych. W: S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 41-68). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Gnitecki J. (2006). *Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe WSPiA.

Gogacz M. (1997a). *Osoba zadaniem pedagogiki. Wykłady bydgoskie*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza NAVO.

Gogacz M. (1997b). Z profesorem Mieczysławem Gogaczem rozmawia Krzysztof Kalka. W: *Osoba zadaniem pedagogiki. Wykłady bydgoskie* (s. 9-12). Warszawa, Oficyna Wydawnicza NAVO.

Goldberg H., Verny T.R. (2007). The potential risks of ultrasound examinations on fetal development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (3): 261-269.

Gorbaniuk J. (red.) (2007). *Sytuacja rodziny we współczesnym społeczeństwie Europy Środkowo-Wschodniej*. Lublin, Wydawnictwo KUL/Lubelska Szkoła Biznesu.

Goriszowski W. (2003). *Badania pedagogiczne w zarysie*. Warszawa, Wydawnictwo WSP TWP.

Gosden Ch., Nicolaides K., Whitting V. (1995). *Czy moje dziecko urodzi się zdrowe? Poradnik dla rodziców oczekujących dziecka*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Goss P.W., McDougall P.N. (1992). Munchausen syndrome by proxy – a cause of preterm delivery. *Medical Journal of Australia*, 157 (11-12): 814-817.

Gottlieb G. (1983). The Psychobiological Approach to Developmental Issues. W: M.M. Haith, J.J. Campos (red.), *Infancy and Developmental Psychobiology* (s. 1-26). New York, John Wiley.

Gottlieb W. (1933). Morfologia socjologiczna wychowania dzieci i młodzieży. W: S. Łempicki, W. Gottlieb, B. Suchodolski, J. Włodarski (red.), *Encyklopedja Wychowania* (t. 1, cz. 2, s. 468-508). Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Gottlieb B., Górniewicz J. (1995). Związki pedagogiki ogólnej z teorią wychowania. W: T. Hejnicka-Bezwińska (red.), *Pedagogika ogólna. Tradycja – teraźniejszość – nowe wyzwania (materiały pokonferencyjne)* (s. 63-70). Bydgoszcz, Wyższa Szkoła Pedagogiczna.

Gottvall K., Waldenström U. (2002). Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *Obstetrical and Gynecological Survey*, 57 (9): 551-553.

Góralski A. (1994). *Metody badań pedagogicznych w zarysie*. Warszawa, Wydawnictwo WSPS.

Górniewicz J. (1995). Związki pedagogiki ogólnej z teorią wychowania. W: T. Hejnicka-Bezwińska (red.), *Pedagogika ogólna, tradycja – teraźniejszość – nowe wyzwania (materiały pokonferencyjne)* (s. 63-70). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Górnikowska-Zwolak E. (2004). Macierzyństwo. W: T. Pilch (red.). *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku* (t. 3, s. 9-18). Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Górski K. (1936). *Wychowanie personalistyczne.* Poznań, Drukarnia Diecezjalna we Włocławku.

Graber G.H. (1924). *Die Ambivalenz des Kindes.* Leipzig, Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Graber G.H. (red.) (1974). *Geist und Psyche. Pränatale Psychologie.* München, Kindler Verlag GmbH.

Graber G.H., Kruse F. (red.) (1973). *Vorgeburtliches Seelenleben.* München, Wilhelm Goldmann Verlag.

Grabowscy M.W., Niemyscy A.M., Wołochowicz M.P. (1993). *Zanim wybierzesz... Przygotowanie do życia w rodzinie.* Warszawa, Wydawnictwo AND.

Graham M.L., Kelso M. (2005). *Expecting Joy.* San Diego, Legacy Press.

Granat W. (1961). *Osoba ludzka. Próba definicji.* Sandomierz, Wydawnictwo Diecezjalne.

Granat W. (1985). *Personalizm chrześcijański. Teologia osoby ludzkiej.* Poznań, Księgarnia św. Wojciecha.

Graniewska D. (red.) (2004). *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce. Uwarunkowania demograficzne i społeczne.* Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.

Graniewska D., Krupa K., Balcerzak-Paradowska B. (1986). *Samotne matki, samotni ojcowie.* Warszawa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Green C.M., Manohar S.V. (1990). Neonacide and hysterical denial of pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 156: 121-123.

Greil A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45 (11): 1679-1704.

Grębowski R. (2000). Promocja zdrowia młodzieży – od edukacji zdrowotnej do marketingu społecznego. W: E. Kolarzyk (red.), *Problemy wieku dojrzewania, część I – Zdrowie młodzieży* (*Problemy Higieny*, 68: 159-162). Kraków, Polskie Towarzystwo Higieniczne.

Grimshaw G.M., Bryden M.P., Finegan J.A. (1995). Relations between prenatal testosterone and cerebral lateralization in children. *Neuropsychology*, 9: 68-79.

Grizenko N., Shayan Y.R., Polotskaia A., Ter-Stepanian M., Joober R. (2008). Relation of maternal stress during pregnancy to symptom severity and response to treatment in children with ADHD. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 33 (1): 10-16.

Grof S. (1998). Ken Wilber's Spectrum Psychology: Observations from Clinical Consciousness Research. W: D.J. Rothberg, S.M. Kelly (red.), *Ken Wilber in Dialogue: Conversations with Leading Transpersonal Thinkers* (s. 85-116). Wheaton, Quest Books.

Grof S. (2000). *Przygoda odkrywania samego siebie. Wymiary świadomości. Nowe perspektywy w psychoterapii.* Gdynia, Wydawnictwo Uraeus.

Gromadzka-Ostrowska J. (2003). Zagadnienia zdrowia publicznego i ochrony środowiska. W: J. Gromadzka-Ostrowska, D. Włodarek, Z. Toeplitz (red.), *Edukacja prozdrowotna* (s. 21-34). Warszawa, Wydawnictwo SGGW.

Groothuis D.R. (1992). *New Age – czy naprawdę Nowa Era?* Katowice, Wydawnictwo Areopag.

Grossman F., Eichler L., Winickoff S.A. (1980). *Pregnancy, Birth, and Parenthood.* San Francisco, Jossey-Bass.

Grzegorzewska M. (1930). *Psychologia niewidomych.* Warszawa, Naukowe Towarzystwo Pedagogiczne.

Grzegorzewska M. (1947-1961). *Listy do młodego nauczyciela.* Cykl I-III. Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Grzegorzewska M. (1952/53). *Pedagogika lecznicza. Skrypt wykładów.* Warszawa, Instytut Pedagogiki Specjalnej.

Grzegorzewski T. (2007). „Szkoła Matek i Ojców" – cele, założenia i realizacja. Złoty Jubileusz Szkół Rodzenia w Polsce. *Materiały z Konferencji „Profesor Włodzimierz Fijałkowski i jego dzieło".* 16-17.05.2008 Łódź, s. 39-40.

Grzelak S. (2006). *Profilaktyka ryzykownych zachowań seksualnych młodzieży. Aktualny stan badań na świecie i w Polsce.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Grześkowiak A. (2008). Ochrona prawna życia dziecka poczętego i nowo narodzonego. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s.191-202). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Grzywacz J.G. (1999). Growing up healthy: The ecology of child well-being. *Family Relations,* 48 (4): 433-435.

Grzywak-Kaczyńska M. (1931). *Próby zastosowania testów do badania i organizowania pracy szkolnej.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Grzywak-Kaczyńska M. (1933). *Testy i normy dla użytku szkół powszechnych.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Grzywak-Kaczyńska M. (1975). *Psychologia dla każdego.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Grzywak-Kaczyńska M. (1988). *Trud rozwoju,* Instytut Wydawniczy PAX.

Gsell E., Scura M.Ch., Volpi M. (1999). Prenatal psychology, analytical psychology and Buddhism. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine,* 11 (2): 207-225.

Guardini R. (1991). *Bóg daleki – Bóg bliski.* Poznań, Wydawnictwo W drodze.

Gula J. (1991a). Lingwistyczny aspekt problemu *nasciturusa.* W: J.W. Gałkowski, J. Gula (red.), *W imieniu dziecka poczętego* (s. 13-24). Rzym–Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Gula J. (1991b). Problem człowieczeństwa człowieka nie narodzonego. W: J.W. Gałkowski, J. Gula (red.), *W imieniu dziecka poczętego* (s. 146-159). Rzym–Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Gula J. (1999). O prawach pacjenta... nie narodzonego. *Ethos,* 45-46: 276-289.

Gumińska M. (red.) (1989). *Ekologiczne zagrożenia zdrowia człowieka.* Wrocław, Wydawnictwo Ossolineum.

Guntzelman J. (2004). *Jak sobie poradzić z życiową tragedią.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Gutowska A. (1999). Darowane macierzyństwo: problemy psychologiczne matek oddających dzieci do adopcji. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 247-257). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Guz T. (2008). Chrześcijańska filozofia dziecka według Jana Pawła II a rozumienie bytowości dziecka w filozofii nowożytnej. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 85-105). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Gwara W., Poręba R., Dudkiewicz D., Sirko I. (1992). Otyłość kobiet ciężarnych i rodzących – psychosomatyczny problem współczesnego położnictwa. *Annales Academiae Medicae Bydgostiensis*, Supl., 5: 111-115.

Haapasalo J., Petäjä S. (1999). Mothers who killed or attempted to kill their child: life circumstances, childhood abuse, and types of killing. *Violence and Victims*, 14 (3): 219-239.

Haberko J. (2007). Prawo do leczenia niepłodności a finansowanie świadczeń zdrowotnych ze źródeł publicznych. *Ginekologia Praktyczna*, 2: 23-29.

Haberko J., Łączkowska M. (red.) (2005). *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganej medycznie prokreacji*. Poznań, Wydział Prawa i Administracji UAM.

Hall E.V., Everaerd W. (red.) (1989). *The Free Woman. Women's Health in the 1990s*. Lancs, The Parthenon Publishing Group.

Hall W.G., Oppenheim R.W. (1987). Developmental psychobiology: Prenatal, perinatal, and early postnatal aspects of behavioral development. *Annual Review of Psychology*, 38: 91-128.

Ham J.T. Jr., Klimo J. (2000). Fetal awareness of maternal emotional states during pregnancy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15 (2): 118-145.

Hamburger F. (2006). Pedagogika społeczna. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*. T. 3. *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej* (s. 1-112). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Hankin J.R., Sloan J.J., Firestone I.J., Ager J.W., Sokol R.J., Martier S.S. (1993). The impact of the alcohol warning label on drinking during pregnancy. *Journal of Public Policy and Marketing*, 12 (1): 10-18.

Hanzlik J. R., Stevenson M. B. (1986). Interaction of mothers with their infants who are mentally retarded, retarded with cerebral palsy, or nonretarded. *American Journal of Mental Deficiency*, 90 (5): 513-520.

Harris M.J., John K., Sharp R. (1989). The effects of a mother's second pregnancy on the firstborn child. *Australian and New Zealand Journal of Obsterics*, 29 (3): 319-321.

Hauffe U. (1987). *Ansprüche an geburtsvorbereitende Arbeit*. W: P.G. Fedor-Freybergh (red.), *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin* (s. 313-320). München, Saphir.

Hedegaard M. (1994). Zły stan psychiczny podczas ciąży a przedwczesne porody. *British Medical Journal* (wydanie polskie). Prace oryginalne i kliniczne, 12: 23-29.

Hedov G., Wikblad K., Annerén G. (2002). First information and support provided to parents of children with Down syndrome in Sweden: clinical goals and parental experiences. *Acta Paediatrica*, 91 (12): 1344-1349.

Heidrich S.M, Cranley M.S. (1989). Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment. *Nursing Research*, 38 (2): 81-84.

Heinrich W. (1926). *Psychologia pedagogiczna: Według wykładów W. Heinricha*. Oprac. J.W. Kraków, Wydawnictwo Koła Pedagogicznego Uczniów UJ.

„Hej mamo, hej tato, hej wszyscy". Film przygotowany w oparciu o tekst książeczki W. Breinholsta (*Jak cało i zdrowo przyszedłem na świat*. Warszawa, 1981, PZWL).

Hejnicka-Bezwińska T. (1989). *W poszukiwaniu tożsamości pedagogiki. Świadomość teoretyczno-metodologiczna współczesnej pedagogiki polskiej (geneza i stan)*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Hejnicka-Bezwińska T. (1997). *Orientacje życiowe młodzieży*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Hejnicka-Bezwińska T. (2004). Teraźniejszość w dialogu z edukacyjną przeszłością (po roku 1989). W: *Teraźniejszość jako źródło wyzwań edukacyjnych. Materiały konferencyjne* (s. 227-244). Wrocław, DSWE TWP.

Hejnicka-Bezwińska T. (2007). Paradygmat humanistyczny w pedagogice a pedagogika humanistyczna. W: J. Rutkowiak, D. Kubinowski, M. Nowak (red.), *Edukacja. Moralność. Sfera publiczna* (s. 462-470). Lublin, Oficyna Wydawnicza Verba.

Helwich E. (red.) (2005). *Wcześniak*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Hepper P.G. (1992). Fetal Psychology: An Embryonic Science. W: J.G. Nijhuis (red.), *Fetal Behaviour. Developmental and Perinatal Aspects* (s. 129-156). Oxford, Oxford University Press.

Hepper P.G., Shahidullah S. (1994). The beginnings of mind: Evidence from the behaviour of the fetus. Special Issue: Ethics at the beginning of life. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12: 143-154.

Heszen-Niejodek I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 443-464). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.) (1997). *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heszen-Niejodek I., Życińska J. (2001). Wkład psychologii w podstawy teoretyczne promocji zdrowia. W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania* (s. 47-52). Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne KOWEZ.

Hetherington M. E., Parke R.D. (1979). *Child Psychology: A Contemporary Viewpoint*. New York, McGraw-Hill Book Company.

Hetherington S. (1990). A controlled study of the effect of prepared childbirth classes on obstetric outcomes. *Birth*, 17 (2): 86-88.

Highsmith S. (2006). Primiparas' expectations of childbirth: The impact of consciousness. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (2): 141-178.

Hilgard E.R. (1987). *Psychology in America. A Historical Survey*. New York, Harcourt Brace Jovanovich.

Hilgers T.W. (red.) (2004). *The Medical and Surgical Practice of NaProTechnology*. Omaha, Neb., Pope Paul VI Institute Press.

Hill-Smith I. (2004). Professional and patient perspectives of NICE guidelines to abandon maternal monitoring of fetal movements. *British Journal of General Practice*, 54 (508): 858-861.

Hinde R.A. (1983). Ethology and Child Development. W: M.M. Haith, J.J. Campos (red.), *Infancy and Developmental Psychobiology* (s. 27-94). New York, John Wiley & Sons.

Hines M. (2008). Early androgen influences on human neural and behavioural development. *Early Human Development*, 84 (12): 805-807.

Hjelmstedt A., Collins A. (2008). Psychological functioning and predictors of father – infant relationship in IVF fathers and controls. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22 (1): 72-78.

Hofer M. A. (2006). Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (2): 84-88.

Holditch-Davis D., Miles M. (2000). Mother's stories about their experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 19 (3): 13-21.

Holinger P.C. (współpr. K. Doner) (2006). *Co mówią dzieci, zanim nauczą się mówić. Dziewięć sygnałów używanych przez dzieci do wyrażania uczuć.* Poznań, Media Rodzina.

Holt E.L. (1894). *The Care and Feeding of Children.* New York, D. Appleton and Company.

Hołyst B. (1997). *Wiktymologia.* Warszawa, Wydawnictwo Prawnicze PWN.

Homplewicz J. (1996). *Etyka pedagogiczna. Podręcznik dla wychowawców.* Warszawa, Wydawnictwo Salezjańskie.

Homplewicz J. (2000). *Pedagogika rodziny: zarys wykładów na Podyplomowym Studium Prorodzinnym.* Rzeszów, Instytut Teologiczno-Pastoralny im. św. bp. Józefa Sebastiana Pelczara.

Homplewicz J. (red.) (2003). *Pedagogika jesieni. Problemy wychowawcze ludzie starszych.* Rzeszów, Poligrafia WSD.

Hooker D. (1952). *The Prenatal Origin of Behavior.* Lawrence, University of Kansas Press.

Howard A., Fox M.D. (1979). The effects of catecholamines and drug treatment on the fetus and newborn. *Birth and the Family Journal*, 6 (3): 157-165.

Hrabowska M. (1996). Ekologiczne zagrożenie zdrowia kobiety. W: M. Renkielska (red.), *W stronę... życia* (s. 61-77). Kielce, Wydawnictwo Jedność.

Huffman L.C., del Carmen R. (1990). Prenatal Stress. W: L.E. Arnold (red.), *Childhood Stress. Wiley Series in Child and Adolescent Mental Health* (s. 142-171). New York, John Wiley & Sons.

Hull A.D., Pretorius D.H., James G., Parry B., Newton R. (2001). Three-dimensional ultrasound (3DUS) does not enhance maternal bonding during pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 18 (1): 5.

Husserl E. (1900/1901; 2006). *Logische Untersuchungen. Prolegomena zur reinen Logik. Badania logiczne.* (Seria: Biblioteka Klasyków Filozofii). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Huszcz M. (1999). *Wychowanie seksualne dzieci specjalnej troski w młodszym wieku szkolnym.* Warszawa, Wydawnictwo WSPS.

Ilg F.L., Ames L.B., Baker S.M. (1994). *Rozwój psychiczny dziecka od 0 do 10 lat. Poradnik dla rodziców, psychologów i lekarzy.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Indulski J., Sitarek K. (red.) (1998). *Czynniki środowiska upośledzające płodność.* Łódź, Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy.

Ingalls P.M. (1997). Birth traumas: Violence begets violence. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 9 (2): 181-195.

Irving M.C. (1997). Sexual assault and birth trauma: Interrelated issues. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 11 (4): 215-250.

Irving-Neto R.L., Verny T.R. (1992). Pre- and perinatal experiences and personality: a retrospective analysis. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 7 (2): 139-172.

Irzmańska-Hudziak A. (2002). Prokreacja jako element zdrowia rodziny. W: T.B. Kulik (red.), *Współczesne zagrożenia zdrowia rodziny* (s. 33-55). Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Ivry T., Teman E. (2008). Expectant Israeli fathers and the medicalized pregnancy: Ambivalent compliance and critical pragmatism. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32 (3): 358-385.

Izdebska H. (1997). Rodzina i jej funkcja wychowawcza. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* (s. 698-703). Warszawa, Fundacja Innowacja.

Jabłoński D., Ostasz L. (2001). *Zarys wiedzy o małżeństwie, kohabitacji, konkubinacie. Perspektywa antropologii kulturowej i ogólnej.* Olsztyn, Wydawnictwo ADIAPHORA.

Jacennik B. (2006). Promocja farmaceutyków a przekonania i zachowania zdrowotne – rozważania z punktu widzenia promocji zdrowia. *Nowiny Psychologiczne*, 2: 51-60.

Jacennik B. (2008). *Strategie dla zdrowia. Kształtowanie zachowań zdrowotnych poprzez środowisko.* Warszawa, VIZJA PRESS&IT.

Jacobson B., Bygdeman M. (2000). Obstetric care and proneness of offspring to suicide as adults: a case-control study. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15 (1): 63-74.

Jakubiak-Zapalska E., Banaczek Z. (2000). *Wybrane zagadnienia z psychologii prenatalnej.* Radom, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej.

Jan Paweł II (2006). *Nauczanie moralne Jana Pawła II: Bioetyka.* Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen.

Janicka I. (2006). Alternatywne fomy życia rodzinnego a rozwój dziecka. W: T. Rostowska, J. Rostowski (red.), *Wokół wychowania. Rola rodziny i szkoły w procesie socjalizacji dziecka* (s. 75-81). Łódź, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.

Janke A.W. (1993). Czy wychowanie rodzinne w pedagogice wymaga subdyscyplinarnej obudowy? W: A. Tchorzewski (red.), *Z problematyki metodologicznej teorii wychowania* (s. 129-136). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Janke A.W. (2002a). *Transformacja w stosunkach rodziny i szkoły na przełomie XX i XXI wieku. Perspektywy zmiany społecznej w edukacji.* Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Janke A.W. (2002b). Wychowanie rodzinne przedmiotem pedagogicznej refleksji. W: S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki* (s. 81-101). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Janke A.W. (2004a). Pedagogika jako nauka a subdyscyplinarny wymiar pedagogiki rodziny. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań* (s. 60-72). Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Janke A.W. (2004b). Pedagogika rodziny i wychowanie rodzinne. W: S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki* (s. 83-115). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Janke A.W. (red.) (2004c). *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań.* Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Janke A.W. (2004d). Próba syntetycznego spojrzenia na rozwój pedagogiki rodziny. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań* (s. 345-351). Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Janowiak Z. (1990). *Ocena dojrzałości noworodka i bariery łożyskowej człowieka.* Rozprawa doktorska, Gdańsk, AM.

Janus L. (1998). Presidential Address. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 10 (2): 151-152.

Janus L. (2000). *Der Seelenraum des Ungeborenen. Pränatale Psychologie und Therapie.* Düsseldorf, Walter-Verlag.

Jarkowska A.E. (2004). *Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka z niepełnosprawnością.* Tychy, Maternus Media.

Jarosiewicz H. (1992). Poród jako problem życiowy. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Prace Psychologiczne*, 26: 17-43.

Jarosz E. (2008). Negatywne doświadczenia dziecięce a zdrowie. *Chowanna*, 2 (31): 102-127.

Jasińska-Kania A. (2008). Wartości i normy moralne a procesy przemian w Polsce i w Europie. W: J. Marianski, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 15-34). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Jasudowicz T. (2001). Klonowanie człowieka – z perspektywy standardów Rady Europy. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, Supl. 1. (1): 213-224.

Jaudes P. K., Diamond L.J. (1985). The handicapped child and child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 9 (3): 341-347.

Jeleńska L. (1926). *Metodyka pierwszych lat nauczania.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Jeleńska L. (1930). *Sztuka wychowania.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Jeleńska L. (1946). *Zwięzła psychologia ogólna dla wychowawców.* Poznań, nakł. Drukarni Św. Wojciecha.

Jeleńska L. (1957). *Szkoła kształcąca.* Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

Jick H., Walker A.M., Rothman K.J., Hunter J.R., Holmes L.B., Watkins R.N., D'Ewart D.C., Danford A., Madsen S. (1981). Vaginal spermicydes and congenital disorders. *JAMA*, 245: 1329-1332.

Johnson M.P., Puddifoot J.E. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. *British Journal of Medical Psychology*, 69 (Pt 4): 313-327.

Jonas R. (2001). *Cudowna droga ku życiu. Kronika 38. tygodniowej drogi na świat.* Warszawa. Vydavatelstvo Slovart.

Jones D.J., Battle S.F. (red.) (1999). *Teenage Pregnancy: Developing Strategies for Change in the Twenty First Century.* New Brunswick, Transaction Publishers.

Jopkiewicz A. Suliga E. (2008). *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania.* Radom, Instytut Technologii Eksploatacji w Radomiu.

Joshi N.P., Battle S.F. (1995). Adolescent Fathers: An Approach for Intervention. W: M.D. Feit, S.F. Battle (red.), *Health and Social Policy* (s. 137-156). Binghamton, The Haworth Press.

Joseph R. (2000). Fetal brain behavior and cognitive development. *Developmental Review*, 20: 81-98.

Joteyko J. (1920). Wiedza a intuicja w wychowaniu. *Przegląd Pedagogiczny*, 39 (4): 5-16.

Joteyko J. (1922). O metodzie eksperymentalnej w pedagogice. *Przegląd Pedagogiczny*, 41 (6): 6-18.

Joteyko J. (1924). *Metoda testów umysłowych i jej wartość naukowa.* Warszawa, Książnica Atlas.

Joteyko J. (1932). *Znużenie.* Warszawa, Książnica Atlas.

Jóźwiak J. (2003). Proces starzenia się ludności wyzwaniem XXI wieku. W: *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa* (s. 37-44). Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Juan S. (2006). *Zagadki ciała. Tajemnice naszego niezwykłego i wspaniałego organizmu.* Gdańsk, VM Group.

Jurkowski A. (red.) (2003). Specyfika i znaczenie społeczne psychologii wychowawczej. W: A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej* (s. 13-26). Warszawa, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Kaczmar E. (1998). Psychologiczna analiza zaburzeń występujących po przerwaniu ciąży. *Studia nad Rodziną*, 2: 141-150.

Kaim I., Klimek R. (1992). Postawa ginekologa w świetle uznania indywidualnej tożsamości nie urodzonego dziecka. *Annales Academiae Medicae Bydgostiensis*, Supl., 5, 121-132.

Kaiser A. (2008). Rodzinna socjalizacja w zakresie zdrowia. *Chowanna*, 2 (31): 33-48.

Kalus A. (1999). Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 201-211). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kalus A. (2005). Rodzina adopcyjna. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 257-271). Opole, Wydawnictwo UO.

Kamel H.S., Ahmed H.N., Eissa M.A., Abol-Oyoun A.M. (1999). Psychological and obstetrical responses of mothers following antenatal fetal sex identification. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 25 (1): 43-50.

Kamiński S. (1981). *Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kamiński S. (1992). *Nauka i metoda. Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kanadys W.M. (1998). Matczyny stan ożywienia a urodzeniowa masa ciała. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 26: 132-135.

Kanadys W.M., Oleszczuk J. (1998). Wpływ stanu odżywienia kobiet przed ciążą na częstość występowania porodów przedwczesnych. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 26: 83-86.

Kantowicz E. (1997). Psychologiczne i pedagogiczne aspekty ochrony praw dziecka. W: W. Ciczkowski (red.), *Praca opiekuńczo-wychowawcza w teorii i praktyce* (s. 29-37). Olsztyn, WOM.

Kantowicz E. (1998). *Ochrona praw dziecka.* Warszawa, Wydawnictwo Żak.

Kaplan H., Sadock B., Grebb J. (red.) (1994). *Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry.* Baltimore, Williams & Wilkins.

Kaczmarek K., Gadacz T. (1993). Racje za personalistyczną filozofią wychowania. W: F. Adamski (red.), *Poza kryzysem tożsamości. W kierunku pedagogiki personalistycznej* (s. 59-66). Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Kargul J. (1999). Źródła i tendencje rozwojowe edukacji dorosłych. W: T. Aleksander (red.), *Teraźniejszość i przyszłość edukacji dorosłych* (s. 91-96). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Karmel M. (1959). *Painless childbirth: Thank you dr. Lamaze.* Philadelphia, Lippincott.

Karpińska B. (1990). *Sztuka rodzenia.* Warszawa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Karwowska-Struczyk M. (2000). *Nisze ekologiczne a rozwój dziecka.* Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych MEN.

Karwowska-Struczyk M. (2007). *Dziecko i konteksty jego rozwoju.* Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych MEN.

Kass L.R. (1999). Mądrość oburzenia. Dlaczego powinniśmy zakazać klonowania człowieka. W: B. Chyrowicz (red.), *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje* (s. 155-197). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kasten H. (1997). *Rodzeństwo. Ideały, rywale, powiernicy.* Warszawa, Springer PWN.

Katolo A.J. (2000). *Embrion ludzki – osoba czy rzecz? Status i moralne prawa nienarodzonego we włoskiej literaturze teologiczno-biotycznej po Soborze Watykańskim II.* Lublin–Sandomierz, Wydawnictwo Diecezjalne w Sandomierzu.

Katolo A.J. (2003). Sztuczne zapłodnienie w kontekście prawdy o ludzkiej płciowości. W: J. Gadzinowski, L. Pawelczyk, J. Wiśniewski (red.), *Dawanie życia: problemy wspomagania rozrodu człowieka* (s. 77-85). Poznań, Wydawnictwo UAM.

Kawula S., Brągiel J., Janke A. (red.) (2004). *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki.* Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kawula S. (1986). Teoria i współczesna praktyka wychowania. *Edukacja*, 14 (2): 6-14.

Kawula S. (1996). Wsparcie społeczne – kluczowy wymiar pedagogiki społecznej. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 36 (1): 6-7.

Kawula S. (2001). *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy.* Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kawula S. (2003). Szkic do portretu rodziny diasporowej. *Małżeństwo i Rodzina*, 2 (6): 30-34.

Kawula S. (2004a). *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu.* Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT, wyd. II popr.

Kawula S. (2004b). Funkcja opiekuńcza współczesnej rodziny polskiej. W: S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki* (s. 273-294). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kawula S. (2004c). Aspekt pedagogiczny refleksji i badań nad rodziną – uwag kilka. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań* (s. 34-42). Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Kawula S. (2006). Przeobrażenia i przyszłość rodziny współczesnej a wyzwania pedagogiki rodziny. W: J. Michalski (red.), *Sapientia et adiumentum. W trosce o rozwój innych* (s. 107-136). Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Kawula S. (2008). Antynomie w wychowaniu młodego pokolenia Polaków. *Ruch Pedagogiczny*, 1-2: 5-24.

Kawula S., Dąbrowski Z., Gałaś M. (1980). *Diagnozowanie potrzeb opiekuńczo-wychowawczych i kulturalnych środowiska.* Toruń, Wydawnictwo UMK.

Kay D. (1984). Foetal psychology and the analytic process. *Journal of Analytical Psychology*, 29 (4): 317-336.

Kelm A. (2000). *Węzłowe problemy pedagogiki opiekuńczej.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Kemp V.H., Page C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high-risk pregnancies. *Journal of Obstetrics, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 16 (3): 179-184.

Kent L., Laidlaw J., Brockington I.F. (1997). *Child Abuse and Neglect*, 21 (2): 181-186.

Ketterman G. (2004). *Jak uchronić dziecko przed przemocą. Poradnik dla rodziców.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Kędziora S. (1989). Stres jako czynnik ryzyka położniczego. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, Supl.: 171-177.

Kępiński A. (2007). *Rytm życia.* Kraków, Wydawnictwo Literackie.

Kępski C. (red.) (1998). *Opieka i wychowanie. Systemy wychowania i opieki nad dziećmi w okresie przemian ustrojowych.* Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Kicowska A. (red.) (2001). *Kongresy i zjazdy pedagogiczne w Polsce w XX wieku.* Toruń, Wydawnictwo Naukowe UMK.

Kielar-Turska M. (2000). Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki.* T. 1. *Podstawy psychologii* (s. 285-332). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Kieracińska A. (2000). Sytuacja społeczna człowieka starego. W: J. Saran (red.), *Edukacja dorosłych. Teoria i praktyka w okresie przemian* (s. 331-339). Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Kiereś B. (2009). *O personalizm w pedagogice.* Lublin, Fundacja *Servire Veritati* IEN.

Kilpatrick W.K. (1997). *Psychologiczne uwiedzenie.* Poznań, Wydawnictwo W drodze.

Kindt J., Erhardt U., Retzke U., Stübe G. (1987). Subjective registration of fetal movements. Relation to typologic – psychologic markers in pregnant patients. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 109 (24): 1527-1531.

Kinsley C.H. (1990). Prenatal and Postnatal Influences on Parental Behavior in Rodents. W: N.A. Krasnegor, R.S. Bridges (red.), *Mammalian Parenting: Biochemical, Neurobiological, and Behavioral Determinants* (s. 347-371). New York, Oxford University Press.

Kippley J., Kippley S. (2002). *Sztuka naturalnego planowania rodziny.* Kraków, Liga Małżeństwo – Małżeństwu.

Kirenko J. (1998). *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.* Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Kirschbaum C., Wiist S., Hellhammer D.H. (1992). Consistent sex differences in cortisol responses to psychological stress. *Psychosomatic Medicine*, 54: 648-657.

Kiselica M.S. (1994). Preparing teenage fathers for parenthood: A group psychoeducational approach. *Journal for Specialists in Group Work*, 19 (2): 83-94.

Kitzinger S. (1988). *Karmienie piersią.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kitzinger S. (1995). *Rodzić w domu.* Warszawa, Springer PWN.

Kitzinger S. (1996). *Szkoła rodzenia.* Warszawa, Wojciech Pogonowski.

Klaus M.H., Kennell J.,H. (1982). *Parent-Infant Bonding.* St Louis, CV Mosby.

Klaus M.H., Kennell J.H., Klaus P.H. (1995). *Bonding.* Reading, Mass., Addison-Wesley.

Klaus M.H., Klaus P.H. (1998). *Your Amazing Newborn.* Cambridge, Mass., Perseus Books.

Klein H. (1991). Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 21 (1): 57-69.

Klimek R. (1989). Prenatalna medycyna i psychologia. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, Supl.: 179-184.

Klimek R. (red.) (1992). *Pre- and Perinatal Psycho-Medicine.* Kraków, DWN/DREAM.

Klimek R., Fedor-Freybergh P., Janus L., Walas-Skolicka E. (red.) (1996). *A Time to Be Born.* Kraków, DREAM Publ. Company, Inc.

Klitzing K., Simoni H., Amsler F., Burgin D. (1999). The role of father in early family interactions. *Infant Mental Health Journal*, 20 (3): 222-237.

Klus-Stańska D., Szymański M.J., Szymański M.S. (red.) (2003). *Renesans nauczania całościowego. Współczesna dydaktyka wobec nauczania zintegrowanego, blokowego i przedmiotowego.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Klus-Stańska D., Szatan E., Bronk E. (red.) (2006). *Wczesna edukacja: między schematem a poszukiwaniem nowych ujęć teoretyczno-badawczych.* Gdańsk, Wydawnictwo UG.

Klus-Stańska D., Suświłło M. (1998). *Dylematy wczesnej edukacji.* Olsztyn, Wydawnictwo WSP.

Kluzowa K. (1999). Rodzinny kontekst początku i schyłku życia ludzkiego. W: *Godność utracona?* (Seria: „W poszukiwaniu prawdy", z. 7). Kielce, Wydawnictwo Jedność.

Kluzowa K., Slany K. (2003). Przemiany realizacji funkcji prokreacyjnej w rodzinie. W: B. Mierzwiński, E. Dybowska (red.), *Oblicze współczesnej rodziny polskiej* (s. 63-95). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Kmiecik J. (1928). *Praktyczne wskazówki o wychowaniu dzieci.* Lwów, Klasztor Braci Mniejszych.

Kmita G. (1998). Trudne początki – o podejmowaniu ról rodzicielskich z perspektywy psychologa. *Praca Socjalna*, 2: 61-73.

Kmita G. (2000). Wspieranie wczesnych kontaktów pomiędzy rodzicami a hospitalizowanym noworodkiem. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 4 (4): 413-422.

Kmita G. (2002). Rodzice i ich przedwcześnie urodzone dziecko. W: E. Helwich (red.), *Wcześniak* (s.111-125). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kmita G. (2003a). Psychologiczna pomoc w traumie wcześniactwa. W: M. Kościelska, B. Aouil (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność niepełnosprawności* (s. 90-100). Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Kmita G. (2003b). Trauma przedwczesnych narodzin: procesy radzenia sobie rodziców a rozwój dziecka. W: J. Jakubowski, J. Wątroba (red.), *Zastosowania metod statystycznych w badaniach naukowych II* (s. 255-262). Kraków, StatSoft.

Kmita G., Kaczmarek T. (red.) (2004). Wczesna interwencja. Miejsce psychologa w opiece nad małym dzieckiem i jego rodziną. *Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego* (nr 2). Warszawa, Wydawnictwo EMU, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Knickmeyer C. R., Baron-Cohen S. (2006). Fetal testosterone and sex differences. *Early Human Development*, 82 (12): 755-760.

Knoester M., Helmerhorst F.M., van der Westerlaken L.A., Walther F.J., Veen S. (2007). Matched follow-up study of 5-8-year-old ICSI singletons: child behaviour, parenting stress and child (health-related) quality of life. *Human Reproduction*, 22 (12): 3098-3107.

Kobierska I., Kwiatkowska M., Welfel E. (1992). Wpływ niektórych czynników środowiskowych na powstawanie wad rozwojowych płodów oraz analiza ciąż w tym aspekcie na materiale klinicznym Instytutu Ginekologii i Położnictwa AM w Łodzi w latach 1985-1989. *Przegląd Pediatryczny*, 20 (4): 371-386.

Kobler K., Limbo R., Kavanaugh K. (2007). Meaningful moments. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 32 (5): 288-295.

Kohnstamm R. (1989). *Praktyczna psychologia dziecka.* Warszawa, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.

Kolarzyk E. (2000). Stanowisko człowieka w przyrodzie. W: E. Kolarzyk (red.), *Wybrane problemy higieny i ekologii człowieka* (s. 13-24). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Kołomyjec P., Suchocki S., Kędra-Rakoczy M. (2007). Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia*, 43 (3): 57-60.

Komeński J.A. (1956). *Wielka dydaktyka.* Wrocław, PAN.

Koniak-Griffin, D. (1988). The relationship between social support, self-esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing and Health,* 11: 269-278.

Kopczyńska-Sikorska J. (red.) (1983). *Nasze dziecko. Pierwsze trzy lata życia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Korbin J.E. (1989). Fatal maltreatment by mothers: a proposed framework. *Child Abuse and Neglect*, 13 (4): 481-489.

Korczak J. (1899/1983). Rozwój idei miłości bliźniego w XIX wieku. Czytelnia dla Wszystkich, 1899, nr 52. Przedruk: J. Korczak (1983). *Myśl pedagogiczna Janusza Korczaka: nowe źródła* (s. 28-31). Wybór: M. Falkowska, Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Korczak J. (1919). *Momenty wychowawcze.* Warszawa, Tow. Wydawnicze Książka Polska.

Korczak J. (1920). *Jak kochać dzieci. Dziecko w rodzinie.* Warszawa, J. Mortkiewicz. Tow. Wydawnicze.

Korczak J. (1925). *Kiedy znów będę mały.* Warszawa, J. Mortkiewicz. Tow. Wydawnicze.

Korczak J. (1929). *Prawo dziecka do szacunku.* Warszawa, J. Mortkiewicz. Tow. Wydawnicze.

Korczak J. (1937/1983). O ratunek dla dzieci. *Nasz Przegląd*, nr 362. Przedruk: J. Korczak (1983). *Myśl pedagogiczna Janusza Korczaka: nowe źródła* (s. 106-109). Wybór: M. Falkowska, Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Korczak J. (1939). *Pedagogika żartobliwa.* Warszawa, J. Mortkiewicz. Tow. Wydawnicze.

Korczak J. (2002). *Jak kochać dziecko. Prawo dziecka do szacunku.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Kornacka M.K. (red.) (2003). *Noworodek urodzony przedwcześnie – pierwsze lata życia.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Kornas-Biela D. (1984). Rozwój dziecka nienarodzonego. *Obecność. Materiały Duszpasterskie*, 4: 71-91.

Kornas-Biela D. (1986). Rozwój dziecka przed narodzeniem w ujęciu psychologii fizjologicznej. *Nowiny Psychologiczne*, 8-9: 18-43.

Kornas-Biela D. (1987a). Rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem. *Chrześcijanin w Świecie*, 162: 52-66.

Kornas-Biela D. (1987b). Rozwój psychofizyczny dziecka przed urodzeniem. *Sprawy Rodziny. Biuletyn Komisji Episkopatu Polski ds. Rodzin*, 9: 23-38.

Kornas-Biela D. (1988a). Psychologiczne uwarunkowania i konsekwencje sztucznego przerywania ciąży. *Przegląd Psychologiczny*, 31 (2): 467-487.

Kornas-Biela D. (1988b). Wczesna pomoc psychopedagogiczna rodzinie dziecka z upośledzeniem umysłowym. W: D. Kornas-Biela (red.), *Osoba niepełnosprawna i jej miejsce w społeczeństwie* (s. 61-77). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1990). Rola psychologa przy wydawaniu orzeczeń o dopuszczalności przerywania ciąży. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4: 125-132.

Kornas-Biela D. (1991a). Rozwój dziecka nie narodzonego. W: *W obronie poczętego. Materiały z Sesji Toruńskiego Duszpasterstwa Prawników nt. „Lekarze i prawnicy w obronie dziecka poczętego", Toruń 1987* (s. 16-44). Pelplin, Wydawnictwo Diecezjalne.

Kornas-Biela D. (1991b). Z zagadnień psychologii prenatalnej. W: J.W. Gałkowski, J. Gula (red.), *W imieniu dziecka poczętego* (s. 25-51). Rzym–Lublin, Polski Instytut Kultury Chrześcijańskiej w Rzymie/Instytut Jana Pawła II KUL (wyd. I 1988).

Kornas-Biela D. (1991-1992). Psychospołeczne przyczyny zaniku naturalnego karmienia niemowląt. *Roczniki Nauk Społecznych*, XIX-XX (2): 59-73. Przedruk: *Górnośląski Biuletyn Neonatologiczny*, 1993, 5: 10-21.

Kornas-Biela D. (1992a). Dźwiękowa stymulacja prenatalna i jej konsekwencje dla rozwoju dziecka. *Annales Academiae Medicae Bydgostiensis*, Supl. 5: 129-133.

Kornas-Biela D. (1992b). Kierunki badań w psychologii prenatalnej. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 239-244). Lublin, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Kornas-Biela D. (1992c). Kształtowanie się przywiązania matki i dziecka w prenatalnym okresie jego rozwoju. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 249-259). Lublin, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Kornas-Biela D. (1992d). Obraz siebie i poczucie wsparcia społecznego u kobiet oczekujących urodzenia dziecka. W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* (s. 91-98). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1992e). Potrzeby rodziców po stracie dziecka w okresie okołoporodowym. W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* (s. 61-74). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (red.) (1992f). Problemy psychologii prenatalnej. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 237-309). Lublin, Polskie Towarzystwo Psychologiczne.

Kornas-Biela D. (1992g). Przeżycia związane z diagnostyką prenatalną a postawy wobec niej w literaturze przedmiotu. W: E. Bielawska-Batorowicz, D. Kornas-Biela (red.), *Z zagadnień psychologii prokreacyjnej* (s. 27-35). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1993a). Kształtowanie się zdolności słuchowych w prenatalnym okresie rozwoju dziecka. *Cpuscula Logcpaedica* (in honorem Leonis Kaczmarek): 143-158.

Kornas-Biela D. (1993b). Pornografia a wychowanie do odpowiedzialnego rodzicielstwa. *Zeszyty Dokumentacyjne Stowarzyszenia PAX „Z pomocą rodzinie".*

Kornas-Biela D. (1993c). Psychologiczne aspekty kryzysu ekologicznego w dziedzinie prokreacji. *Ginekologia Polska*, Supl.: 168-171.

Kornas-Biela D. (1993d/2002). *Wokół początku życia ludzkiego.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia. (Wyd. II popr. Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX).

Kornas-Biela D. (1995a). Kontakt rodziców z dzieckiem przed urodzeniem. W: *Najlepszy start dla twojego dziecka* (s. 53-60). Warszawa, Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.

Kornas-Biela D. (1995b). Psychologia prenatalna a psychologia rozwojowa. Kilka uwag metodologicznych. W: A. Biela, J. Brzeziński, T. Marek (red.), *Społeczne, eksperymentalne i metodologiczne konteksty procesów poznawczych człowieka* (s. 337-357). Poznań, Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Kornas-Biela D. (1995c). Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży. W: B. Chazan (red.), *Rodzina i prokreacja* (s. 37-52). Warszawa, IMiDZ.

Kornas-Biela D. (red.) (1996a). *Psychologiczne problemy poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej*. Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (1996b). Psychologiczne przyczyny rodzicielstwa młodocianych. *Roczniki Nauk Społecznych*, 24 (2): 125-148.

Kornas-Biela D. (1997a). Dynamika rozwoju dziecka przed urodzeniem. W: K. Ostrowska, M. Ryś (red.), *Przygotowanie do życia w rodzinie* (cz. 1, s. 167-182). Warszawa, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna ADAM.

Kornas-Biela D. (1997b). Edukacja seksualna w szkole wyzwaniem dla współczesnej rodziny. W: P. Kryczka (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 231-252). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1997c). Psychogenne uwarunkowania rozwoju człowieka w okresie prenatalnym a dziecięce porażenie mózgowe. W: H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowa (oprac.), *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy mowy* (s. 86-99). Warszawa, Wyd. DiG.

Kornas-Biela D. (1997d). Psychospołeczne konsekwencje rozwoju usług w zakresie diagnostyki prenatalnej. *Ginekologia Polska*, 68 (5b): 188-195.

Kornas-Biela D. (1997e). Zadania rodziny i szkoły w wychowaniu dzieci do integralnego przeżywania ludzkiej płciowości. *Folia Pomeraniae*, 2 (2): 75-87.

Kornas-Biela D. (1998a). Historyczny kontekst rozwoju edukacji seksualnej i jej konsekwencje. *Studia nad Rodziną*, 2 (1): 133-148.

Kornas-Biela D. (1998b). *Jak powstałem*. Gdańsk, HLI-Europa.

Kornas-Biela D. (1998c). Najmłodsze dziecko w rodzinie. *Wiadomości, Opinie, Myśli. Biuletyn WOM*. Lublin, 21: 4-6.

Kornas-Biela D. (1998d). Psychologiczne konsekwencje swoistej formy przemocy w rodzinie. *Pedagogika Rodziny*, 1: 119-139.

Kornas-Biela D. (1998e). „Zespół ocalenia" jako konsekwencja przemocy wobec dzieci. W: J. Papież, A. Płukis (red.), *Przemoc dzieci i młodzieży wobec innych w perspektywie polskiej transformacji ustrojowej* (s. 150-162). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Kornas-Biela D. (1998f). Rodzinne uwarunkowania aktywności seksualnej nastolatków. W: H. Cudak (red.), *Problemy współczesnej rodziny w Polsce* (s. 230-247), Piotrków Trybunalski, Wydawnictwo WSP.

Kornas-Biela D. (1999a). Niespełnione macierzyństwo: psychologiczna sytuacja matek po poronieniu. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 179-200). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (red.) (1999b). *Oblicza macierzyństwa*. Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1999c). Pornografia zagrożeniem rodziny. *Pedagogika Rodziny*, 2: 99-114.

Kornas-Biela D. (1999d). Psychospołeczne konsekwencje aborcji dla personelu medycznego. *Służba Życiu*, 9: 18-19.

Kornas-Biela D. (1999e). Rozwój człowieka od poczęcia do narodzin. *Służba Życiu*, 6: 8-19.

Kornas-Biela D. (1999f). Rozwój dziecka przed urodzeniem. W: K. Ostrowska, M. Ryś (red.), *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla nauczycieli, rodziców i wychowawców* (s. 223-241). Warszawa, CMPP MEN.

Kornas-Biela D. (1999g). Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 317-335). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1999h). Wpływ pornografii na rozwój osobowości człowieka. W: *Pornografia – zagrożenie dla rodziny i społeczeństwa* (s. 12-30). Warszawa, Dział Ekspertyz. Biuro Informacji i Dokumentacji Senackiej Kancelarii Senatu.

Kornas-Biela D. (1999i). Zagrożenia rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia. W: B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Sytuacja dzieci w Polsce w okresie przemian* (s. 158-177). Warszawa, IPSS.

Kornas-Biela D. (1999j). Zdobywane macierzyństwo: doświadczenia matek związane ze wspomaganą prokreacją. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 213-240). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (1999k). Macierzyństwo w nauczaniu Jana Pawła II. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 13-40). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kornas-Biela D. (2000a). Ekologia łona ekologią świata: o nowy paradygmat w ekologii. W: J. M. Dołęga, J. W. Czartoszewski (red.), *Ekologia rodziny ludzkiej* (s. 99-116). Olecko, Wydawnictwo Wszechnicy Mazurskiej.

Kornas-Biela D. (2000b/2004). Okres prenatalny. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (t. 2, s. 17-46). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN (Wyd. II, s. 15-46).

Kornas-Biela D. (2000c). Osoba niepełnosprawna, chora, cierpiąca: nauczanie Jana Pawła II. W: D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości* (s. 357-384). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2000d). Psychologiczne konsekwencje aborcji u ojców. W: *Międzynarodowy Kongres o Godność Ojcostwa* (s. 235-250). Gdańsk, HLI-Europa.

Kornas-Biela D. (red.) (2000e). *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2000f). Rodzina w opinii młodego pokolenia Polaków. W: D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości* (s. 109-134). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2001a). Doświadczenia rodziców – użytkowników wspomaganej prokreacji. W: H. Cudak (red.), *Socjalizacja i wychowanie we współczesnych rodzinach polskich* (s. 324-342). Piotrków Trybunalski, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.

Kornas-Biela D. (2001b). Małoletnie ojcostwo: problem i wezwanie. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (s. 323-354). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (red.) (2001c). *Oblicza ojcostwa.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2001d). Rodzice wobec diagnozy uszkodzenia słuchu u dziecka. Doświadczenia rodziców, pomoc profesjonalistów. W: D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości* (s. 459-477). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2002a). Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza dzieciństwa* (s. 225-252). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2002b). Rozwój dziecka w łonie matki. W: T. Król, M. Ryś (red.), *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych* (s. 143-147). Kraków, Wydawnictwo Rubikon.

Kornas-Biela D. (2002c). Współczesny kryzys ojcostwa. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza ojcostwa* (s. 171-192). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Kornas-Biela D. (2003a). Podejście psychodynamiczne w psychologii prenatalnej. *Czasopismo Psychologiczne*, 9 (2): 179-191.

Kornas-Biela D. (2003b). Psychodynamiczny nurt w psychologii prenatalnej: wybrane problemy z obszaru prokreacji. *Przegląd Psychologiczny*, 46 (2): 179-196.

Kornas-Biela D. (2004). Najmłodsze dziecko w rodzinie. W: G. Soszyńska (red.), *Rodzina. Myśl i działanie* (s. 47-59). Lublin, Polihymnia.

Kornas-Biela D. (2005a). Diagnostyka prenatalna. W: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła* (s. 98-105). Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen.

Kornas-Biela D. (2005b). Edukacja prenatalna we współczesnym dyskursie humanistycznym. W: J. Gnitecki (red.), *Pedagogika jako formacja intelektualna refleksji we współczesnym dyskursie humanistycznym* (s. 129-149). Poznań, Wydawnictwo Naukowe Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego.

Kornas-Biela D. (2005c). Ku dojrzałemu przeżywaniu ludzkiej płciowości. W: J. Nagórny, M. Pokrywka (red.), *Płciowość ludzka w kontekście miłości. Przesłanie moralne Kościoła* (s. 119-164). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kornas-Biela D. (2005d). Niszczący wpływ pornografii. *Wychowawca*, 5 (161): 12-15.

Kornas-Biela D. (2005e). Poradnictwo genetyczne. W: A. Muszala (red.), *Encyklopedia Bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła* (s. 355-360). Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen.

Kornas-Biela D. (2005f). Psychodynamic approach to procreation failure. W: N. Gozdek, M. Sygit (red.), *Health Promotion. Theoretical and Practical Aspects* (s. 187-194). Lublin, Wydawnictwo WERSET.

Kornas-Biela D. (2005g). Rodzina w kontekście wychowania prenatalnego. *Roczniki Teologiczne*, 10: 35-53.

Kornas-Biela D. (2006a). Jakość życia w kontekście diagnostyki prenatalnej. W: T. Rostowska (red.), *Jakość życia rodzinnego. Wybrane zagadnienia* (s. 87-104). Łódź, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Informatyki.

Kornas-Biela D. (2006b). Niepełnosprawność w rodzinie – czym jest, co znaczy, trudne początki. W: J. Stala, E. Osewska (red.), *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie* (s. 638-683). Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen.

Kornas-Biela D. (2006c). Psychologiczny kontekst efektywności naturalnego planowania rodziny. *Paedagogia Christiana*, 2 (18): 185-203.

Kornas-Biela D. (2006d). Psychologia i pedagogika wobec statusu dziecka prenatalnego. W: T. Biesaga (red.), *Bioetyka personalistyczna* (s. 291-315). Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Kornas-Biela D. (2006e). Psychospołeczne aspekty stosowania środków wczesnoporonnych. *Roczniki Psychologiczne*, 9 (1): 159-180.

Kornas-Biela D. (2006f). Rodzina w procesie prokreacji. W: J. Stala, E. Osewska (red.), *Rodzina. Bezcenny dar i zadanie* (s. 481-539). Radom, Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne Polwen.

Kornas-Biela D. (2007a). Chrześcijańskie wychowanie prenatalne odpowiedzią na dar. W: A. Rynio (red.), *Wychowanie chrześcijańskie. Między tradycją a współczesnością* (s. 453-470). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kornas-Biela D. (2007b). Kulturowo-społeczne przyczyny kryzysu ojcostwa. W: D. Kornas-Biela (red.), *Ojcostwo wobec wyzwań współczesności* (s. 35-48). Lublin, Fundacja Cyryla i Metodego.

Kornas-Biela D. (2007c). *Ojcostwo wobec wyzwań współczesności.* Lublin, Fundacja Cyryla i Metodego.

Kornas-Biela D. (2007d). Pedagogika prenatalna. W: C. Rogowski (red.), *Leksykon pedagogiki religii* (s. 556-561). Warszawa, Wydawnictwo Verbinum.

Kornas-Biela D. (2007e). Psychologia prenatalna człowieka. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo*, 1: 14-23.

Kornas-Biela D. (2007f). Psychologia prenatalna. W: C. Rogowski (red.), *Leksykon pedagogiki religii* (s. 654-659). Warszawa, Wydawnictwo Verbinum.

Kornas-Biela D. (2007g). Szkoła rodzenia: szkołą rodzenia i szkołą rodzicielstwa. W: D. Opozda (red.), *Rodzicielstwo. Wybrane zagadnienia kontekstów edukacyjnych* (s. 245-264). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kornas-Biela D. (2007h). Zdrowie reprodukcyjne kobiet: potrzeba integralnego i pozytywnego podejścia. W: *Europa – aborcja – prawa rodziców. Prawa reprodukcyjne – fakty nie ideologia* (s. 19-43). Wrocław–Bruksela, Parlament Europejski.

Kornas-Biela D. (2007i). „Magiczne dzieci" produktem wspomaganej prokreacji: podejście psychodynamiczne. W: G. Chojnacka-Szawłowska, B. Pastwa-Wojciechowska (red.), *Kliniczne i sądowo penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka* (s. 67-71). Gdańsk, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Kornas-Biela D. (2008a). Psychologiczny kontekst naturalnego planowania rodziny. W: W. Wieczorek, E. Flader, R. Krupa, J. Płońska, A. Zaremba (red.), *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych* (s. 251-269). Lublin, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium.

Kornas-Biela D. (2008b). Niepomyślna diagnoza prenatalna: dylemat rodziców, wyzwanie dla profesjonalistów. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo*, 4: 15-27.

Kornas-Biela D. (2008c). Zdrowa rodzina kolebką powołań. W: W. Depo, M. Gmyz, T. Guz, Z. Pałubska (red.), *Rodzina kolebką powołań* (s. 55-84). Lublin, Polihymnia.

Kornas-Biela D. (2009a). Osiągnięcia psychologii prenatalnej szansą dla rodziny. W: T. Rostowska (red.), *Psychologia rodziny. Małżeństwo i rodzina wobec współczesnych wyzwań* (s. 195-215). Warszawa, Wydawnictwo Difin.

Kornas-Biela D. (2009b). Powierzyć dziecko kobiecie – przedwieczny zamysł Ojca. W: T. Paszkowska (red.), *Mulieris dignitas – promieniowanie kobiecości* (s. 61-80). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kornas-Biela D. (2009c). Psychologia prenatalna wobec aborcji. W: B. Chazan, W. Simon (red.), *Aborcja. Przyczyny, następstwa, terapia* (s. 109-131). Wrocław, Wydawnictwo Wektory.

Kornas-Biela D. (2009d). Psychologiczny kontekst podejmowania decyzji w sytuacji niepomyślnej diagnozy prenatalnej. W: A. Kłosiński, A. Biela (red.), *Człowiek i jego decyzje* (w druku). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kosakowski Cz. (1998). Wchodzenie pedagogiki specjalnej na nowe obszary. W: M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna. Wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości* (s. 29-34). Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Kosakowski Cz. (2003). *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej.* Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

Kosakowski Cz., Krause A. (red.) (2005). *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych.* Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Kosakowski Cz., Zaorska M. (red.) (2000). *Dziecko o specjalnych potrzebach edukacyjnych.* Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

Kościelska M. (1998). *Trudne macierzyństwo.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Kościelska M. (2000). *Oblicza upośledzenia.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kościelska M. (2004). *Niechciana seksualność – o ludzkich potrzebach osób niepełnosprawnych intelektualnie.* Warszawa, Jacek Santorski & Co.

Kowalcek I. (2009). Stress and anxiety associated with prenatal diagnosis. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology,* 21 (2): 221-228.

Kowalczyk D. (2005). Poradnie rodzinne. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 152-163). Opole, Wydawnictwo UO.

Kowalewski W. (1993). *Karmienie piersią. Wybór czy obowiązek?* Łódź, PRO-MED.

Kowalik S. (1996). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych.* Warszawa, Interart.

Kowalik S. (2000). Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju: psychostymulacja i psychokorekcja* (s. 65-80). T.2. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Kowalska I. (1999). Wielodzietne macierzyństwo w okresie społeczno-ekonomicznej transformacji. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 109-127). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kowalska I. (2001a). Demograficzno-społeczne uwarunkowania płodności w Polsce w okresie transformacji ekonomicznej. *Medycyna Wieku Rozwojowego,* 5 (4), Supl., 1: 11-54.

Kowalska I. (2001b). Postawy i zachowania matrymonialne oraz prokreacyjne w Polsce w okresie transformacji ekonomicznej. *Ethos,* 3 (55): 138-156.

Kowalski G. (2008). Warunki dopuszczalności przerywania ciąży a prawna ochrona życia poczętego. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 203-230). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kramer L. (1996). What's real in children's fantasy play? Fantasy play across the transition to becoming a sibling. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37 (3): 329-337.

Kramer L., Schaefer-Hernan P. (1994). Patterns of fantasy play engagement across the transition to becoming a sibling. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35: 749-767.

Krasnegor N.A., Blass E.M., Hofer M.A., Smotherman W.P. (1987). *Perinatal Development. A Psychobiological Perspective.* London, Academic Press.

Krause A. (2000). *Integracyjne złudzenia ponowoczesności: sytuacja ludzi niepełnosprawnych.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Krawański A. (2001). Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej a kultura fizyczna. W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania* (s. 26-38). Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne KOWEZ.

Krawański A. (2003a). *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego.* Poznań, Wydawnictwo AWF im. E. Piaseckiego.

Krawański A. (2003b). Ciało człowieka z perspektywy pedagogiki zdrowia. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, LVIII, supl. XII, 2, sectio D: 126-132.

Krawczyk-Bocian A. (2008). Mity o narracji: od subiektywizmu do problemu interpretacji. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 2 (42): 37-51.

Krąpiec M. (1974). *Ja – człowiek. Zarys antropologii filozoficznej.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Krech D., Crutchfield R.S., Livson N. (1969). *Elements of Psychology.* New York, Alfred A. Knopf.

Kristof N.D. (1993). China: ultrasound abuse in sex selection. *Women's Health Journal*, (4): 16-7.

Kromolicka B. (1997). *Rodziny zrekonstruowane.* Szczecin, Wydawnictwo Naukowe US.

Król T., Maśnik K., Węglarczyk G. (1996). *Propozycje programów wychowania prorodzinnego dla klas IV-VIII.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Król T., Ryś M. (red.) (2002). *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych.* Kraków, Wydawnictwo Rubikon.

Krupa M. (1997). *Jesteś całym moim światem. O ciąży, porodzie i małym dziecku.* Warszawa, Res Publica Press.

Kryczka P. (red.) (1997). *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kübber S. (1987). Vaterwerden als Chanse in der Entwicklung des Mannes. W: P.G. Fedor-Freybergh (red.), *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin* (s. 61-65). München, Saphir.

Kubiak-Jurecka E., Molesztak A. (1993). Podmiotowość i podmioty wychowania. W: A.M. Tchorzewski (red.), *Wychowanie w kontekście teoretycznym* (s. 51-66). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Kubinowski D., Nowak M. (red.) (2006). *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Kuby G. (2007). *Rewolucja genderowa. Nowa ideologia seksualności.* Kraków, Wydawnictwo Homo Dei.

Kuchcińska M. (2000). Postrzeganie ludzi starych przez dzieci i młodzież. W: K. Marzec-Holka (red.), *Społeczeństwo, demokracja, edukacja: nowe wyzwania w pracy socjalnej* (s. 376-386). Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Kuchcińska M. (2004). Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna: W: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do starości i w starości* (s. 95-158). Bydgoszcz, Kujawsko-Pomorska Szkoła Wyższa.

Kuczyński W. (2005). Techniki wspomaganego rozrodu – problemy prawne i ich konsekwencje. *Ginekologia Praktyczna*, 86 (5): 7-10.

Kuebelbeck A. (2003). *Waiting with Gabriel. A Story of Cherishing a Baby's Brief Life.* Chicago, Loyola Press.

Kukołowicz T. (1995). Pedagogika a teoria wychowania. W: T. Hejnicka-Bezwińska (red.), *Pedagogika ogólna. Tradycja – teraźniejszość – nowe wyzwania (materiały pokonferencyjne)* (s. 71-75). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Kukołowicz T. (1996). Wartości w wychowaniu. W: K. Popielski (red.), *Człowiek – wartości – sens* (s. 411-414). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kukołowicz T. (1998). *Rodzina wychowuje. Wybrane zagadnienia.* Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Kukołowicz T. (1999). Czasowo samotne macierzyństwo: doświadczenia matek w sytuacji długiej nieobecności męża. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 289-295). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kukołowicz T. (2004). Rodzina w procesie wychowania. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań* (s. 43-49). Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Kukołowicz T., Całka E. (1993). Podmiotowość wychowanka. W: F. Adamski (red.), *Poza kryzysem tożsamości. W kierunku pedagogiki personalistycznej* (s. 81-87). Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Kukołowicz T., Nowak M. (1997). *Pedagogika ogólna. Problemy aksjologiczne.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Kulik T.B. (1997). *Edukacja zdrowotna w rodzinie i w szkole.* Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Kulik T.B. (2000). Koncepcja zdrowia w medycynie. W: T. Kulik, I. Wrońska (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych* (s. 15-38). Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Kulik T.B., Wrońska I. (2000). *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Kunowski S. (1946). *Proces wychowawczy i jego struktury.* Lublin, Instytut Pracy Nauczycielskiej.

Kunowski S. (2000). *Problematyka współczesnych systemów wychowania.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Kunowski S. (2004). *Podstawy współczesnej pedagogiki.* Warszawa, Wydawnictwo Salezjańskie.

Kurcz A. (1999). Opieka nad niemowlętami i małymi dziećmi w Polsce okresu dwudziestolecia międzywojennego. W: J. Kwiatek, F. Marek (red.), *Oświata. Tradycje i współczesność.* Opole, Wydawnictwo UO.

Kurcz A. (2005a). Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 125-140). Opole, Wydawnictwo UO.

Kurcz A. (2005b). Żłobek. W: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej* (s. 23-42). Opole, Wydawnictwo UO.

Kurdek L.A. (1993). Nature and prediction of changes in marital quality for first-time parent and nonparent husbands and wives. *Journal of Family Psychology*, 6 (3): 255-265.

Kurjak A., Azumendi G., Andonotopo W., Salihagic-Kadic A. (2007). Three- and four-dimensional ultrasonography for the structural and functional evaluation of the fetal face. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 196 (1): 16-28.

Kurkiewicz J. (2003). Czy są podstawy do optymizmu wobec współczesnych zachowań prokreacyjnych? W: *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa* (s. 149-151). Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Kuttner H. G. (2008). O socjologii aborcji. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 531-558). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Kwak A. (2005). *Rodzina w dobie przemian. Małżeństwo i kohabitacja.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Kwaśniewska G. (2007). *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i rodziny.* Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Kwieciński Z., Śliwerski B. (2003). *Pedagogika. Podręcznik akademicki.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kwieciński Z., Witkowski L. (red.) (1990). *Ku pedagogice pogranicza.* Toruń, Wydawnictwo UMK.

Lachowska B. (1999). Samotne macierzyństwo. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 281-288). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Lachowski S. (1995). *Funkcja socjalizacyjna rodzin niepełnych samotnych matek i samotnych ojców.* Lublin, praca doktorska, Archiwum KUL.

Lafuente M.J., Grifol R., Segarra J., Soriano J., Gorba M.A., Montesinos A. (1997). Effects of the Firstart method of prenatal stimulation on psychomotor development: The first six months. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 11 (3): 151-162.

Lafuente M.J., Grifol R., Rios D. (2001). Effects of the Firstart method of prenatal stimulation on psychomotor development: From six to twelve months. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15 (3): 207-216.

LaGoy L. (1993). The loss of a twin in utero's affect on pre-natal and post-natal bonding. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 5: 439-444.

Lamaze F. (1956). *Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur? Savoir et Connaitre.* Paris, La Farandole.

Lamb M.E. (1978). Influence of the Child on Marital Quality and Family Interaction During the Prenatal, Perinatal, and Infancy Periods. W: R.M. Lerner, G.B. Spanier (red.), *Child Influence on Marital and Family Interactions: A Life-Span Perspective* (s. 137-164). New York, Academic Press.

Landsman G.H. (2008). *Reconstructuring Motherhood in the Age of „Perfect" Babies.* New Brunswick, Routledge.

Landwirth J. (1987). Fetal abuse and neglect: an emerging controversy. *Pediatrics*, 79 (4): 508-14.

Lane A.R., Wilcoxon S.A. (1989). Dyadic adjustment during the transition to parenthood: A look at perceived similarity of spouses-family-of-origin experiences. *Australian Journal of Sex, Marriage and Family*, 10 (4): 165-171.

Lane A. R., Wilcoxon S.A., Cecil J.H. (1988). Family-of-origin experiences and the transition to parenthood: Considerations for marital and family therapists. *Family Therapy*, 15 (1): 23-29.

Langer D. (1982). Zaburzenia psychiczne po zabiegu przerywania ciąży. *Polski Tygodnik Lekarski*, 37, 11: 3.

Larocca F., Foroni I. (2001). *Nascere educatamente. Prevenire l'handicap indotto nell'educazione prenatale.* Milano, Franco Angeli.

Lawson K., Turriff-Jonasson S. (2006). Maternal serum screening and psychosocial attachment to pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (4): 371-378.

Lear T. (2006). Women's perceptions of the birthing experience: An ever-changing phenomenon. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (2): 203-210.

Leboyer F. (1975). *Birth without violence.* New York, Knopf.

Leboyer F. (1986). *Narodziny bez przemocy.* Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Lecanuet J.P., Fifer W.P., Krasnegor N.A., Smotherman W. (red.) (1995). *Fetal Development: A Psychobiological Perspective.* Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.

Lee S.J., Ralston H.J.P., Drey E.A., Partridge J.C., Rosen M.A. (2005). Fetal pain: A systematic multidisciplinary review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 294 (8): 947-954.

Leifer M. (1977). Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs*, 95 (1): 55-96.

Lemoine B. (2003). *Jak pomagać dziecku w życiowych rozstaniach.* Warszawa, Wydawnictwo Księży Marianów.

Leniado N. (2004). *Zazdrosne dzieci.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Leonard L.G. (2002). Prenatal behavior of multiples: implications for families and nurses. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 31 (3): 248-55.

Lepa A. (1995). *Świat manipulacji.* Częstochowa, Biblioteka Niedzieli.

Leppert R. (2000). Pomiędzy dzieciństwem a dorosłością. Młodzież jako obiekt badań naukowych w Polsce w ostatniej dekadzie XX wieku. *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja,* numer specjalny: 89-101.

Leppert R. (2002). *Młodzież – świat przeżywany i tożsamość. Studia empiryczne nad łydgoskimi licealistami.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Leppert R. (2004). Tożsamość młodzieży w społeczeństwie naśladowczym. W: *Teraźniejszość jako źródło wyzwań edukacyjnych. Materiały pokonferencyjne* (s. 369-383). T. III. Wrocław, Wydawnictwo Naukowe DWSE TWP we Wrocławiu.

Leppert R. (2007). Potoczne pojmowanie praktyczności pedagogiki. W: J. Rutkowiak, D. Kubinowski, M. Nowak (red.), *Edukacja. Moralność. Sfera publiczna* (s. 507-516). Lublin, Oficyna Wydawnicza Verba.

Leppert R., Melosik Z., Wojtasik B. (red.) (2005). *Młodzież wobec (nie)gościnnej przyszłości.* Wrocław, Wydawnictwo Naukowe DSWE TWP we Wrocławiu.

Lerum C.W., Major R.N., LoBiondo-Wood G. (1989). The relationship of maternal age, quickening, and physical symptoms of pregnancy to the development of maternal-fetal attachment. *Birth*, 16 (1): 13-17.

Lesińska-Sawicka M. (2008). *Późne macierzyństwo. Studium socjomedyczne.* Kraków, Zakład Wydawniczy NOMOS.

Lesiński J. (1956). *Profilaktyka bólów porodowych.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lesiński J. (1961). *Zdrowie kobiety.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lester B.M. (1979). A synergistic process approach to the study of prenatal malnutrition. *International Journal of Behavioral Development*, 2: 377-393.

Leszczyńska-Rejchert A. (2006). Specyfika pedagogiki starości – implikacje dla teorii i praktyki pedagogicznej. W: Cz. Kosakowski, A. Krause, S. Przybyliński (red.), *Pomiędzy teorią a praktyką* (s. 88-98). Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Leszczyńska-Rejchert A. (2007). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości.* Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Lew-Starowicz Z. (1981). O życiu psychicznym w okresie płodowym. Macierzyństwo pełnią rozwoju kobiety. *Zeszyty Komisji Episkopatu ds. Duszpasterstwa Kobiet*: 43-46.

Lewandowska-Szypulska K. (1997). Iza Moszczeńska. *Powiernik Rodzin*, 9 (9): 36-39.

Lewandowska K. (2007). *Muzykoterapia dziecięca.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Lewicki Cz. (2006). *Edukacja zdrowotna. Systemowa analiza zagadnień.* Rzeszów, Wydawnictwo URz.

Lewis D. (1988). *Jak wychować zdolne dziecko.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Lewowicki T. (1993). Podmiotowość w edukacji. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna* (s. 595-600). Warszawa, Fundacja Innowacja.

Lewowicki T. (1994). Dylematy metodologii pedagogiki. W: H. Kwiatkowska (red.), *Ewolucja tożsamości pedagogiki* (s. 79-84). Warszawa, IHNOiT.

Lewowicki T. (2002). W poszukiwaniu modelu edukacji międzykulturowej. W: E. Malewska, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie* (s. 23-39). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Lewowicki T. (2004). Humanistyka i pedagogika (uwagi wstępne). W: T. Lewowicki (red.), *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym* (s. 9-15). Warszawa–Kraków, Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Lichtarowicz A. (1993). *Kiedy jestem płodna a kiedy nie.* Katowice, Wydawnictwo Unia.

Lichtarowicz A. (1998). Ryzyko i hazard medyczny. W: *Międzynarodowy Kongres „O godność macierzyństwa"* (s. 95-113). Warszawa, HLI-Europa.

Lima da Motta C.C., Rinne C., Naziri D. (2006). The influence of emotional support during childbirth: A clinical study. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20 (4): 325-341.

Linder R. (2006). How women can carry their unborn babies to term – the prevention of premature birth through psychosomatic methods. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20 (4): 293-304.

Lindgren H.C., Byrne D. (1971). *Psychology: An Introduction to a Behavioral Science.* New York, John Wiley & Sons.

Lindgren K. (2001). Relationship among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 24 (3): 203-217.

Lipiec J. (2004). Filozofia i pedagogika. W: S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 13-21). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Lipkowski O. (1968). *Józefa Joteyko – życie i działalność.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Lipsky S., Holt V.L., Easterling T.R., Critchlow C.W. (2003). Impact of police-reported intimate partner violence during pregnancy on birth outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 102 (3): 557-564.

Liston R.M., Bloom K., Zimmer P. (1994). The psychological effects of counting fetal movements. *Birth*, 21 (3): 135-140.

Lobel M. (1994). Conceptualizations, measurement, and effects of prenatal maternal stress on birth outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 17 (3): 225-272.

Logan B. (1990). *Neurogenetic Effects of Sonic Imprinting: An in Utero Curriculum for Improving Postnatal Performance.* Snohomish, Prelearning Institute.

Lou H.C., Hansen D., Nordentoft M., Pryds O., Jensen F., Nim J., Hemmingsen R. (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36 (9): 826-832.

Lucas R. L. (2005). *Bioetyka dla każdego.* Częstochowa, Edycja św. Pawła.

Lucier P. (2007). The skin as a psychic organ: The use of infant massage as a psychotherapeutic tool in infant-parent psychotherapy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 22 (2): 113-127.

Ludington-Hoe S., Golant S.K. (1993). *Kangaroo Care: The Best You Can Do to Help Your Preterm Infant.* New York, Bantam Books.

Ludington-Hoe S., Golant S.K. (1987). *How to Have a Smarter Baby: The Infant Stimulation Program for Enhancing Your Baby's Natural Development.* New York, Bantam Books.

Ludwig A., Katalinic A., Jendrysik J., Thyen U., Sutcliffe A., Diedrich K., Ludwig M. (2008). Attitudes towards disclosure of conception mode in 899 pregnancies conceived after ICSI. *Reproductive Biomedicine Online*, Suppl., 16 (1): 10-17.

Lumley J. (1990). Through a glass darkly: ultrasound and prenatal bonding. *Birth*, 17 (4): 214-217.

Lumley J. (1980). The image of the fetus in the first trimester. *Birth and the Family Journal*, 7 (1): 5-14.

Łobocki M. (1992). *ABC wychowania.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Łobocki M. (2004). *Teoria wychowania w zarysie.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Łobocki M. (2006). *Metody i techniki badań pedagogicznych.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Łobocki M. (2007). *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Łosiowski Z. (1990). Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego związane z niedożywieniem matki. W: J. Czochańska (red.), *Neurologia dziecięca* (s. 348-350). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Łuczak-Wawrzyniak J.K., Szczepańska M., Skrzypczak J.M., Kornacki J., Hepner K. (2001). Psychological adaptation of the woman after 35 years of age for pregnancy. *Archives of Perinatal Medicine*, 7 (1): 33-34.

Łukasik R., Waksmańska W., Golańska Ż., Woś H. (2007). Różnice w wyobrażeniach matki i ojca o życiu prenatalnym dziecka. *Problemy Pielęgniarstwa*, 15 (4): 254-261.

Łukaszewski W. (2000). Psychologiczne koncepcje człowieka. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki.* T.1. *Podstawy psychologii* (s. 67-92). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Łukowska A.T. (2001). Filozoficzne i światopoglądowe podstawy sporu o klonowanie człowieka. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, Suppl., 5(1): 27-37.

Łuszczyńska A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczą?* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Macfarlane A. (1977). *The Psychology of Childbirth.* Cambridge, Harvard University Press.

Machinek M. (2004). *Życie w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u początku ludzkiego życia.* Olsztyn, Hosianum.

Machinek M. (2007). *Spór o status ludzkiego embrionu.* Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Machova J. (1984). Nedonosenost jako rizikovy faktor ve skolni praci. *Psychologia a Patopsychologia Dietata*, (4): 291-298.

Maciarz A. (2000). Istota opieki w kontekście społecznych zmian. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2: 4-27.

Maciarz A. (2004). *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Maciarz A. (2006). Macierzyństwo w okresie starości. W: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych* (s. 145-150). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Maciaszkowa J. (1991). *Z teorii i praktyki pedagogiki opiekuńczej.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Madison L.S., Madison J.K., Adubato S.A. (1986). Infant behavior and development in relation to fetal movement and habituation. *Child Development*, 57 (6): 1475-1482.

Magier P. (2003). Rodzina w czasach ponowoczesnych. Próba analizy. *Rocznik Pedagogiki Rodziny. Studia i Rozprawy*, 6: 149-155.

Majdański K. (2001). Demografia w zmaganiach o życie. *Ethos*, 3 (55): 35-47.

Maker C., Ogden J. (2003). The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity? *Psychology and Health*, 18 (3): 403-411.

Makiełło-Jarża G. (1970). Geneza i rozwój postawy macierzyńskiej. *Zeszyty Naukowe UJ*, z. 15.

Makowska M. (2008). Prokreacja i rodzicielstwo jako wartości w planach życiowych młodzieży akademickiej. *Społeczeństwo i Rodzina*, 16 (3): 116- 127.

Malewski M. (1998). *Teorie andragogiczne. Metodologia teoretyczności dyscypliny naukowej.* Wrocław, Wydawnictwo UWr.

Mancia A. (1981). On the beginning of mental life in the foetus. *International Journal of Psycho-Analysis*, 62: 351-357.

Marc V., Marc O. (2007). The embryo: Memory of an innate biological knowledge. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (4): 331-339.

Marczuk M. (1994). *Problemy i dylematy andragogiki.* Lublin–Radom, Wydawnictwo UMCS.

Marek Z. (2005). Dziecko jako sacrum. W: J. Bińczycka, B. Smolińska-Theiss (red.), *Wymiary dzieciństwa. Problemy dziecka i dzieciństwa w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 29-48). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Maret S. (1997). *The Prenatal Person: Frank Lake's Maternal – Fetal Distress Syndrome.* Lanham, MD, University Press of America.

Marianowski L. (1994). Opieka prenatalna. Diagnostyka i terapia w okresie życia wewnątrzmacicznego. W: J. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia* (s. 298-308). Warszawa, Sanmedia.

Mariański J. (1995). *Młodzież między tradycją i ponowoczesnością.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Mariański J. (2003). *Między sekularyzacją i ewangelizacją.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Mariański J. (2008a). Religia i moralność w społeczeństwie polskim – ciągłość i zmiana. W: J. Mariański, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 269-300). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Mariański J. (2008b). *Społeczeństwo i moralność. Studia z katolickiej nauki społecznej i socjologii moralności.* Tarnów, Wydawnictwo Diecezji Tarnowskiej Biblos.

Maritain J. (1991). Dynamika wychowania. *Znak*, 436 (9): 34-39.

Maritain J. (1993). Od filozofii człowieka do filozofii wychowania. W: F. Adamski (red.), *Człowiek – Wychowanie – Kultura. Wybór tekstów.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Markiewicz B. (1887/2000). *Trzy słowa do starszych w narodzie polskim.* Marki, Wydawnictwo Michalineum.

Markiewicz B. (2005). *Jak stać się na wieki szczęśliwym.* Częstochowa, Edycja Świętego Pawła.

Marnie E. (1989). *Love Start: Prebirth Bonding. Learn to Communicate with Your Unborn Baby and Take Charge of Your Child's Birth.* Santa Monica, Hay House, Inc.

Marody M. (red.) (2002). *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku.* Warszawa, Wydawnictwo Scholar.

Maruszewski T. (2000). Pamięć autobiograficzna jako podstawa tworzenia doświadczenia indywidualnego. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 165-182). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Marynowicz-Hetka E. (red.) (2006/2007). *Pedagogika społeczna.* T.1. i 2. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Marzec-Holka K. (1994). *Dezintegracja małżeństw zawartych za zgodą sądu.* Bydgoszcz, Wydawnictwo WSP.

Marzec-Holka K. (1998). Konkubinat – „nowy ład" społeczny czy wyjście z kryzysowej sytuacji życiowej. W: H. Górecka (red.), *Bezpieczeństwo rodziny w okresie transformacji ustrojowej.* Olsztyn, Wydawnictwo DECORA.

Marzec-Holka K. (2003). Współczesne strategie opiekuńczo-korekcyjne służb społecznych wobec młodocianych matek i młodocianych małżeństw. W: E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działania społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku* (s. 121-134). Toruń, Wydawnictwo Akapit.

Marzec-Holka K. (2004). *Dzieciobójstwo. Przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia.* Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.

Masakowski Y.R. (1997). The effect of maternal emotion on fetal behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (10-B).

Mason C., Elwood R. (1995). Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies*, 32 (2): 137-148.

Maszczak T. (2002). Promocja zdrowia jako globalne wyzwanie edukacyjne. W: Z. Żukowska, R. Żukowski (red.), *Zdrowie i sport w edukacji globalnej* (s. 31-36). Warszawa, Wydawnictwo AWF.

Matthey S., Kavanagh D., Howie P., Barnett B., Charles M. (2004). Prevention of postnatal distress or depression: An evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes. *Journal of Affective Disorders*, 79 (1-3): 113-126.

Matulčik J. (1997). *Badania porównawcze w andragogice*. W: T. Aleksander (red.), *Teraźniejszość i przyszłość edukacji dorosłych* (s. 71-74). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Mauger B. (1996). Childbirth as initiation and transformation: The wounded mother. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 11 (1): 17-30.

Maurer D., Maurer Ch. (1994). *Świat noworodka*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

May A.E., Elton C.D. (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynecology*, 12 (3): 423-441.

Mazlish B., Winer J.A., Anderson J.W. (2003). The past and future of psychohistory. *Annual of Psychoanalysis*, 31: 251-262.

Mazurkiewicz K. (1931a). *Kwestia seksualna w wychowaniu*, Poznań.

Mazurkiewicz K. (1931b). *Pedagogika wobec kwestii seksualnej*, Włocławek, Drukarnia Diecezjalna.

McCullagh P. (1996). *Fetal sentience*. London, All-Party Parliamentary Pro-Life Group.

McCullagh P., Saunders P.J. (1997). Do fetuses feel pain? *British Medical Journal*, 314 (7076): 302-303.

McCulloch Doughty F. (2007). Sending and receiving: Biochemical communication of emotions between prenate and mother: A call for early intervention. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (3): 281-303.

McDaniel S.H., Campbell T.L., Hepworth J., Lorenz A. (2005). *Primary-Oriented Family Care*. New York, Springer.

McFadden D. (1998). Sex differences in the auditory system. *Developmental Neuropsychology. Special issue: Gonadal hormones and sex differences in behavior*, 14 (2-3): 261-298.

McGrath R. (1986). Referat w czasie kongresu Międzynarodowego Towarzystwa Psychologii Prenatalnej w Bad Gastein, 18-21.09.1986.

McLaren A. (1987). Pre-embryo? *Nature*, (328): 10.

Mebert C.J. (1991). Dimensions of subjectivity in parents ratings of infant temperament. *Child Development*, 62: 352-361.

Mellor D.J., Diesch T.J., Gunn A.J., Bennet L. (2005). The importance of 'awareness' for understanding fetal pain. *Brain Research Reviews*, 49 (3): 455-471.

Melosik Z. (1999). Dyskursy zdrowia w społeczeństwie współczesnym: konteksty teoretyczne. W: Z. Melosik (red.), *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*. Poznań–Toruń, Wydawnictwo Edytor.

Melosik Z. (2002). Młodzież w kulturze współczesnej. Paradoksy pop-tożsamości. W poszukiwaniu modelu edukacji międzykulturowej. W: E. Malewska, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie* (s. 55-81). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Mercer R.T., Ferketich S.L., May K., De Joseph J., Sollid D. (1988). Further exploration of maternal and paternal attachment. *Research in Nursing and Health*, 11: 83-95.

Merlo D.F., Knudsen L.E., Matusiewicz K., Niebrój L., Vähäkangas K.H. (2007). Ethics in studies on children and environmental health. *Journal of Medical Ethics*, (33) 7: 408-413.

Męczkowska T. (1934). *Wychowanie seksualne dzieci i młodzieży.* Warszawa, Nasza Księgarnia.

Michaels G.Y., Goldberg W.A. (red.) (1988). *The Transition to Parenthood: Current Theory and Research.* New York, Cambridge University Press.

Michalczyk-Jurkin H. (2008). Czy kobiety trzeba uczyć rodzić? W: Złoty Jubileusz Szkół rodzenia w Polsce. *Materiały z Konferencji „Profesor Włodzimierz Fiałkowski i jego dzieło".* 16-17.05.2008 Łódź, s. 8-9.

Michalski J. (1999). Okres wielkiego niepokoju. O wychowaniu seksualnym w zreformowanej szkole. *Edukacja*, (2): 101-108.

Michalski J. (red.) (2000). *Wychować człowieka, Szkice z antropologii i teorii wychowania.* Olsztyn, Wydawnictwo SQL.

Michałowicz R., Ślenzak J. (1985). *Choroby układu nerwowego u dzieci i młodzieży.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Michułka W. (2005). *Błogosławiony Ks. Bronisław Markiewicz.* Marki, Wydawnictwo Michalineum.

Mierzwiński B. (1988). Pojęcie, zadania i problemy duszpasterstwa rodzin w Polsce. Odpowiedzialność i Czyn. *Kwartalnik Katolicko-Społeczny* 1 (1): 18-22.

Mierzwiński B. (2006). Rodzin duszpasterstwo. W: R. Kamiński, W. Przygoda, M. Fiałkowski (red.), *Leksykon Teologii Pastoralnej* (s. 737-743). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Mierzwiński B. (2007). Troska Kościoła o rodzinę. W: M. Ryś, M. Jankowska (red.), *W trosce o rodzinę. W poszukiwaniu prawdy, dobra i piękna* (s. 169-184). Warszawa, Wydawnictwo UKSW.

Mierzwiński B., Wilk J., Bieleń R. (2002). Duszpasterstwo rodzin. W: R. Kamiński (red.), *Teologia pastoralna.* T. 2. *Teologia pastoralna szczegółowa* (s. 403-442). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Mikhail M.S., Freda M.C., Merkatz R.B., Polizzotto R., Mazlom E., Merkatz I.R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165: 988-991.

Mikiel-Kostyra K. (1988). *Karmimy piersią.* Warszawa, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.

Mikiel-Kostyra K. (1992). *Jak karmić piersią.* Warszawa, KAMED.

Mikiel-Kostyra K. (2001). *Mleko matki dla chorego dziecka.* Warszawa, Wydawnictwo Optima.

Mikulincer M., Florian V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy. The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18 (3): 255-276.

Milerski B. (2004). Pedagogika kultury. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, (t. 1, s. 220-231). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Milerski B. (2007). Paradygmat humanistyczny w pedagogice. W: J. Rutkowiak, D. Kubinowski, M. Nowak (red.), *Edukacja. Moralność. Sfera publiczna* (s. 471-483). Lublin, Oficyna Wydawnicza Verba.

Miller C.L., Miceli P.J., Whitman T.L., Borkowski J.G. (1996). Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32 (3): 533-541.

Miller D.B. (1997). Adolescent fathers: What we know and what we need to know. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14 (1): 55-69.

Miller J.L., Macedonia C., Sonies B.C. (2006). Sex differences in prenatal oral-motor function and development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48 (6): 465-470.

Miller-Lewis L., Wade T., Lee Ch. (2006). Psychosocial risk factors for pregnancy risk-taking in young women in emerging adulthood: Evidence from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Australian Journal of Psychology*, 58 (1): 17-30.

Miller M. (2001). Zdrowie i edukacja zdrowotna w perspektywie nauk medycznych. W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania* (s. 14-17). Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne KOWEZ.

Miluska J. (1996). *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Miluska J. (2008). Starość jako wyróżnik społeczny. W: J. Miluska (red.), *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację: uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne* (s. 121-187). Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Minta B., Włodarczyk B., Biernacki B. (1993). Doświadczalna ocena chemicznych zagrożeń prenatalnych. *Ginekologia Polska*, Supl.: 148-153.

Młotek A., Reroń T. (1995). *Życie – dar nienaruszalny. Wokół encykliki Evangelium vitae*. Wrocław, Papieski Fakultet Teologiczny.

Moen P., Forest K.B. (1995). Family policies for an aging society: Moving to the twenty-first century. *Gerontologist*, 35 (6): 825-831.

Moir A., Jessel D. (1989). *Płeć mózgu. O prawdziwej różnicy między mężczyzną a kobietą*. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy.

Mokrzycki B. (2007). *Bogurodzica Dziewica*. Kraków, Wydawnictwo WAM.

Montgomery E. (1995). Uzupełnianie żelaza i witamin w okresie ciąży. W: J. Aleksander, V. Levy, S. Roch (red.), *Praktyka położnicza* (s. 35-51). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Moore T.R., Piacquadio K. (1989). A prospective evaluation of fetal movement screening to reduce the incidence of antepartum fetal death. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160 (5 Pt 1): 1075-1080.

Morin Y. (2005). *Ciąża, poród, opieka nad dzieckiem*. Wrocław, Larouse.

Morrissey M.V. (2007). Our first child was incompatible with life: understanding miscarriage as a lived experience. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12 (2): 1415-1428.

Motyka M. (1990). Niektóre aspekty pracy psychologa w ginekologii i położnictwie. W: I. Heszen-Niejodek (red.), *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych* (s. 143-158). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Mrozkowiak M., Mrozkowiak M. (2000). Czym jest fenomen dotyku. *Problemy Rodziny*, 5: 12-20.

Mrugalska K. (1999). Muzyka i terapia. W: H. Olechnowicz (red.), *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego* (s. 94-123). Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Murchisson C. (red.) (1931/1933). *Handbook of Child Psychology.* New York, John Willey & Sons, Inc.

Murkoff H.E., Eisenberg A., Hathaway S.E. (2006). *W oczekiwaniu na dziecko. Poradnik dla przyszłych matek i ojców.* Poznań, Dom Wydawniczy REBIS.

Murphy-Black T. (1995). *Kształcenie w okresie przedporodowym.* W: J. Aleksander, V. Levy, S. Roch (red.), *Nowoczesne położnictwo. Opieka przedporodowa* (s. 113-131). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Murray J. N., Cornell Ch.J. (1981). Parentalplegia. *Psychology in the Schools,* 18 (2): 201-207.

Mussen P.H. (red.) (1970). *Charmichael's Handbook of Child Psychology.* Worcester, MA, Clark University Press.

Muszala A. (1998). *Wybrane zagadnienia etyczne z genetyki medycznej.* Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Muszala A. (2006). Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo,* 4 (44): 13-16.

Muszala A. Rudziewicz A. (2007). *Bioetyka w szkole. Dla nauczycieli, wychowawców i katechetów.* Kraków, Wydawnictwo Salwator.

Muzioł E., Sucharska B. (2001). *Program nauczania. Wychowanie do życia w rodzinie. I-III, V-VI.* Gdańsk, Wydawnictwo M. Rożak.

Mysłakowski Z. (1936). Pedagogika ogólna. W: S. Łempicki, W. Gottlieb, B. Suchodolski, J. Włodarski (red.), *Encyklopedja Wychowania* (t. 1, cz. 2, s. 701-785). Warszawa, Wydawnictwo „Nasza Księgarnia" Związku Nauczycielstwa Polskiego.

Nagórny J. (1994). Technicyzacja ludzkiej prokreacji. W: M. Duda, S. Jasionek, J. Kuliberda, Z. Zgrzebny (red.), *Teologia i życie. Księga pamiątkowa ku czci Ks. Prof. Jana Kowalskiego* (s. 339-365). Częstochowa, Częstochowskie Wydawnictwo Archidiecezjalne Regina Poloniae.

Nagórny J. (2001). Kryzys demograficzny kryzysem wiary człowieka w przyszłość. *Ethos,* 14 (3): 71-85.

Nagórny J., Derdziuk A. (red.) (2001). *Moralne aspekty przemian cywilizacyjnych.* Lublin, Sandomierz, Wydawnictwo Diecezjalne.

Nagórny J., Gocko J. (2001). *Ekologia. Przesłanie moralne Kościoła.* Lublin, Wydawnictwo KUL.

Nagórny J., Jeżyna K. (red.) (1999). *Człowiek – miłość – rodzina. „Humanae vitae po 30 latach".* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Nagórny J., Kieniewicz P. (2005). *Geny – wolność zapisana? Meandry współczesnej genetyki. Przesłanie moralne Kościoła.* Lublin, Wydawnictwo KUL.

Najlepszy start dla twojego dziecka (1995). Warszawa, Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.

Natanson Th. (1979). *Wstęp do nauki muzykoterapii.* Wrocław, Wydawnictwo Ossolineum.

Nathanson B. (2000). *Dłoń Boga.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Nawroczyński B. (1935). Współczesne prądy pedagogiczne. W: S. Łempicki, W. Gottlieb, B. Suchodolski, J. Włodarski (red.), *Encyklopedja Wychowania* (t. 1, cz. 2). Warszawa, Wydawnictwo „Nasza Księgarnia" Związku Nauczycielstwa Polskiego.

Nawroczyński B. (1938). *Polska myśl pedagogiczna. Jej główne linie rozwojowe, stan współczesny i cechy charakterystyczne.* Lwów–Warszawa, Książnica Atlas.

Naziri D., De Coster L. (2006). The experience of perinatal parenthood and the construction of paternal identity. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20 (3): 263-280.

Nees-Delaval B. (1994). *Będziemy rodzicami.* Warszawa, Wydawnictwo Muza.

Nehring-Gugulska M. (2004). *Warto karmić piersią.* Warszawa, Wydawnictwo Optima.

Neldam S. (1980). Fetal movements as an indicator of fetal wellbeing. *Lancet*, 7 (1): 1222-1224.

Neugebauer K. (1989). Stanowisko Sekcji Psychologii Prenatalnej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w sprawie naturalnego porodu i zapewnienia więzi z dzieckiem przy porodzie. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, Supl.: 93-96.

Ney P.G. (1997). *Deeply Damaged.* Third Edition, Pioneer Publishing, Victoria, Canada.

Ney P.G., Fung T., Wickett A.D. (1993). Relationship between induced abortion and child abuse and neglect: Four studies. *Pre- and Perinatal Psychology Journal of PANA*, 8 (1): 43-64.

Ney P.G., Peeters M.A. (1995). *Głęboko zranieni.* T. 1-2. (tłum. M. i A.Winkler). Victoria, Canada, Pioneer Publishing.

Niebrój L. (1997). *U początku ludzkiego życia.* Wydawnictwo Naukowe PAT.

Niemirowski T. (2008). *Od poczęcia do przebóstwienia. Zarys teorii rozwoju człowieka.* Płock, Płocki Instytut Wydawniczy.

Niewęgłowski J. (2005). Prawo i bezprawie wobec dziecka w perspektywie pedagogiki chrześcijańskiej. W: J. Bińczycka, B. Smolińska-Theiss (red), *Wymiary dzieciństwa. Problemy dziecka i dzieciństwa w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 17-27). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Nijhuis J.G. (red.) (1992). *Fetal Behaviour. Developmental and Perinatal Aspects.* Oxford, Oxford University Press.

Nikčević A.V., Kuczmierczyk A.R., Nicolaides K.H. (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (3): 283-290.

Nikitorowicz J. (2008). Problemy paradygmatu współistnienia w warunkach wielokulturowości. Zadania i możliwości edukacji międzykulturowej. *Teraźniejszość – Człowiek – Kultura*, 3 (43): 7-25.

Nilsson I., Hamberger L. (1995). *Rodzi się dziecko.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Nilsson L., Ingelman-Sundberg A., Wirsén C. (1985). *Życie przed narodzeniem.* Warszawa, Instytut Rodziny.

Nitecka E., Staszewska D., Pietkiewicz-Rok E. (1987). *Miłość od poczęcia.* Warszawa, Pusty Obłok.

Nowacka E. (2008). Analgezja i anestezja położnicza – wybrane zagadnienia. W: Złoty Jubileusz Szkół rodzenia w Polsce. *Materiały z Konferencji „Profesor Włodzimierz Fijałkowski i jego dzieło".* 16-17.05.2008 Łódź, s. 15-45.

Nowak A.J. (1992). *Osobowość sakramentalna.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Nowak A.J. (2005). *Psychologia eklezjalna.* Lublin, Wydawnictwo KUL.

Nowak I. (2000). *Wychowanie do życia w rodzinie. Program nauczania w klasach gimnazjalnych szkoły specjalnej dla dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim.* Poznań, Oficyna Współczesna.

Nowak J. (red.) (2008). *Meandry wykluczenia społecznego.* Warszawa, WSP TWP.

Nowak M. (1990). Dyskusje nad pedagogiką jako nauką. *Roczniki Nauk Społecznych*, 18 (2): 71-80.

Nowak M. (1993). Metoda hermeneutyczna w pedagogice. *Roczniki Nauk Społecznych*, 21 (2): 49-58.

Nowak M. (1995). Od tradycyjnej pedagogiki ogólnej ku nowym wyzwaniom dla badań nad podstawami edukacji. W: T. Hejnicka-Bezwińska (red.), *Pedagogika ogólna. Tradycja – teraźniejszość – nowe wyzwania* (s. 107-126). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Nowak M. (1999). *Podstawy pedagogiki otwartej. Ujęcie dynamiczne w inspiracji chrześcijańskiej.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Nowak M. (2000). Antropologiczne podstawy wychowania zdrowotnego. W: T. Kulik, I. Wrońska (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych* (s. 115-125). Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Nowak M. (2004). Pedagogika personalistyczna. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 232-247). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Nowak M. (2006a). Badanie sytuacji i możliwości wychowawczych środowiska rodzinnego – zadaniem pedagogiki rodziny. W: B. Kiereś, M. Nowak, D. Opozda (red.), *Wybrane zagadnienia teorii i praktyki pedagogiki rodziny* (s. 137-161). Lublin, Poligrafia Inspektoratu Towarzystwa Salezjańskiego.

Nowak M. (2006b). Tożsamość kulturowa jako podstawa i element strategii edukacyjnej w relacjach wielokulturowych. W: T. Lewowicki, E. Grodzka-Mazur (red.), *Z teorii i praktyki edukacji międzykulturowej* (s. 57-68). Cieszyn–Warszawa, UŚ, WSP ZNP w Warszawie.

Nowak M. (2008a). Przedmiot pedagogiki w kontekście jej wyzwań i założeń. W: K. Rubacha (red.), *Konceptualizacje przedmiotu badań pedagogiki* (s. 73-90). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Nowak M. (2008b). *Teorie i koncepcje wychowania.* Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Nowak M., Ożóg T., Rynio A. (red.) (2003). *W trosce o integralne wychowanie.* Lublin, Wydawnictwo KUL.

Nowak S. (1985). *Metodologia badań społecznych.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Nowotarska-Romaniak B. (2008). *Marketing usług zdrowotnych. Koncepcja i stosowanie.* Warszawa, Wolters Kluwer Polska – ABC.

Nyborg H. (1994). *Hormones, Sex, and Society: The Science of Physicology.* Westport, CT, Praeger Publishers/Greenwood Publ. Group, Inc.

Nyman M., Westgren M. (1989). Maternal perception of sound-provoked fetal movements in low-risk pregnancies during the third trimester. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96 (5): 566-567.

Obuchowska I. (2004). Adolescencja. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 163-201). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

O'Leary J.M., Gaziano C., Thorwick C. (2006). Born after loss: The invisible child in adulthood. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (1): 3-23.

Oakley A., Hickey D., Rajan L., Rigby A.S. (1996). Social support in pregnancy: Does it have long-term effects? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14 (1): 7-22.

Odent M. (1993). Man, the womb and the sea: The roots of the symbolism of water. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 7 (3): 187-193.

Odent M. (1997). *Odrodzone narodziny. Czym poród może i powinien być?* Warszawa, Niezależna Oficyna Wydawnicza.

Odent M. (2006a). The long term consequences of how we are born. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (2): 179-201.

Odent M. (2006b). Womb ecology: new reasons and new ways to prepare the prenatal environment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20 (3): 281-289.

Odent M. (2007). The function of joy in pregnancy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (4): 307-313.

Oklińska A. (2008). Genetyka molekularna drogowskazem dla pedagogiki – dywagacje nad metodą oceny fenotypowej M. Montessori na przykładzie autyzmu. *Edukacja Zdrowotna*, 6 (2): 81-86.

Okoń W. (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Okoński W. (1947). *Wielka tajemnica*. Warszawa, Skład Główny Światowid.

Okrzesik M., Okrzesik J. (2007). *Piersią spoko. Poradnik mamy karmiącej*. Kraków, Wydawnictwo Fides.

Olbrycht K. (1999). *Edukacja aksjologiczna*. T.4. Katowice, Wydawnictwo UŚ.

Olbrycht K. (2000). *Prawda, dobro i piękno w wychowaniu człowieka jako osoby*. Katowice, Wydawnictwo UŚ.

Olbrycht K. (red.) (1994). *Edukacja aksjologiczna. Wymiary – kierunki – uwarunkowania*. Katowice, Wydawnictwo UŚ.

Olearczyk T. (2001). *Prawa dziecka we współczesnej praktyce życia społecznego*. Częstochowa, Wydawnictwo Edukator Akademii Polonijnej.

Olechnowicz H. (1999). O elementarnym kształceniu najmłodszych dzieci. W: H. Olechnowicz (red.), *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego* (s. 51-70). Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Oleszczuk J., Mierzyński R. (2001). Zanim urodzi się dziecko. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 5 (4), Supl. I: 157-161.

Oleś P. (1996). Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem. W: A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.), *Studia z Psychologii w KUL* (t. 8, s. 249-265). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Oleś P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Oleś P., Drat-Ruszczak K. (2008). Osobowość. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. I, s. 651-764). Gdańsk, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.

Olubiński A. (1998). *Realizacja funkcji opiekuńczej*. Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

Olubiński A. (2001). *Tożsamość oraz dylematy pedagogiki opiekuńczej*. Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

Oniszczenko W. (red.) (2002). *Geny i środowisko a zachowanie. Zbiór tekstów*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Oniszczenko W., Dragan W.Ł. (2008). *Genetyka zachowania w psychologii i psychiatrii.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Opozda D. (2001). *Integracja rodziny a wiedza o małżeństwie u młodzieży.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Opozda D. (2003a). Świadomość wychowawcza rodziców. W: R. Piwowarski (red.), *Dziecko – nauczyciel – rodzice. Konteksty edukacyjne* (s. 155-163). Białystok-Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych.

Opozda D. (2003b). Wybrane problemy pedagogiki rodziny jako subdyscypliny pedagogicznej. W: S. Kawula, E. Marynowicz-Hetka, A. Przecławska (red.), *Pedagogika społeczna w perspektywie europejskiej. Przeszłość – teraźniejszość – przyszłość* (s. 85-91). Olsztyn, Oficyna Wydawnicza Kastalia.

Opozda D. (2006). Znaczenie poczucia tożsamości płciowej w realizacji ról rodzicielskich w okresie średniej dorosłości. W: J. Majchrzak-Mikuła, J. Saran (red.), *Rodzina i jej wartości w wielokulturowym społeczeństwie Europy* (s. 131-138). Ryki, Wydawnictwo WSUPiZ w Rykach.

Opozda D. (2007). Wiedza rodziców o wychowaniu podstawą planowania edukacji. W: D. Opozda (red.), *Rodzicielstwo. Wybrane zagadnienia kontekstów edukacyjnych* (s. 47-57). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Opozda D. (2008). Podstawowe wymiary wychowania w rodzinie. *Roczniki Nauk Społecznych*, 36 (2): 117-127.

Oppenheim R. (1997). Przygotowanie do rodzicielstwa. W: B. Chazan (red.), *Położnictwo w praktyce lekarza rodzinnego* (s. 42-47). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Ossowski R. (1998). Nauczyciel – wychowawca w edukacji specjalnej. W: M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna. Wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości* (s. 35-41). Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Osterloff W. (1921). *Rozwój umysłu i uczuć dziecka. Psychologia dziecka.* Łódź, Księgarnia L. Fiszera.

Ostrowska K. (2000). *W poszukiwaniu wartości.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Ostrowska K., Ryś M. (red.) (1999). *Wychowanie do życia w rodzinie. Książka dla nauczycieli, rodziców i wychowawców.* Warszawa, CMPP MEN.

Ostrowska U. (2006). Aksjologiczne podstawy wychowania. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika.* T. 1. *Podstawy nauk o wychowaniu* (s. 391-415). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Overall Ch. (1990). Selective termination of pregnancy and women's reproductive autonomy. *The Hastings Center Report*, 20 (3): 6-11.

Ozimek E. (2000). *Wychowanie do życia w rodzinie. Program nauczania dla szkoły podstawowej V i VI klasy.* Poznań, Oficyna Współczesna.

Ożóg T. (1993). Podstawowe elementy Maritainowskiej filozofii wychowania. W: F. Adamski (red.), *Poza kryzysem tożsamości. W kierunku pedagogiki personalistycznej* (s. 157-171). Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Palka S. (red.) (2004). *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych.* Kraków, Wydawnictwo UJ.

Panthuraamphorn Ch. (1998a). Environmental influences on human brain growth and development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 12 (3-4): 163-174.

Panthuraamphorn Ch. (1998b). Prenatal infant stimulation program. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 12 (3-4): 135-162.

Parette H. P., Hourcade J. J. (1983). Early intervention: A conflict of therapist and educator. *Perceptual and Motor Skills*, 57 (3, Pt 2): 1056-1058.

Parette H.P., Hourcade J.J. (1985). Parental participation in early therapeutic intervention programs for young children with cerebral palsy: An unresolved dilemma. *Rehabilitation Literature*, 46 (1-2): 2-7.

Parker J., Stimpson J. (2003). *Rodzeństwo. Rywalizacja i miłość.* Poznań, Dom Wydawniczy REBIS.

Pastuszka J. (1971). *Historia psychologii.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Paszkowski T., Torres A., Szkodziak P. (2004). Teratologia kliniczna. W: T. Paszkowski (red.), *Patologia wczesnej ciąży* (s. 11-37). Lublin, IZT Sp.

Pawłucki A. (1996). *Pedagogika wartości ciała.* Gdańsk, Wydawnictwo Uczelniane AWF w Gdańsku.

Pawłucki A. (2002). Personalizm dla pedagogiki zdrowia. W poszukiwaniu modelu edukacji międzykulturowej. W: E. Malewska, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie* (s. 243-250). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Pawłucki A. (2007). *Osoba w pedagogice ciała. Prawo pokoju olimpijskiego.* Gdańsk–Olsztyn, Olsztyńska Szkoła Wyższa im. J. Rusieckiego.

Pecchenino E. H., St. John J. (1983). Let your fingers do the walking. *Academic Therapy*, 19 (1): 5-10.

Pelletier L. (1988). Personal Statement: The Challenge of Cerebral Palsy: Familial Adaptation and change. W: P.W. Power, A.H. dell Orto, M.B. Gibbons (red.), *Family Interventions Throughout Chronic Illness and Disability* (s. 54-59). Springer Series on Rehabilitation, Vol. 7. New York, Springer Publishing Co, Inc.

Perez B. (1890, 1899). *Psychologia dziecka. Trzy pierwsze lata życia.* Warszawa, Gebetner i Wolff.

Perez B. (1882). Zdolności noworodka (Recenzja M.W.). *Prawda* 2: 389.

Perry D.F., DiPietro J., Costigan K. (1999). Are women carrying „basketballs" really having boys? Testing pregnancy folklore. Birth, 26 (3): 172-177.

Peters T.J., Golding J., Lawrence C.J., Fryer J.G., Chamberlain G.V., Butler N.R. (1984). Delayed onset of regular respiration and subsequent development. *Early Human Development*, 9 (3): 225-239.

Peterson B.D., Newton C.R., Rosen K.H., Skaggs G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21 (9): 2443-2249.

Peterson G. (1996). Childbirth: The ordinary miracle. Effects of devaluation of childbirth on women's self-esteem and family relationships. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 11 (2): 101-109.

Pickering M., Saunders P. (1998). Do fetuses feel pain? *Nucleus*, (1): 2-3.

Piechowiak M. (1996). Moralne aspekty medycznego wspomagania prokreacji – uwagi dla ustawodawcy. W: T. Smyczyński (red.), *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne* (s. 93-111). Poznań, Wydawnictwo NAKOM.

Piechowiak M. (1999). Status dziecka poczętego. Czy Konwencja Praw Dziecka jest neutralna w sprawie prawa do życia nie narodzonych? *Ethos*, 45-46: 290-299.

Piechowiak M. (2008). Konstytucyjna ochrona życia dzieci nienarodzonych. O próbie nowelizacji Konstytucji RP. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 169-189). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Piekarski J. (1992). *Międzypokoleniowa transmisja wartości w środowisku rodzinnym małego miasta.* Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Pike S. (1998). Czym jest promocja zdrowia? W: S. Pike, D. Forster (red.), *Promocja zdrowia dla wszystkich* (s. 3-16). Lublin, Wydawnictwo Czelej.

Pilch T., Bauman T. (2001). *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Pilch T., Lepalczyk I. (red.) (1995). *Pedagogika społeczna: człowiek w zmieniającym się świecie.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Piontelli A. (1992). *From Fetus to Child: An Observation and Psychoanalytical Study.* London, Routledge.

Piorunek M. (2000). Stres w biografii człowieka. Inspiracje dla profilaktyki i promocji zdrowia. W: D. Głowacka (red.), *Promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe* (s. 111-130). Poznań, Wydawnictwo WOLUMIN.

Pisarski T. (2002). Wpływ zachowań ginekologa na stan emocjonalny pacjentki. *Ginekologia Praktyczna*, 4 (67): 4-9.

Pisula W. (2000). Psychologia ewolucyjna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 179-204). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Pisula W., Oniszczenko W. (2008). *Genetyka zachowania i psychologia ewolucyjna.* W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 303-338). Gdańsk, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.

Pitt S.E., Bale E.M. (1995). Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. *Bulletin of American Academy of Psychiatry and Law*, 23 (3): 375-386.

Plomin R., De Fries J.C., McCIearn G.E., McGuffin P. (2001). *Genetyka zachowania.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Plopa M. (2004). *Psychologia rodziny. Teoria i badania.* Elbląg, Wydawnictwo Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej.

Plopa M. (2007). *Więzi w małżeństwie i rodzinie.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Płodność, odpowiedzialne rodzicielstwo, zdrowie rodziny (2001). Supl. 5 (4). *Medycyna Wieku Rozwojowego.*

Pollock P.H., Percy A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23 (12): 1345-1357.

Pomykało W. (1993). Dziecko. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* (s. 152-158). Warszawa, Fundacja Innowacja.

Popielski K. (1994). *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia.* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Popper K.R. (1999). Prawda, racjonalność i rozwój wiedzy naukowej. W: *Droga do wiedzy. Domysły i refutacje* (s. 363-421). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Popper K.R. (1977/1934). *Logika odkrycia naukowego.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Poprawa R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-141). Wrocław, Wydawnictwo UWr.

Poraj G., Rostowski J. (red.) (2003). *Zagrożenia życia rodzinnego.* Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Poręba A., Dutkiewicz D., Drygalski M. (2002). Reakcje płodu na stymulację wybranymi rodzajami muzyki. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia.* Supl., 20: 31-37.

Poręba P. (1974). Opieka duszpasterska nad matką brzemienną. *Ateneum Kapłańskie,* 3 (395): 439-463.

Pornografia a wychowanie do odpowiedzialnego rodzicielstwa (1993). Warszawa, Instytut Wydawniczy PAX.

Poród nowoczesny (2002). VII Ogólnopolskie Sympozjum. Tychy, 10-11.05.2002. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia.* Supl. XXV.

Poród wydarzeniem rodzinnym (1995). Warszawa, Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.

Posacki A. (1998). *Okultyzm, magia, demonologia.* Kraków, Wydawnictwo M.

Postman N. (2001). *W stronę XVIII stulecia. Jak przeszłość może doskonalić naszą przyszłość.* Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy.

Pośpiech P. (1993). Reakcje psychoseksualne kobiet po przebytej operacji usunięcia macicy z przydatkami lub bez przydatków. *Problemy Lekarskie,* 32 (3-4): 469-474.

Potocki A. (1997). Pornografia – wyzwanie dla wychowawców. *Paedagogia Christiana,* 1: 199-220.

Potthoff S.H. (1991). Erfahrungen mit haptonomischen Behandlung von Frauen mit gestöten Schwangerschaften. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies,* 3-4: 299-306.

Pottinger A.M., McKenzie C., Fredericks J., DaCosta V., Wynter S., Everett D., Walters Y. (2006). Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for In Vitro Fertilization treatment. *The West Indian Medical Journal,* 55 (4): 237-242.

Powolny M., Kowalska M., Lewandowski M. (1989). Analiza porównawcza przebiegu porodu po przygotowaniu w szkole rodzenia. *Annales Academiae Medicae Silesiensis,* Supl.: 251-259.

Półturzycki J. (2001). Od indoktrynacji do demokratycznej edukacji humanistycznej. W: A. Nalaskowski, K. Rubacha (red.), *Pedagogika u progu trzeciego tysiąclecia* (s. 147-164). Toruń, Wydawnictwo UMK.

Prechtl H.F.R. (1993). Principles of Eearly Motor Development in the Human. W: A.F. Kalverboer, B. Hopkins, R.H. Geuze (red.), *Motor Development in Early and Later Childhood: Longitudinal Approaches* (s. 35-50). Cambridge, England, Cambridge University Press.

Pretorius D.H., Gattu S.J.E., Hollenbach K., Newton R., Hull A., Carmona S., D'Agostini D., Nelson T.R. (2006). Preexamination and postexamination assessment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4-dimensional obstetric ultrasonography. *Journal of Ultrasound Medicine,* 25: 1411-1421.

Preyer W. (1895). *Rozwój umysłowy dziecka od pierwszego dnia życia.* Warszawa, T. Paprocki i Spółka.

Preyer W. (1984). *Die Seele des Kindes Beobachtungen uber die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren.* Leipzig, T. Grieben.

Pringle D.G. (1998). Hypothesized foetal and early life influences on adult heart disease mortality: An ecological. *Social Science and Medicine*, 46 (6): 683-693.

Promińska E. (1987). *Płeć człowieka. Biologiczne podstawy różnic.* Wrocław, Wydawnictwo Ossolineum.

Provine R.R. (1993). Prenatal Behavior Development: Ontogenetic Adaptations and Nonlinear Processes. W: G.J.P. Savelsbergh (red.), *The Development of Coordination in Infancy. Advances in Psychology* (vol. 97, s. 203-236). Amsterdam, North-Holland/ Elsevier Science Publishers.

Przecławska A. (1993). Personalistyczne odniesienia pedagogiki społecznej. (Propozycje i pytania). W: F. Adamski (red.), *Poza kryzysem tożsamości. W kierunku pedagogiki personalistycznej* (s. 127-133). Kraków, Wydawnictwo Naukowe PAT.

Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M. (2005). *Psychologia rozwoju człowieka.* T. 1. *Zagadnienia ogólne.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Przybyliński S. (red.) (2006). *Pomiędzy teorią a praktyką. Dyskursy pedagogiki specjalnej.* Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Puddifoot, J.E., Johnson, M.P. (1999). Active grief, despair, and difficulty coping: Some measured characteristics of male response following their partner's miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (1): 89-93.

Pulikowski J. (1997). *Warto żyć zgodnie z naturą.* Wrocław, Oficyna Współczesna.

Putyński L. (1997). Lęk porodowy, jego istota i metoda pomiaru. *Acta Universitatis Lodziensis, Folia Psychologica*, 1: 147-152.

Pyles M.K., Stolz H.R., Macfarlane J.W. (1985). The accuracy of mothers' reports on birth and developmental data. *Child Development*, 6: 165-176.

Pyrzyk A. (2002). *Prekursorzy pedagogiki opiekuńczej (J.H. Pestalozzi, J. Korczak, A. Makarenko, J. Babicki).* Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Queyrat F. (1902). *Logika dziecka i jej kształcenie.* Warszawa, Drukarnia M. Arcta.

Racław-Markowska M. (2000). Od jednorodności do różnorodności: modernizacja rodzin w Polsce. *Problemy Rodziny*, 6: 22-29.

Radlińska H. (1947). *Oświata dorosłych. Zagadnienia, dzieje, formy, pracownicy, organizacje.* Warszawa, Ludowy Instytut Oświaty i Kultury.

Radlińska H. (1961). *Pedagogika społeczna.* Warszawa, Wydawnictwo Ossolineum.

Radlińska H. (1978). *Oświata i kultura wsi polskiej. Wybór pism.* Oprac. H. Brodowska, L. Wojtczak. Warszawa, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza.

Radomański T., Milart P., Radomański T., Skawiński S., Słupczyński S. (1993). Ocena wybranych czynników środowiskowych w przypadkach straty wczesnej ciąży. *Ginekologia Polska*, Supl.: 38-41.

Radowicki S. (1984). *Ciąża, poród, połóg.* Warszawa,Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Radziewicz-Winnicki A. (2008). *Pedagogika społeczna w obliczu realiów codzienności.* Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

Raith E., Frank P., Freundl G. (1997). *Naturalne metody planowania rodziny.* Warszawa, Springer.

Ramirez R. Alvaro E. (1983). Musicoterapia: Origenes, fundamento y aplicaciones. *Perspectivas en Psicologia*, 2 (1-2): 83-102.

Rank O. (1924/ 2007). *Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse.* Leipzig, Internationaler Psychoanalytischer Verlag/ Gießen, Psychosozial Verlag.

Raphael-Leff J. (1985). Facilitators and regulators, participators and renouncers: Mothers' and fathers' orientations towards pregnancy and parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4 (3): 169-184.

Raphael-Leff J., Perelberg R.J. (red.) (1997). *Female Experience: three generations of British Women Psychoanalysts on work with women.* London, New York, Routledge.

Raport ICAP 3, Wrzesień 1997.

Rathus S.A. (2006). *Psychologia współczesna.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Rauenhorst J.M. (2001). Factors influencing mother-infant attachment during pregnancy: A qualitative investigation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (6-B): 2993.

Rausch H. (1987). Unerwünschtheit von Schwangerschaften als Realität und gesellschaftliches Tabu. W: P.G. Fedor-Freybergh (red.), *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin* (s. 573-582). München, Saphir.

Rayburn W.F., Mc Kean H.E. (1980). Maternal perception of fetal movement and perinatal outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 56 (2): 161-164.

Read G.D. (1933). *Natural Childbirth.* London, Heinemann.

Read G.D. (1943). *Revelation of Childbirth.* London, Heinemann.

Read G.D. (1944/1972). *Childbirth without fear: The original approach to natural childbirth.* New York, Harper & Row.

Read G.D. (1946). Correlation of physical and emotional phenomena of natural labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire*, 53: 55-61.

Read G.D. (1951). *The Principles and Practice of Natural Childbirth.* London, Heinemann.

Reid M. (2007). The loss of a baby and the birth of the next infant: The mother's experience. *Journal of Child Psychotherapy*, 33 (2): 181-201.

Reiner J. (2001). *Cudowna droga ku życiu. Kronika 38-tygodniowej podróży na świat.* Warszawa, Wydawnictwo SOLIS.

Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. *Ginekologia Polska*, 2005, 76 (7): 517-527.

Relier J.P. (1994). *Pokochać je nim się narodzi. O więzi matka – dziecko przed urodzeniem.* Warszawa, Wydawnictwo Ancher.

Renfrew M., Fisher Ch., Arms S. (1995). *Piersią najlepiej.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Revardel J.L. (1995). Haptonomie et Psychopédagogie en milieu universitaire. *Présence Haptonomique. Actes du 2ème Congrès d'Haptonomie. 18-19 novembre*, 3: 63-74.

Revardel J.L. (2003). *L'Univers Affectif, Haptonomie et pensée moderne.* Paris, Presses Universitaires de France.

Reynolds J.L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (6): 831-835.

Rice P.L. (2000). Rooming-in and cultural practices: Choice or constraint? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1): 21-32.

Riley L. (2005). Neonaticide: A grounded theory study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 12 (4): 1-42.

Roan S. (1997). A Losing Gamble. When a pregnant woman drinks, she plays roulette with her baby's life. Stats show that the number of imbibing moms-to-be is increasing – and researches just don't know why. *Los Angeles Times*, 11.06.1997.

Robbers M. L.P. (2008). The caring equation: An intervention program for teenage mothers and their male partners. *Children and Schools*, 30 (1): 37-47.

Robson P. (1997). *Narkotyki*. Kraków, Medycyna Praktyczna.

Rocławski B. (1998). *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk, Wydawnictwo Glottispol.

Rodzicielstwo bez porażek (1998). Warszawa, Stowarzyszenie na rzecz Naturalnego Rodzenia i Karmienia.

Rogóż M. (1981). Wpływ postawy badacza na sposób opisu stanów patologicznych. *Zeszyty Naukowe UJ*, 33: 95-112.

Rosen D., Seng J.S., Tolman R.M., Mallinger G. (2007). Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. *Journal of Interpersonal Violence*, 22 (10): 1305-1314.

Rosenblith J.F., Sims-Knight J.E. (1985). *In the Beginning. Development in the First Two Years of Life*. Monterey, CA, Brooks/Cole Publishing Company.

Rossi N. (1987). La ricerca psichologica di fronte alla vita fetale. Prospettive e metodi indagine. *Eta Evolutiva*, 26: 65-70.

Rostowska T. (1995). *Transmisja międzypokoleniowa w rodzinie w zakresie wybranych wymiarów osobowości*. Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Rostowska T. (2003a). Psychologiczne uwarunkowania dojrzałości do małżeństwa i rodzicielstwa. W: A. Kalus (red.), *W świecie dziecka sieroconego i rodziny adopcyjnej* (s. 217-232). Opole, Wydawnictwo Wydziału Teologicznego UO.

Rostowska T. (2003b). *Dojrzałość osobowa jako uwarunkowanie życia małżeńskiego i rodzinnego*. W: I. Janicka, T. Rostowska (red.), *Psychologia w służbie rodziny* (s. 45-55). Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Rostowska T. (2009). Wsparcie społeczne a jakość życia człowieka. W: H. Marzec, Cz. Wiśniewski (red.), *Rodzina na początku III tysiąclecia – obraz przeszłości i teraźniejszości* (s. 11-20). Piotrków Trybunalski, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie.

Rostowski J. (1987). *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rostowski J., (1990). Koncepcja czynników drugiego stopnia integracji i dezintegracji związku małżeńskiego. W: M. Ziemska (red.), *Z badań nad integracją małżeństwa i rodziny* (s. 208-225). Warszawa, Centralny Program Badań Podstawowych CPBP 09.02.

Rötzer J. (1994). *Naturalna regulacja poczęć*. Poznań, Wydawnictwo TCh. Hlondianum.

Rötzer J. (2005). *Sztuka planowania rodziny*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza Vocatio.

Rowid H. (1920a). *Podstawy pedagogiki Trentowskiego*. Lwów, Książnica Atlas.

Rowid H. (1920b). *Z metodyki wypracowań pisemnych: zbiorek wolnych ćwiczeń dzieci*. Lwów, Księgarnia Polska.

Rowid H. (1923). *Psychologia pedagogiczna. Podręcznik dla młodzieży przygotowującej się do zawodu nauczycielskiego*. Warszawa, Gebethner i Wolff.

Rowid H. (1926/1958). *Szkoła twórcza: podstawy teoretyczne i drogi urzeczywistnienia nowej szkoły*. Warszawa, Spółdzielna Wydawniczo-Handlowa Książka i Wiedza.

Rowid H. (1933). *System daltoński w szkole powszechnej: z zagadnień współczesnej metodyki.* Warszawa, Gebethner i Wolff.

Rowid H. (1935). *Zagadnienia autonomii w wychowaniu.* Kraków, P. Mitręga.

Rowid H. (1936). *Środowisko i jego funkcja wychowawcza.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Rowid H. (1937 cz. I, 1938 cz. II, wyd. III). *Psychologia pedagogiczna.* Kraków, Gebethner i Wolff.

Rowid H. (1946). *Podstawy i zasady wychowania.* Warszawa, Wydawnictwo Oświatowe Wspólna Sprawa.

Roye C.F., Balk S.J. (1996). The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and their children: A review. *Journal of Adolescence Health*, 19 (2): 86-93.

Rucki T. (1996). Medyczne uwarunkowania wspomaganego rozrodu. W: T. Smyczyński (red.), *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne* (s. 47-49). Poznań, Wydawnictwo Nakom.

Rugh R., Shettles L.B. (1979, 1988). *Od poczęcia do narodzin.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rusecki M. (1994). Ku personalizmowi chrześcijańskiemu. *Przegląd Uniwersytecki KUL*, 3 (29): 6-7, 28.

Rustico M. A., Mastromatteo C., Grigio M., Maggioni C., Gregori D., Nicolini U. (2005). Two-dimensional vs. two- plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: A randomized study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 25 (5): 468-472.

Rybak G. G. (2006). *Chcę karmić piersią.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Rymkiewicz W. (1995). Seks i metafizyka. *Przegląd Filozoficzny*, Nowa Seria, 4: 145-158.

Rymsza M. (red.) (2001). *Samotne macierzyństwo i polityka społeczna.* Warszawa, Instytut Spraw Publicznych.

Rynio A. (1999). *Pedagogika katolicka. Zagadnienia wybrane.* Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli.

Rynio A. (2004). *Integralne wychowanie w myśli Jana Pawła II.* Lublin, Wydawnictwo KUL.

Rynio A. (2007). Wychowanie osoby w nauczaniu Jana Pawła II. W: *Rozprawy naukowe* (s. 11-32). Tom I. Biała Podlaska, PWSZ im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Ryś M. (1992). *Wpływ dzieciństwa na późniejsze życie w małżeństwie i rodzinie: Studium psychologiczne.* Warszawa, Wydawnictwo Fundacji ATK.

Ryś M. (1998). *O miłości, małżeństwie i rodzinie. Przygotowanie do życia w rodzinie dla młodzieży szkół ponadpodstawowych.* Warszawa, Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna ADAM.

Rzepka J. (red.) (2003). *Zagadnienia prorodzinnej edukacji seksuologicznej.* Mysłowice, Wydawnictwo GWSP.

Safjan M. (1990). *Prawo wobec ingerencji w naturę ludzkiej prokreacji.* Warszawa, Uniwersytet Warszawski.

Safjan M. (1998). *Prawo i medycyna.* Warszawa, Oficyna Naukowa.

Salamucha A. (2004). Czy genetyka zachowania może stać się nauką pomocną pedagogiki? *Edukacja Humanistyczna*, 1-2: 84-89.

Salisbury A., Law K., La Gasse L., Lester B. (2003). Maternal-fetal attachment. *JAMA*, 289 (13): 1701.

Sandelowski M. (1994). Separate, but less equal: foetal ultrasonography and the transformation of expectant mother/fatherhood. *Gender and Society*, 8 (2): 230-245.

Sander J.H., Rosen J.L. (1987). Teenage fathers: Working with the neglected partner in adolescent childbearing. *Family Planning Perspectives*, 19 (3): 107-110.

Sanders C.M. (2001). *Jak przeżyć stratę dziecka*. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Saunders E. (1989). Neonaticides following „secret" pregnancies: seven case reports. *Public Health Report*, 104 (4): 368-372.

Saviani-Zeoti F., Petean E.B.L. (2007). Breaking bad news: Doctors' feelings and behaviors. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2): 380-387.

Scardino M., Gsell E., Cilumbriello A., Zichella L. (1992). The mother as the child's first family: I. Hypnosis cognitively integrated with group analysis. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4 (3/4): 187-195.

Schaffer H.R. (2005). *Psychologia dziecka*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schier K. (1992). Analiza występowania i znaczenia fantazji pre- i perinatalnych u dzieci w procesie terapii psychoanalitycznej. *Nowiny Psychologiczne*, 3: 103-107.

Schindler S. (1982). *Geburt – Einntritt in eine neue Welt*. Göttingen, Hogrefe.

Schindler S. (1987). Das neue Bild vom Ungeborenen: Zum Konzept einer Entwicklungspsychologie der Pränatalzeit. W: P.G. Fedor-Freybergh (red.), *Die pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen* (s. 1-14). München, Saphir.

Schindler S. (1998). Towards a scientific approach to prenatal psychology. From twilight to dialogue. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 10, 4: 415-428.

Schmidt K. (1999). Programmed at birth. *New Scientist*, 163, 2195: 26-31.

Schmücker E.E. (1987). Kultivation und Ritualisation von Schwangerschaft und Geburt. W: P.G. Fedor-Freybergh (red.), *Die pränatale und perinatale Psychologie und Medizin* (s. 115-123). München, Saphir.

Schneider M.L., Moore C.F., Kraemer G.W., Roberts A.D., De Jesus O.T. (2002). The impact of prenatal stress, fetal alcohol exposure, or both on development: perspectives from a primate model. *Psychoneuroendocrinology*, 27: 285-298.

Schönholzer S.M., Götzmann L., Zimmermann R., Buddeberg C. (2000). Psychologische Aspekte der Ultraschalluntersuchung während der Schwangerschaft. *Gynakologisch-geburtshiffliche Rundschau*, 40 (3-4): 119-124.

Schooyans M. (1991). *Aborcja a polityka*. Lublin, Instytut Jana Pawła II KUL.

Schuster-Brink C., Mennen P., Rosch E., Veit E. (1997). *Poradnik młodych rodziców*. Warszawa, Wydawnictwo Świat Książki.

Schwabenthan S., Weigert V. (1994). *Dziewczęta. Poradnik dla nastolatek*. Wrocław, Wydawnictwo Metrum.

Schwartz L. (1980/1991). *The World of the Unborn: Nurturing Your Child Before Birth*. New York, R. Marek Publisher.

Schwarzer R., Knoll N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology*, 42 (4): 243-252.

Scott D.A. (1995). *Pornografia. Jej wpływ na rodzinę, społeczeństwo, kulturę.* Gdańsk, HLI-Europa.

Sears W., Sears M. (2001). *Karmię piersią.* Warszawa, Wydawnictwo Egmont.

Sears W., Sears M. (2001) *The Attachment Parenting Book: A Commonsense Guide to Understanding and Nurturing Your Baby.* Boston, Little, Brown and Company.

Seligman M.E.P. (2000). Positive Psychology. W : J.E. Gillham (red.), *The Science of Optimism and Hope: Research Essays in honor of Martin E.P. Seligman* (s. 415-422). Philadelphia, Templeton Foundation Press.

Seligman M.E.P. (2005). *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia.* Poznań, Media Rodzina.

Senay E.C., Wexler S. (1972). Fantasies about the fetus in wanted and unwanted pregnancies. *Journal of Youth and Adolescence*, 1 (4): 333-337.

Sendecka A. (1992). Wpływ przygotowania w szkole rodzenia na karmienie naturalne. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 305-309). Lublin, PTP.

Sęk H., Cieślak R. (red.) (2005). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk H. (1988). Psychologiczne problemy ginekologii i położnictwa. W: M. Jarosz (red.), *Psychologia lekarska* (s. 398-410). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Sękowska Z. (1985). *Pedagogika specjalna.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sgreccia E. (1994). Sztuczna prokreacja a eugenizm. *Ethos*, 3 (27): 93-114.

Sgreccia E., Styczeń T., Gula J., Ritter C. (1999). *Medycyna i prawo: za czy przeciw życiu?* Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Sharps P.W., Laughon K., Giangrande S.K. (2007). Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health. *Trauma Violence Abuse*, 8 (2): 105-116.

Sheridan Ch.L., Radmacher S.A. (red.) (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia.* Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Sherwen L.N. (1987). *Psychosocial Dimensions of the Pregnant Family.* New York, Springer Publishing Co., Inc.

Shieh C., Kravitz M. (2002). Severity of drug use, initiation of prenatal care, and maternal-fetal attachment in pregnant marijuana and cocaine/heroin users. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35 (4): 499-508.

Shieh C., Kravitz M., Wang H.H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 17: 448-454.

Shinn M. (1900). *The biography of a baby.* Boston, Houghton Mifflin.

Shipp T.D., Shipp D.Z., Bromley B., Sheahan R., Cohen A., Lieberman E., Benacerraf B. (2004). What factors are associated with parents' desire to know the sex of their unborn child? *Birth*, 31 (4): 272-279.

Siddiqui A., Hägglöf B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development*, 59 (1): 13-25.

Siddiqui A., Hägglöf B., Eisemann M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18 (1): 67-74.

Sidor B. (2001). Trudności przeżywane przez rodzinę dziecka z niepełnosprawnością umysłową. W: D. Kornas-Biela (red.), *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości* (s. 393-405). Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Sidor B. (2005). Osoba niepełnosprawna jako podmiot działań rehabilitacyjnych w świetle nauczania Jana Pawła II. W: M. Nowak, C. Kalita (red.), *Pedagogiczna inspiracja w nauczaniu Jana Pawła II* (s. 455-462). Biała Podlaska, PWSZ im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.

Sidor B. (2006). Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością w świetle nauczania Jana Pawła II. W: J. Śledzianowski, T. Sakowicz (red.), *Jan Paweł II stróżem ludzkiej rodziny* (s. 139-148). Kielce, Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Akademii Świętokrzyskiej.

Sidor B. (2008). Uwarunkowania efektywności wczesnego wspomagania rozwoju dziecka zagrożonego niepełnosprawnością. W: Z. Palak, A. Bujnowska (red.), *Kompetencje pedagoga specjalnego* (s. 238-246). Lublin, Wydawnictwo UMCS.

Siegel K., Anderman S.J., Schrimshaw E.W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16: 631-653.

Sienkiewicz T. (2008). Status prawny dziecka niepełnosprawnego. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 259-270). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Sikorski M., Sikorska A. (1997). Percepcja prenatalna w świetle ekologii prokreacji. *Ginekologia Polska*, 68 (5b): 160-163.

Simon W., Gajowy M. (2002). Terapia grupowa IIPLCARR dla osób doświadczających następstw przemocy, zaniedbania i straty ciąży. *Psychiatria Polska*, 36 (6): 929-944.

Simon W. (2003). Konsekwencje aborcji u kobiet. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet* (s. 78-96). Kraków, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Simpson J., Rholes S.W. (2002). Attachment orientations, marriage, and the transition to parenthood. *Journal of Research in Personality*, 36 (6): 622-628.

Singer P., Wells D. (1988). *Dzieci z próbówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji.* Warszawa, Wiedza Powszechna.

Singh C.G., Sidhu M.K. (2008). Daily fetal movement count chart: reducing perinatal mortality in low risk pregnancy. *Medical Journal Armed Forces of India*, 64: 212-213.

Sioda T. (1989). *Karmienie piersią.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Sito A. (1989). Próba oceny kształcenia rodziców oczekujących dziecka. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, Supl.: 261-266.

Siwiak E. (2005). Wokół płodności kobiety. *Zeszyty Naukowe INER*, 3.

Sklansky M., Tang A., Levy D., Grossfeld P., Kashani I., Shaughnessy R., Rothman A. (2002). Maternal psychological impact of fetal echocardiography. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 15 (2): 159-166.

Skowrońska-Zbierzchowska A. (2008). Rozwijanie sieci wsparcia społecznego właściwą odpowiedzią na problemy nastoletnich rodziców. *Przegląd Pedagogiczny*, 2: 97-105.

Skreczko A. (2002). Troska Kościoła katolickiego w Polsce o małżeństwo i rodzinę w okresie

Wielkiej Nowenny (1957-1966). *Studium teologiczno-pastoralne.* Białystok, Wydawnictwo UwB.

Skrzydlewski W.B. (1998). *Planowanie rodziny – uyzwanie moralne.* Kraków, Wydawnictwo M.

Skulicz D. (2004). Pedagogika a nauki medyczne. W: S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 69-79). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Slany K. (2002a). *Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie.* Kraków, Zakład Wydawniczy NOMOS.

Slany K. (2002b). *Profile współczesnej rodziny.* Kraków, Wydawnictwo UJ.

Slany K. (2003). Przemiany w sferze małżeństwa i rodziny w ponowoczesnym świecie. W: *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa* (s. 136-140). Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Slany K. (2005). Modele życia rodzinnego. *Znak*, 57 (2): 29-40.

Słomko Z. (red.) (1985). *Medycyna perinatalna.* T. I. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Słomko Z. (red.) (1986). *Medycyna perinatalna.* T. II. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Słońska Z., Misiuna M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów.* Warszawa, Agencja Promo-Lider.

Smith A. (1983). *Ciało.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Smith A. (1989). *Umysł.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Smith C.V., Davis S.A., Rayburn W.F.J. (1992). Patients' acceptance of monitoring fetal movement. A randomized comparison of charting techniques. *The Journal of Reproductive Medicine*, 37 (2): 144-146.

Smoleński S. (1971). Norma personalistyczna. *Analecta Cracoviensia*, 3: 309-319.

Smolińska-Theiss B. (1993). *Dzieciństwo w małym mieście.* Warszawa, Wydział Pedagogiczny UW.

Smolińska-Theiss B. (1997). Odkrywanie dziecka i dzieciństwa. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 2 (97): 9-12.

Smolińska-Theiss B. (2002). Dzieciństwo. Zmieniająca się kategoria społeczna. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, 4: 3-8.

Smotherman W.P., Robinson S.R. (1988). *Behavior of the Fetus.* Caldwell, NJ, The Telford Press.

Smyczyński T. (red.) (1996). *Wspomagana prokreacja ludzka. Zagadnienia legislacyjne.* Poznań, Wydawnictwo Nakom.

Smykowski B. (1989). Faza w rozwoju gatunku czy narodziny indywidualności? *Nowiny Psychologiczne*, 5-6: 49-63.

Sokal U. (2005). *Więzi uczuciowe dorosłych dzieci z rodzicami w rodzinach rozwiedzionych.* Kraków, Wydawnictwo Impuls.

Sokołowski T. (2005). Prawo dziecka urodzonego w wyniku zastosowania technik wspomaganej prokreacji do poznania swojego pochodzenia. W: J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganej prokreacji* (s. 131-136). Poznań, Wydział Prawa i Administracji UAM.

Sołtysiak E. (2005). Wpływ masy ciała i stosowanych używek na zaburzenia płodności u kobiet. *Ginekologia Polska*, 12: 991-994.

Sossin K.M. (1993). Pre- nad postnatal repercussions of handicapping conditions upon the narcissistic line of development. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 7 (3): 195-213.

Speck O. (2005). *Niepełnosprawni w społeczeństwie. Podstawy ortopedagogiki.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Spencer P. (1998). *Macierzyństwo. Ciąża i poród.* Olszanica, Wydawnictwo BOSZ.

Spinelli M. G. (2003). The Promise of Saved Lives: Recognition, Prevention, and Rehabilitation. W: M.G. Spinelli (red). *Infanticide: Psychosocial and Legal Perspectives on Mothers who Kill* (s. 235-255). Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, Inc.

Spink K. (2008). *Jean Vanier i Arka. Cud, przesłanie i historia.* Kraków, Wydawnictwo Znak.

Spionek H. (1975). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Społeczeństwo i moralność. Studia z katolickiej nauki społecznej i socjologii moralności. Tarnów, Wydawnictwo Biblos.

Stachowski R. (1999). Nowa psychologia Ruchu Nowej Ery czy nowy „zalew czarnego mułu okultyzmu"? W: A. Brzezińska, K. Bondyra, J. Wycisk (red.), *New Age – nowe oświecenie?* (s. 57-89). Poznań, Wydawnictwo Humaniora.

Stainton M.C. (1985). The fetus: A growing member of the family. Family Relations. *Journal of Applied Family and Child Studies*, 34 (3): 321-326.

Stainton M.C. (1990). Parents' awareness of their unborn infant in the third trimester. *Birth*, 17 (2): 92-96.

Stankiewicz R. (2002). *Nauczyciel – opiekun – wychowawca* (tradycje, teraźniejszość, nowe wyzwania). Poznań–Zielona Góra. Wydawnictwo ERIDITUS.

Stelmaszuk Z.W. (1999). Nowe spojrzenie na rodzinę. W: Z.W. Stelmaszuk (red.), *Współczesne kierunki w opiece nad dzieckiem. Wybór tekstów* (s. 163-184). Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Stelmaszuk Z.W., Kolankiewicz M. (2004). Opieka nad dzieckiem. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku* (t. III, s. 838-851). Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Stephenson P.A., Wagner M.G. (1993). Reproductive rights and the medical care system: A plea for rational health policy. *Journal of Public Health Policy*, 14 (2): 174-182.

Sternadel Z. (1979). *Czy jestem w ciąży?* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Sternadel Z. (1984). *Kobieta, mężczyzna, dziecko.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Stępkowski D. (2008). Dyskurs między pedagogiką a historią wychowania (głos nie do końca egzoteryczny). *Teraźniejszość – Człowiek – Wychowanie*, 4 (44): 7-25.

Stochmiałek J. (1993) (red.). *Kierunki rozwoju współczesnej pedagogiki opiekuńczej i socjalnej.* Częstochowa, WSP.

Stochmiałek J. (1998). Pomoc pedagogiczna wobec kryzysów życiowych. W: J. Stochmiałek (red.), *Pedagogika wobec kryzysów życiowych* (s. 31-51). Warszawa–Radom, Instytut Technologii Eksploatacji.

Straś-Romanowska M. (2001). I Konferencja Psychologów *Life-Span*: między psychologią rozwojową a psychologią rozwoju. *Przegląd Psychologiczny*, 44 (1): 93-103.

Strelau J. (1978). *Rola temperamentu w rozwoju psychicznym.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Strelau J., Zawadzki B. (2008). Psychologia różnic indywidualnych. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. I, s. 765-846). Gdańsk, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne.

Strojnowska B. (1992). Zagadnienia psychologii prenatalnej w przygotowaniu do małżeństwa. W: A. Biela, Cz. Walesa (red.), *Problemy współczesnej psychologii* (s. 293-298). Lublin, PTP.

Strzelecki Z. (2003a). Europa-Polska. Stan i pespektywy demograficzne (1980-2050). W: *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa* (s. 27-36). Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Strzelecki Z. (red.) (2003b). *Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Polska a Europa.* Warszawa, Rządowa Rada Ludnościowa, Rządowe Centrum Studiów Strategicznych.

Studencki S.M. (1931). *Jak obserwować dzieci.* Warszawa, Wydawnictwo Nasza Księgarnia.

Studzińska-Niedoborek A., Tkaczuk-Włach J., Jakiel G. (2004). Współczesne poglądy bezdzietnych kobiet na adopcję oraz wybrane metody rozrodu wspomaganego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska,* sectio D. vol. LIX, supl. XIV: 281-285.

Sturrock W.A., Johnson J.A. (1990). The relationship between childbirth education classes and obstetrics outcome. *Birth,* 17 (2): 82-85.

Styczeń T. (1991a). Dlaczego obrona życia nie narodzonego. W: J.W. Gałkowski, J. Gula, *W imieniu dziecka poczętego* (s. 138-145). Rzym–Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Styczeń T. (red.) (1991b). *Nienarodzony miarą demokracji.* Lublin, Biblioteka „Ethosu", t. 1.

Su L.L., Chong Y.S. (2006). Common modalities for routine antepartum foetal monitoring: are they evidence-based? *Singapore Medical Journal,* 47 (10): 830-835.

Suchodolska J. (2006). Edukacja międzykulturowa – jedną z dróg rozwoju tożsamości ja w zróżnicowanym świecie społecznym. W: T. Lewowicki, E. Grodzka-Mazur (red.), *Z teorii i praktyki edukacji międzykulturowej* (s. 249-260). Cieszyn-Warszawa, UŚ, WSP ZNP w Warszawie.

Suchodolski B. (1985). *Pedagogika. Podręcznik dla kandydatów na nauczycieli.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Suchodolski B. (2003). *Edukacja permanentna: rozdroża i nadzieje.* Warszawa, Towarzystwo Wolnej Wszechnicy Polskiej.

Sujak E. (1985). *Kontakt psychiczny w małżeństwie i rodzinie.* Wrocław, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej TUM.

Sully J. (1901 wyd. 1, 1926 wyd. 2., 1926 wyd. 3). *Dusza dziecka.* Warszawa, Księgarnia J. Lisowskiej.

Summersgill P. (1995). Rodzący mężczyzna, czyli odwet odepchniętych ojców. W: J. Aleksander, V. Levy, S. Roch (red.), *Praktyka położnicza* (s. 110-128). Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Sundby J., Schmidt L., Heldaas K., Bugge S., Tanbo T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology,* 28 (2): 115-20.

Sutcliffe J. (1994). *Baby Bonding. Giving your Child a Secure Start to Life.* London, Virgin Publishing Ltd.

Swanson K.M., Connor S., Jolley S.N., Pettinato M., Wang T.J. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health*, 30 (1): 2-16.

Sweeney J., Bradbard M.R. (1988). Mothers' and fathers' changing perceptions of their male and female infants over the course of pregnancy. *Journal of Genetic Psychology*, 149: 393-404.

Syrek E. (2001). Zdrowie w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej. W: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania* (s. 39-46). Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne KOWEZ.

Szahaj A. (1996). Co to jest postmodernizm? *Ethos*, 33-34: 63-78.

Szawarski Z. (1987a). Etyka i przerywanie ciąży. W: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (s. 169-201). Warszawa, Spółdzielnia Wydawniczo-Handlowa Książka i Wiedza.

Szawarski Z. (1987b). Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi. W: Z. Szawarski (red.), *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (s. 202-242). Warszawa, Spółdzielnia Wydawniczo-Handlowa Książka i Wiedza.

Szawarski Z. (red.) (1987c). *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*. Warszawa, Spółdzielnia Wydawniczo-Handlowa Książka i Wiedza.

Szawarski Z. (1996). Probably no pain in the absence of 'self'. *Student British Medical Journal*, 4 (46): 418-421.

Szczawińska M. (2000). *Razem czy osobno? Poród rodzinny*. Kraków, Wydawnictwo AZ.

Szczepaniec-Cięciak E. (2004). Relacje między pedagogiką a ekologią na przykładzie nauczania i wychowania dla zrównoważonego rozwoju. W: S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 233-268). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Szczepanowicz M. (1992). *Miłość możliwa jest*. Kraków, Wydawnictwo WAM.

Szczepanowicz M. (1998). *Pełny smak życia. O miłości małżeńskiej i naturalnym planowaniu rodziny*. Kraków, Wydawnictwo WAM.

Szczepańska M., Łuczak-Wawrzyniak J.K., Skrzypczak J.M., Kądziołka M., Bręborowicz G.H., Hepner K. (2001). Complications during pregnancy and labor in women after 35 years of age. *Archives of Perinatal Medicine*, 7 (1): 35-37.

Szenajch W. (1917). *Zasady organizacji opieki nad dziećmi: do użytku lekarzy, urzędników państwowych i samorządowych oraz działaczy społecznych*. Warszawa, Wydawnictwa Referatu Hygjeny Społecznej Dziecka, nr 1.

Szenajch W. (1918, wyd. 3/1950). *Rady dla matek o karmieniu i pielęgnowaniu niemowląt*. Warszawa, Wydawnictwa Opieki Państwowej nad Dzieckiem i Matką, nr 3 (wyd. 7, 1950, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL).

Szenajch W. (1945). *Myśli przewodnie w organizacji opieki nad dziećmi w Polsce*. Warszawa, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy.

Szewczyk T. (2006). Pedagogika zdrowia. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*. T. 3. *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej* (s. 337-359). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Szkudlarek T. (2004). Pedagogika międzykulturowa. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 415-424). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Szkudlarek T., Śliwerski B. (1991). *Wyzwania pedagogiki krytycznej i antypedagogiki.* Kraków, Wydawnictwo Impuls.

Szmeja Z., Słomko Z., Sikorski K., Sowiński, H. (1979). The risk of hearing impairment in children from mothers exposed to noise during pregnancy. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 1: 221-229.

Szostek A. (1989). „Nie będziesz zabijał!". *Ethos*, 5: 137-146.

Szpak S., Heszen-Niejodek I. (2002). Duchowość i lęk a przebieg porodu. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia.* Supl. XXV: 302-311.

Sztuka karmienia piersią (1997). Poznań, La Leche League International.

Szuman S. (1947). *Psychologia wychowania wieku szkolnego.* Kraków, Wiedza – Zawód – Kultura.

Szyc A. (1890). *Rozwój pojęciowy dziecka w okresie lat 6-12: badania nad dziećmi.* Warszawa, Księgarnia Vendego i Spółki.

Szyc A. (1901). *Jak badać umysł dziecka? O zadaniach i metodach psychologii dziecka.* Warszawa, Wydawnictwo M. Arcta.

Szyc A. (1910). *Pedologia, czyli nauka o dziecku.* Warszawa, Tłocznia Wł. Łazarskiego.

Szyc A. (1915). *O powinnościach nauczyciela i jego kształceniu.* Warszawa, Księgarnia J. Lisowskiej.

Szyc A. (1917). *Ogólne zasady nauczania z zastosowaniem dla potrzeb szkoły elementarnej.* Warszawa, Księgarnia J. Lisowskiej.

Szymański A. (2007a). Polskie doświadczenie zmiany prawa regulującego dopuszczalność aborcji. W: K. Szymański (red.), *Europa – aborcja – prawa rodziców. Prawa reprodukcyjne – fakty nie ideologia* (s. 69-79). Wrocław–Bruksela, Parlament Europejski.

Szymański K. (2007b). *Europa – aborcja – prawa rodziców. Prawa reprodukcyjne – fakty – nie ideologia.* Wrocław–Bruksela, Parlament Europejski.

Szymański W. (1998). Hipotrofia płodu. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia.* Supl. XXV: 263-269.

Szymański Z. (red.) (2004). *Płodność i planowanie rodziny. Kompendium dla pracowników służby zdrowia oraz instruktorów poradnictwa zawodowego.* Szczecin, Wydawnictwo Pomorskiej AM.

Szymkiewicz-Dangel J. (2008). Trudne decyzje w perinatologii. W: E. Sowińska, E. Szczurko, T. Guz, P. Marzec (red.), *Dziecko. Studium interdyscyplinarne* (s. 460-468). Lublin, Wydawnictwo KUL.

Szymona-Pałkowska K. (2005). *Psychologiczna analiza doświadczeń rodziców w sytuacji ciąży wysokiego ryzyka.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Ślipko T. (1994). *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Śliwerski B. (1997). Konstytucja a prawa dziecka. *Społeczeństwo Otwarte*, 2: 35-40.

Śliwerski B. (2002). Dziecko jako centralna postać pedagogiki i zmiany społecznej (Na przykładzie trzech podejść do socjalizacji i wychowania dziecka). W: E. Malewska, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie* (s. 717-730). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Śliwerski B. (2003). *Współczesne teorie i nurty wychowania.* Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Śliwerski B. (2004). Wstęp. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 185-195). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Śliwerski B. (red.) (2006a). *Pedagogika.* T. 3. *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Śliwerski B. (2006b). Wprowadzenie do pedagogiki. W: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika.* T. 1. *Podstawy nauk o wychowaniu* (s. 79-113). Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne.

Śniadecki J. (1997). *O fizycznym wychowaniu dzieci. Ze wstępem Macieja Demela.* Gdańsk, Wydawnictwo Uczelniane AWF w Gdańsku.

Świda-Ziemba H. (2008). Paradoksy postaw etycznych młodzieży licealnej i studenckiej. W: J. Mariański, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 143-162). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Świderska M., Jewtuch-Budzyńska I. (2008). *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania. Ogólne zagadnienia rozwoju biologicznego.* Łódź, Wydawnictwo WSzHE.

Tarnowski J. (1993). O użyteczności niektórych kategorii personalistycznych dla pedagogiki. *Kultura i Edukacja*, 2 (4): 29-34.

Tchorzewski A.M. (red.) (1993a). *Wychowanie w kontekście teoretycznym.* Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Tchorzewski A.M. (red.) (1993b). *Z problematyki metodologicznej teorii wychowania.* Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Tchorzewski A.M. (2004). Obszary refleksji i badań pedagogicznych nad rodziną. W: A.W. Janke (red.), *Pedagogika rodziny na progu XXI wieku. Rozwój, przedmiot, obszary refleksji i badań* (s. 50-59). Toruń, Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT.

Teleżyńska A., Kubicka U. (2002). *Przewodnik po szkołach rodzenia i poradniach laktacyjnych.* Warszawa, Wydawnictwo Fundacji „Rodzić po Ludzku".

Thaithumyanon P., Limpongsanurak S., Praisuwanna P., Punnahitanon S. (2005). Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 88 (11): 1506-1513.

Theis W. (2001). *Mała ojczyzna. Kultura. Edukacja. Rozwój lokalny.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

This B. (2001). La vie affective prénatale. *Présence Haptonomique*, 6: 27-34.

Thornberry T.P., Smith C.A., Howard J. (1997). Risk factors for teenage fatherhood. *Journal of Marriage and the Family*, 59 (3): 505-522.

Tiedemann D. (1787). *Beobachtungen über die Entwicklung der Seelerfähigkeiten bei Kindern.* Altenburg.

Tjio J.H., Levan A. (1956). The chromosome number of man. *Hereditas*, 42: 1-6.

Tomlinson B., White M.A., Wilson M.E. (1990). Family dynamics during pregnancy. *Journal of Advanced Nursing* 15 (6): 683-688.

Tomlinson P.S. (1987). Spousal differences in marital satisfaction during transition to parenthood. *Nursing Research* 36 (4): 239-243.

Toporska A. (2008). Wiedza kobiet na temat zachowań zdrowotnych w okresie ciąży i połogu. *Chowanna*, 2 (31): 79-94.

Torowska J. (1997). Perspektywy wykorzystania zabytkowych parków w edukacji dorosłych. W: T. Aleksander (red.), *Teraźniejszość i przyszłość edukacji dorosłych* (s. 177-183). Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek.

Trautmann-Villalba P., Hornstein C. (2007). Tötung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit. *Der Nervenarzt* 78 (11): 1290-1295.

Trča S. (1986). *Będziemy mieć dziecko.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Trempała E., Cichosz M. (2001). *Pedagogika społeczna. Tradycje – teraźniejszość – uzyzwania.* Olecko, Wszechnica Mazurska.

Trentowski B. (1922/1842). *Chowanna.* Łódź, Nakładem Księgarni Ludwika Fiszera.

Troszyński M. (red.) (2005). *Naturalne planowanie rodziny. Podręcznik dla nauczycieli naturalnego planowania rodziny.* Warszawa, Wydawnictwo Bonami.

Trout M. (1991). Perinatal depression in four women reared by borderline mothers. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 5 (4): 297-325.

Trybulski J.A. (2005). The long-term phenomena of women's postabortion experiences. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (5): 559-576.

Trzebiński, J. (red.) (2002). *Narracja jako sposób rozumienia świata.* Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Trzeciakowska A. (2005). Psychologiczne konsekwencje zastosowania technik wspomaganej medycznie prokreacji na powstałą rodzinę. W: J. Haberko, M. Łączkowska (red.), *Prawne, medyczne i psychologiczne aspekty wspomaganej prokreacji* (s. 64-69). Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Tsujino J. (2004). Factors related to maternal violence: Longitudinal research from prenatal to age four. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health,* 18 (3): 241-253.

Turlejska B. (2004). Społeczno-kulturowy horyzont wiedzy pedagogicznej. W: S. Palka (red.), *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych* (s. 157-163). Kraków, Wydawnictwo UJ.

Turner J.R.G., Turner-Groot T.G.N. (2007). Global perspectives: Urgency for prenatal education. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 21 (4): 341-362.

Turner J.R.G., Turner-Groot T.G.N. (1998). Conception: A vital link to relationship in prenatal psychology. *The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 10 (1): 29-37.

Turos L. (1999). *Andragogika ogólna.* Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak.

Twardowska-Rajewska J. (red.) (2007). *Senior w domu: opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem.* Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Tyszka Z. (1980). Socjologiczny punkt widzenia w badaniach nad rodziną. W: Z. Tyszka (red.), *Metodologiczne problemy badań nad rodziną* (s. 11- 24). Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Tyszka Z. (1991). *Z metodologii badań socjologicznych nad rodziną.* Poznań, Wydawnictwo MEN.

Tyszka Z. (2001). *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian.* Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Tyszka Z. (2002). *Współczesne rodziny w świecie.* Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM.

Tyszkowa M., Przetacznik-Gierowska M. (1996). Wybrane koncepcje i teorie rozwoju psychicznego człowieka. W: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne* (s. 189-221). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Urbaniak-Zając D. (2004). Badania interpretacyjne w pedagogice. W: T. Lewowicki (red.), *Pedagogika we współczesnym dyskursie humanistycznym* (s. 135-148). Warszawa–Kraków, Wydawnictwo WSP ZNP, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Vallone D.C., Hoffman L.M. (2003). Preventing the tragedy of neonaticide. *Holistic Nursing Practice*, 17 (5): 223-228.

Van de Carr F.R., Lehrer M. (1998). Prenatal University: Commitment to fetal – family bonding and the strengthening of the family unit as an educational institution. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 12 (3): 119-134.

Van den Bergh B.R.H. (1988). The Relationship Between Maternal Emotionality During Pregnancy and the Behavioral Development of the Fetus and Neonatus. W: P. Fedor-Freybergh, P.M.V. Vogel (red.), *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* (s. 131-142). Lancs, The Parthenon Publ. Group.

Van den Bergh B.R.H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 5 (2): 119-130.

Van den Bergh B.R.H. (1992). Maternal Emotions During Pregnancy and Fetal and Neonatal Behaviour. W: J.G. Nijhuis (red.), *Fetal Behaviour. Developmental and Perinatal Aspects* (s. 157-178). Oxford, Oxford University Press.

Van den Bergh B.R.H., Mulder E.J.H., Mennes M., Glover V. (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29 (2): 237-258.

Van de Velde M., Jani J., De Buck F., Deprest J. (2006). Fetal pain perception and pain management. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 11 (4): 232-236.

Vanier J. (1985a). *Wspólnota. Wybór pism.* Kraków–Warszawa–Struga, Wydawnictwo Michalineum.

Vanier J. (1985b). *Wspólnota miejscem radości i przebaczenia.* Paris, Édition du Dialogue.

Vanier J. (1988). *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich do życia w prawdziwej miłości.* Kraków, Wydawnictwo WAM.

Vanier J. (1993). *Zranione ciało.* Warszawa, Wydawnictwo Księży Marianów.

Vanier J. (1999). *Każda osoba jest historią świętą.* Poznań, Wydawnictwo W drodze.

Vanier J. (2001). *Odkryć nasze człowieczeństwo.* Kraków, Wydawnictwo Kairos.

Van Ijzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. (1995). Międzypokoleniowa transmisja przywiązania. Zarys ujęcia kontekstowego. *Kwartalnik Polskiej Psychologii Rozwojowej*, 3 (4): 9-29.

Varma R. (2002). Technological fix: sex determination in India. *Bulletin of Science, Technology and Society*, 22 (1): 21-30.

Vaughan Ch. (1997). *Jak zaczyna się życie czyli 9 miesięcy w łonie matki.* Warszawa, Wydawnictwo Bis.

Vedova A.D., Tomasoni V., Imbasciati A. (2006). Mother-fetus communicative relationship: A longitudinal study on 58 primiparae and their children during the first eighteen months. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 20 (3): 249-262.

Veldman F. (1992). Haptonomie – Die Wissenschaft von den Grundlagen der Affektivität. *The International Journal of Prenatal Psychology and Medicine*, 1/2: 87-100.

Veldman F. (1994). Confirming affectivity, the dawn of human life. *The International Journal of Prenatal Psychology and Medecine*, 6 (1): 11-26.

Veldman F. (2001). *Haptonomie. Science de l'Affectivité: Redécouvrir l'Humain.* Paris, Presses Universitaires de France.

Veldman F. (2004). *Haptonomie – Amour et Raison.* Paris, Presses Universitaires de France.

Velfle T. (1938). Życie płciowe młodzieży akademickiej. *Eugenika Polska*, 2: 101-125.

Verhellen E. (1999). Prawa dziecka w Europie. Perspektywa ogólna i zakres problematyki. W: Z.W. Stelmaszuk (red.), *Współczesne kierunki w opiece nad dzieckiem.* Warszawa, Wydawnictwo Żak.

Verhellen E. (2002). Prawa dziecka. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3-4: 59-75.

Verny T.R. (1988). *Parenting Your Unborn Child.* Toronto, Doubleday.

Verny T.R., Weintraub P. (1991/2000). *Nurturing the Unborn Child: A Nine-Month Program for Soothing, Stimulating, and Communicating with Your Baby.* Milford, CT, Olmstead Press.

Verny T.R., Kelly J. (1981). *The Secret Life of the Unborn Child.* USA, Summit Books; Canada, Collins.

Verny T.R. (1996). Womb Ecology/World Ecology. W: R. Klimek, P.G. Fedor-Freybergh, L. Janus, E. Walas-Skolicka (red.), *A Time to be Born* (s. 75-80). Cracow, DREAM Publishing Company, Inc.

Villeneuve C., Laroche C., Lippman A., Marrache M. (1988). Psychological aspects of ultrasound imaging during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33 (6): 530-536.

Vucinovic M., Roje D., Vucinovic Z., Capkun V., Bucat M., Banovic I. (2008). Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: Our ten-year experience. *Yonsei Medical Journal*, 49 (5): 705-713.

Wadhwa P.D. (1998). Prenatal Stress and Life-Span Development. W: H.S. Friedman (red.), *Encyclopedia of Mental Health* (s. 265-280). San Diego, Academic Press.

Wadhwa P.D., Glynn L., Hobel C.J., Garite T.J., Porto M., Chicz-DeMet A., Wiglesworth A.K., Sandman C.A. (2002). Behavioral perinatology: Biobehavioral processes in human fetal development. *Regulatory Peptides*, 108 (2-3): 149-157.

Wagenaar K., Huisman J., Cohen-Kettenis P.T., Adelemarre-van De Waal H. (2008). An overview of studies on early development, cognition, and psychosocial well-being in children born after in vitro fertilization. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29 (3): 219-30.

Wakschlag L.S., Hans S.L. (2000). Early Parenthood in Context: Implications for Development and Intervention. W: Ch. H. Zeanah (red.), *Handbook of Infant Mental Health* (s. 129-143). New York, Guilford Press.

Waldenström U., Hildingsson I., Rubertsson Ch., Rdestad I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31 (1): 17-27.

Waldenström U., Nilsson C.A., Winbladh B. (1998). The Stockholm Birth Centre trial: Maternal and infant outcome. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 53 (1): 12-13.

Walker M. K. (1992). Maternal reactions to fetal sex. *Health Care Women International*, 13 (3): 293-302.

Walker M.K., Conner G.K. (1993). Fetal sex preference of second-trimester gravidas. *Journal of Nurse-Midwifery*, 38 (2): 110-113.

Wałachowska M. (2003). Macierzyństwo zastępcze w systemie common law. *Państwo i Prawo* 8: 97-107.

Warzywoda-Kruszyńska W., Szukalski P. (red.) (2004). *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim.* Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Watson, J. B. (1928). *Psychological Care of Infant and Child.* New York, W. W. Norton & Co.

Watson J.B. (1963). *Behaviorism.* Chicago, The University of Chicago Press.

Watson J.B. (1990/1925). *Behawioryzm.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wawrzyniak M. (1983). *Mianownictwo embriologiczne.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Weaver R.H., Cranley M.S. (1983). An exploration of paternal-fetal attachment behaviour. *Nursing Research*, 32: 68-72.

Weinstock M. (1997). Does prenatal stress impair coping and regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 21, 1: 1-10.

Weiss S.J. (2005). Haptic perception and the psychosocial functioning of preterm, low birth weight infants. *Infant Behavior and Development*, 28 (3): 329-359.

Weiss S.J., Goebel P.W. (2003). Parents' touch of their preterm infants and its relationship to their state of mind regarding touch. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 17 (3): 185-202.

Wernic H. (1879/1883). Biografia dziecka. *Ateneum*, XVI, 4 (4): 484-511.

Wernic L. (1936). Rola eugeniki w wychowaniu. *Zagadnienia Rasy*, 2: 145-151.

Weryński H. (1930). *U progu uświadamiania. Wskazówki dla matek i wychowawców.* Lubiń, Wydawnictwo św. Wojciecha.

Westgren M., Almstrom H., Nyman M., Ulmsten U. (1987). Maternal perception of sound-provoked fetal movements as a measure of fetal well-being. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 94 (6): 523-527.

Węglarczyk G. (1996). Przekazywanie życia. W: T. Król (red.), *Wędrując ku dorosłości. Przygotowanie do życia w rodzinie dla uczniów starszych klas szkoły podstawowej* (s. 128-145). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

White T., Matthey S., Boyd K., Barnett B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (2): 107-120.

Whitty J.E., Garfinkel D.A., Divon M.Y. (1991). Maternal perception of decreased fetal movement as an indication for antepartum testing in a low-risk population. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165 (4 Pt 1): 1084-1088.

Wiaderek W. (2008). W służbie oświacie. Życie i działalność Henryka Rowida – W 131 rocznicę urodzin. *Przegląd Historyczno-Oświatowy*, 1-2: 146-165.

Wiatrowski Z. (1995). Miejsce pedagogiki ogólnej w kompleksie nauk pedagogicznych. W: T. Hejnicka-Bezwińska (red.), *Pedagogika ogólna. Tradycja – teraźniejszość – nowe wyzwania* (s. 55-61). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Wieczorek W., Flader E., Krupa R., Płońska J., Zaremba A. (red.) (2008). *Naturalne planowanie rodziny w ujęciu wybranych dyscyplin naukowych.* Lublin, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej Gaudium.

Wilheim J. (1992). The emergence of early prenatal traumatic imprints in psychoanalytical practice – from preconception to birth. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 4 (3/4): 179-186.

Wilk J. (2002). *Pedagogika rodziny. Zagadnienia wybrane.* Lublin, Wydawnictwo Poligrafia Salezjańska.

Wilk J. (1999). Refleksja nad wartością rodziny. W: R. Kamiński, S.J. Koza, L. Skorupa, K. Święs (red.), *W służbie wartościom* (s. 563-577). Kielce, Wydawnictwo Jedność.

Williams K., Umberson D. (1999). Medical technology and childbirth: Experiences of expectant mothers and fathers. *Sex Roles*, 41: 147-168.

Winestine M.Ch. (1989). To know or not to know: Some observations on women's reactions to the availability of prenatal knowledge of their babies' sex. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37: 1015-1030.

Winiarski M. (1997). Rodowód i zakorzenienie się w pedagogice społecznej pojęć: „wsparcie społeczne", „pomoc" i „opieka". *Edukacja*, 3 (59): 25-36.

Winkler A. (1999). Zranione macierzyństwo. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa* (s. 241-245). Lublin, Redakcja Wydawnictw KUL.

Winnicott D.W. (1993). *Dziecko, jego rodzina i świat.* Warszawa, Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.

Wirth F. (2001). *Prenatal Parenting: The Complete Psychological and Spiritual Guide to Loving Your Unborn Child.* New York, HarperCollins/ReganBooks.

Wiśniewska-Roszkowska K. (1986). *Ciąża – nowy człowiek w twoim życiu.* Wrocław, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej TUM.

Wiśniewska-Roszkowska K. (1998). *Wychowanie seksualne.* Wrocław, Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej TUM.

Witkowski T. (2000). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona.* Toruń, Wydawnictwo WIT-GRAF.

Włodarczyk E. (2008). Polka w sytuacji macierzyństwa. W trosce o osiąganie i spełnianie wartości macierzyństwa. *Chowanna*, 2 (31): 65-77.

Włodek-Chronowska J. (1998). Psychopedagogiczna diagnostyka prenatalna w profilaktyce niepowodzeń szkolnych. W: J. Łysek (red.), *Niepowodzenia szkolne* (s. 95-100). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Wojaczek K. (1998). *Kształtowanie katolickiej koncepcji małżeństwa w diecezjalnym Studium Rodziny: studium pastoralne.* Warszawa, Wydawnictwo ATK.

Wojciechowski A. (2004). Agatologiczna perspektywa niepełnosprawności (w świetle poglądów ks. prof. J. Tischnera). W: Cz. Kosakowski, A. Kruse (red.), *Rehabilitacja, opieka, edukacja specjalna w perspektywie zmiany.* Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Wojnar I. (1995). Pedagogika ogólna w świecie (wybrane problemy). W: T. Hejnicka-Bezwińska (red.), *Pedagogika ogólna, tradycja – teraźniejszość – nowe wyzwania (materiały pokonferencyjne)* (s. 95-105). Bydgoszcz, Wydawnictwo Uczelniane WSP.

Wojtyła K. (1986). *Miłość i odpowiedzialność.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Wojtyła K. (1991). *Człowiek w polu odpowiedzialności.* Rzym–Lublin, Instytut Jana Pawła II, KUL.

Wojtyła K. (1994). *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne.* Lublin, Towarzystwo Naukowe KUL.

Wolański N. (1981). *Czynniki rozwoju człowieka.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wolański N. (1983). *Rozwój biologiczny człowieka.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wolański N. (2008). *Ekologia człowieka. Podstawy ochrony środowiska i zdrowia człowieka.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wolański N., Siniarska A. (red.) (1983). *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wołończiej M.T. (2006a). Cognitive aspects of human well-being in the concept of work imprinted in Polish and German proverbs. W: *Journal for Perspectives of Economic, Political and Social Integration. Journal for Mental Changes*, 12 (1-2): 131-154.

Wołończiej M.T. (2006b). Cywilizacyjne przemiany koncepcji pracy. Współczesna kultura pracy i jej odzwierciedlenie w przysłowiach. W: B. Rożnowski, A. Biela, A. Bańka (red.), *Praca i organizacja w procesie zmian* (s. 140-164). Poznań, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.

Wołoszyn S. (1992). *Nauki o wychowaniu w Polsce w XX wieku. Próba zarysu encyklopedycznego.* Warszawa, Instytut Badań Edukacyjnych.

Wołoszyn S. (2004). Rozwój nowoczesnych systemów szkolnych w XIX wieku. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 133-154). Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wood D. (2006). *Jak dzieci uczą się i myślą.* Kraków, Wydawnictwo UJ.

Woynarowska B. (1994). *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia.* Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Woynarowska B. (2000). *Zdrowie i szkoła.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Woynarowska B., Kapica M. (2000). *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania.* Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne KOWEZ.

Woynarowska B., Sokołowska M. (red.) (2000). *Szkoła Promująca Zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat.* Warszawa, Wydawnictwo Edukacyjne KOWEZ.

Wójcik E. (1988). *Naturalna regulacja poczęć.* Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Wójcik W. (2008). Zaniedbanie prenatalne – wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia. *Chowanna*, 2 (31): 95-106.

Wrońska K. (2000). *Osoba* i wychowanie: wokół personalistycznej filozofii wychowania Karola Wojtyły. Kraków, Wydawnictwo UJ.

Wróbel J. (1999). *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych.* Kraków, Wydawnictwo Księży Sercanów.

Wróblewska A. (2008). Humanistyczno-antropologiczna ewolucja współczesnego nurtu pedagogiki kultury – konsekwencje dla teorii i praktyki. Warszawa, 25 czerwca 2008 roku. *Ruch Pedagogiczny*, 3-4: 67-69.

Wróblewska W. (2001). Wąż zamknięty czy otwarty? Młodzież w oczach demografa. *Ethos*, 55: 124-137.

Wujek T. (red.) (1996). *Wprowadzenie do andragogiki.* Warszawa, Wydawnictwo ITE.

Wundt (1908). *Grundzüge der physiologischen Psychologie.* Leipzig, Engelmann.

Wygotski L.S. (1926). *Piedagogitscheskaja psichologia.* Moskwa. Wydawnictwa brak. Wydanie anglojęzyczne: (1992). *Educational Psychology.* Introduced by V.V. Davydov. Translated by Robert Silverman. Florida: St. Lucie Press.

Wygotski L.S. (1989). *Myślenie i mowa.* Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Wygotski L.S. (1995/1933). Wczesne dzieciństwo. W: A. Brzezińska, T. Czub, G. Lutomski, B. Smykowski (red.), *Dziecko w zabawie i w świecie języka* (s. 16-53). Poznań, Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Wyrostkiewicz M. (2007). *Ekologia ludzka. Osoba i jej środowisko z perspektywy teologiczno-moralnej.* Lublin, Wydawnictwo KUL.

Yarcheski A., Mahon N.E., Yarcheski T.J., Hanks M.M., Cannella B.L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (5): 708-715.

Zadrożyńska A. (1988). *Powtarzać czas początku.* Część II: *O polskiej tradycji obrzędów ludzkiego życia.* Warszawa, Wydawnictwo Spółdzielcze.

Zajdel M., Siciński M. (1999). *Wychowanie do życia w rodzinie (w oparciu o naukę katolicką).* Częstochowa, EDUCATOR.

Zakrzewska-Manterys E. (2005). Dziecko niepełnosprawne – łamanie stereotypów nieszczęśliwego dzieciństwa i macierzyństwa. W: J. Bińczycka, B. Smolińska-Theiss (red.), *Wymiary dzieciństwa. Problemy dziecka i dzieciństwa w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 61-72). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Zaorska M. (2008). Paradygmaty współczesnej pedagogiki specjalnej – wymiar realizacyjny. *Edukacja Zdrowotna*, 5 (1): 9-19.

Zaręba S.H. (2008). Socjologiczne interpretacje moralnych poglądów i ocen polskiej młodzieży szkolnej i akademickiej. W: J. Mariański, L. Smyczek (red.), *Wartości, postawy i więzi moralne w zmieniającym się społeczeństwie* (s. 205-233). Kraków, Wydawnictwo WAM.

Zawada M. (2000). *Szkice do tajemnicy człowieka.* Kraków, Wydawnictwo Karmelitów Bosych.

Zawada M. (2002). *Droga do boskiej kontemplacji.* Kraków, Wydawnictwo Karmelitów Bosych.

Zawada M. (2004). *Narodziny z Boga.* Kraków, Wydawnictwo Karmelitów Bosych.

Zawadzka B. (2003). Edukacja zdrowotna jako jeden z priorytetów zreformowanej szkoły. *Edukacja*, 2 (82): 19-28.

Zawiślak A. (2003). Zawieranie związków małżeńskich przez osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym na przykładzie absolwentów szkół zawodowych specjalnych. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną.* Tom I. *Wybrane problemy osobowości rodzin i edukacji osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 165-171). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Zawiślak A. (2005). Jakość życia rodzinnego młodocianych i pełnoletnich matek z niepełnosprawnością intelektualną. W: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną* (s. 81-93). Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls.

Zaworska-Nikoniuk D. (2006). Marginalizacja starości w dobie późnonowoczesnego konsumeryzmu – spojrzenie feminologii na media masowe. W: K. Białobrzeska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej: wokół zagadnień teoretycznych* (s. 193-205). Toruń, Wydawnictwo Akapit.

Zdolność odczuwania bólu przed urodzeniem (2005). *Raport Komisji Specjalnej Brytyjskiego Parlamentu.* Gdańsk, HLI-Europa.

Zdzienicka J. (2007). *Karmimy małe dziecko.* Warszawa, Wydawnictwo Bis.

Zeanah C., Carr S., Wolk S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy. Are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8: 23-36.

Zeanah C.H., Keener M.A., Stewart L., Anders T.F. (1985). Prenatal perception of infant personality: A preliminary investigation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24: 204-210.

Zelenko M.A., Huffman L.C., Brown Jr., Byron W., Daniels K., Lock J., Kennedy Q., Steiner H. (2001). The child abuse potential inventory and pregnancy outcome in expectant adolescent mothers. *Child Abuse and Neglect*, 25 (11): 1481-1497.

Ziembiński Z. (1992). *O pojmowaniu sprawiedliwości*. Lublin, Instytut Wydawniczy Daimonion.

Ziemska M. (red.) (2005). *Rodzina współczesna*. Warszawa, Wydawnictwa UW.

Złoty Jubileusz Szkół rodzenia w Polsce. *Materiały z Konferencji „Profesor Włodzimierz Fijałkowski i jego dzieło"*, 16-17.05.2008 Łódź.

Zwelling E. (2006). Childbirth education in the 1990s and beyond. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25 (5): 425-432.

Zwoliński J. (2001). Wpływ palenia tytoniu na płodność, przebieg ciąży i rozwój dziecka. *Medycyna Wieku Rozwojowego*, 5 (4), Supl. I: 117-119.

Źródła do dziejów wychowania i myśli pedagogicznej (1965). T. 1. Wybór i opracowanie: S. Wołoszyn. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.

Żabczyńska E. (1995). *Maria Grzegorzewska pedagog w służbie dzieci niepełnosprawnych*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Żebrowski J. (red.) (1998). *Pedagogika opiekuńcza w okresie demokratycznych przemian*. Gdańsk, Wydawnictwo Gdańskiego Towarzystwa Naukowego.

Żelichowski M. (2007). Status zarodka i płodu ludzkiego – aspekt prawno-medyczny. *Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo*, 1 (47): 24-25, 31.

Żółkowska T. (2005). Asystencja osobista drogą do niezależnego życia osób z niepełnosprawnością intelektualną w wybranych krajach Europy. W: Cz. Kosakowski, A. Krauze (red.), *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych* (s. 70-77). Olsztyn, Wydawnictwo UWM.

Żółkowska T. (2008). Inny-niepełnosprawny. W: I. Chrzanowska, B. Jachimczak (red.), *Miejsce innego we współczesnych naukach o wychowaniu. Wyzwania praktyki* (s. 337-345). Łódź, Wydawnictwo UŁ.

Summary

Prenatal education and pedagogy: a new field in the educational and pedagogical sciences

Education and pedagogy[1] as a science has a long history and undergoes continual change. The end of the 20th century was marked by an unusually dynamic process of differentiation in the field of educational sciences and teaching, giving rise to new disciplines within educational sciences. Contemporary education and pedagogy focuses not only on the nature, origin and structure of educational phenomena, but also on their meaning and value.

Alongside other areas of science (especially biology and psychology), education and pedagogy has also started to appreciate the significance of the earliest period of human life for its whole further course, the meaning of the psychosocial context which accompanies procreation (human reproduction), as well as the role of education from conception to maturity in an individual's functioning as a sexual being, able to yield life in its various dimensions. As human formation depends on the upbringing and education of one's parents (intergenerational transmission), it is justifiable to examine the early development of a child.

This context triggers the questions: Is there a need for the period of human life from conception to birth, including the parents' experiences and actions related to it, to be made the object of interest for education and pedagogy? Is there a justification for the methodological establishment of the prenatal education and pedagogy as a new discipline? Is it sufficient to limit the interest of prenatal education and pedagogy to prenatal education of the parents or should the concept of education, parenting and upbringing be introduced to the prenatal period of human life? Prenatal education of the parents would be integrated with the prenatal education of the unborn child (caring and raising the prenatal child, communicating with and stimulating the child).

Thus, the main issue of the present monograph may be expressed in a simple question: What is prenatal education and pedagogy? The question may be alternatively formulated as:

[1] The original title, "Pedagogika Prenatalna" refers to what is commonly understood as 'pedagogy' in Europe ('pedagogika' in Polish, 'Padagogik' in German), which is a very broad term that includes education, upbringing, personality and character formation, and pedagogy (and may concern all ages) – as opposed to 'education' ('edukacja' or 'Edukation' respectively), which focuses on various aspects of learning and teaching. To avoid misunderstanding, the English version uses 'education and pedagogy' to refer to the broad scope of the term 'pedagogy' in the original.

What is the methodological status of prenatal education and pedagogy? The issue is elaborated in the following set of questions:

1. What is the justification for distinguishing prenatal education and pedagogy in the context of the development of the contemporary educational sciences?

2. How could the methodological status of prenatal education and pedagogy be outlined (its object, scope of research, aims (goals and purposes), cooperation with other sciences, organisational facilities)?

3. What could be the theoretical and applicative significance of establishing a distinct discipline of prenatal education and pedagogy?

The theoretical aim of the book is to justify the institution of prenatal education and pedagogy among the educational sciences and to establish its preliminary methodological status as a discipline in education and pedagogy, characterised by a dynamically developing field of research and practical application. This goal has been achieved by the specification of the scope of interest of prenatal education and pedagogy and initial establishment of its methodological status as a new, dynamically developing discipline in education and pedagogy, taking into account its interdisciplinary character and the context of related scientific disciplines, as well as their applicative potential.

The practical goal of the publication is to introduce a broader understanding of prenatal education and convince the reader about the possibility of parenting and raising a prenatal child, and to provide knowledge necessary to establish a core curriculum for the teaching of prenatal education and pedagogy to students of psychology, education, pedagogy, family studies, medicine, nursing and obstetrics. The expected practical results also include a broadened knowledge of prenatal psychology and pedagogy, and the prenatal period of human life – necessary for the cooperation between education and pedagogy specialists, psychologists, and the medical staff: gynaecologists, obstetricians, midwifes, the personnel working in genetic counselling, prenatal diagnostics services and family social services, including pregnancy support groups, birth classes, family birthing centres.

The present dissertation, presenting the concept of prenatal education and pedagogy, introduces terms which are new to education and pedagogy in Poland (most of them have been used in the author's earlier publications), such as: *the prenatal child, prenatal education, the prenatal educational environment, the educational environment of the womb, prenatal dialogue, bi-subjectivity of prenatal education, prenatal maternity, prenatal paternity, prenatal parenthood, prenatal parents, prenatal personalism, prenatal parenting activity, prenatal educational impact, 'person-creating' character of the mother's womb, prenatal educator, prenatal violence, prenatal child abuse.*

The book consists of 7 chapters. The first part of the monograph concerns the sociocultural context which justifies the need to establish the discipline of prenatal education and pedagogy. It discusses the impact of the ideology of postmodernism on attitudes towards the human sexual sphere and contemporary transformations in attitudes to procreation and procreational activities (positive and negative changes, e.g. the demographic crisis, the involvement of the father in the process of procreation).

Facing the rising social awareness of the possible forms of violence against the prenatal child and the factors which might distort its development, the second chapter is a reflection on various forms of prenatal relations between the parents and the child, especially the

negative ones, and the potential benefits of applications of prenatal education and pedagogy, i.e., to prevent or lessen the effects of the negative relations which might distort the process of procreation and the development of the child. The attitudes of the parents are largely related to their hierarchy of values and their lifestyle, which is also dependent on the social context of their existence, and the mother's personality and life history.

The third chapter presents the so-called new approach to procreation and the prenatal child, which – as opposed to the biologistic approach applied to date – is characterised by a personalistic paradigm. The new approach is reflected in the structures of prenatal education and pedagogy that constitute it as a scientific discipline, such as various scientific organisations, journals, research centres and activities (conferences, publications, and social structures, e.g. trainings, birth classes), especially those present in Poland which concern the psycho-pedagogical aspects of procreation and the prenatal period of life. These efforts have established the basis for the proposal to develop prenatal education and pedagogy as a new discipline in the educational sciences. The chapter develops the claim that modern education and pedagogy has matured to recognise within its field a discipline that deals with the theory of prenatal education and pedagogy, as the subjective-personalistic dimension of this area of interest – proposed by the academic centres, conferences and organisations involved in prenatal education and pedagogy – calls for its establishment as a separate discipline within education and pedagogy.

Chapter 4 analyses the challenges within education and pedagogy itself, reflected in the literature of the field. Starting with an introduction of the ideas of the "forefather" of Polish family and health pedagogy, J. Śniadecki, followed by a characterisation of early childhood as the object of interest of education and pedagogy in the 20th century, and a description of the current tendencies observed within education and pedagogy (interest in ever earlier development of the child and the child's life environment, the biographic and narrative approach), the chapter shows the present state of literature connected with the area described as prenatal education and pedagogy.

Chapters 5 and the following ones are of key importance, as they present the original proposal for the methodological status of prenatal education and pedagogy as a new discipline in educational sciences, which arises from scientific discourse and psycho-pedagogical practice. This part of the book attempts to describe the methodological specifics of prenatal education and pedagogy (its subject, aims, methods, fields of cooperation with other areas of education, and its interdisciplinary character).

In terms of the proposed cooperation of prenatal education and pedagogy with other disciplines, firstly, the book discusses its relations with family education and pedagogy, health education and pedagogy (health education, health promotion), care education and pedagogy and special pedagogy, as they seem to be the closest in nature (chapter 6). The character of their cooperation justifies the establishment of prenatal education and pedagogy as a separate discipline within educational sciences. The possible links between prenatal education and pedagogy, social education and pedagogy, and adult education and pedagogy (andragogy) are presented. The book also describes the area of cooperation between Christian education and pedagogy and prenatal education and pedagogy, mentioning the spiritual aspects of procreation, the spirituality of the prenatal child, seeing the child both as a gift to be brought up by its parents, as well as a gift which develops the

parents (who help the child to develop, and by doing so, they develop themselves), religious inspirations for prenatal education, the educational dimension of prenatal communication, indicating the threats to a scientific approach to the prenatal period of human life brought by the various semi-religious ideologies, parapsychology, occultism, magic or spiritual practices isolated from their philosophical-religious context.

The following chapter (chapter 7) points to the academic context of the emergence of prenatal education and pedagogy, in answer to the challenges related to the development of psychology, especially prenatal psychology, biological and medical sciences, the humanities and philosophy. The book presents the possible forms of cooperation for prenatal education and pedagogy and psychology (life-span psychology, prenatal psychology, psychology of life crises, gerontopsychology, developmental, family, educational, social, clinical psychology, psychology of disabled persons, cultural psychology, psycholinguistics) and wishes to justify the need to recognise prenatal education and pedagogy – the field of human procreation and the prenatal period of human life – as a new discipline in education and pedagogy. Therefore, the book presents possible common areas of interest for prenatal education and pedagogy and the biological sciences (behavioral genetics, behavioral endocrinology, behavioral teratology) and medical sciences (diagnostic techniques and services, education of medical staff), as well as the social sciences (sociology), legal sciences, music studies, philosophical anthropology and ethics. Education and pedagogy, also through the proposed prenatal pedagogy, is able to cooperate with other disciplines of science, contributing what is specific to its approach to solve the current problems in the field of procreation and the first period of human life.

The final part contains a set of conclusions referring to the prospects of development for prenatal education and pedagogy as a science and its expected contribution to the study of the human being.

While prenatal education and pedagogy is only at the stage of establishing its scientific image, it already fulfils the basic criteria set for a science:

It has its object, which is the education and upbringing of the human being to a mature fulfilment in procreation, and assistance in coping with problems at procreational turning points, as well as care and upbringing in the prenatal period of human life (education and upbringing concerning procreation, care and upbringing of the prenatal child).

The specific aspect of education and upbringing has been identified: formation towards a mature fulfilment in the sphere of procreation and prenatal education, concerning two specific developmental periods, i.e. the pre- and perinatal period, and the period of fulfilling oneself in procreation.

The methodology used within the field of education and pedagogy has been accepted for prenatal education and pedagogy; however, there is a possibility of establishing its own methodological approach.

The need for a close cooperation between prenatal education and pedagogy and other disciplines of education – and other sciences – is rising. The emergence and rapid development of prenatal psychology also inspires education and pedagogy to a more specialised approach in to this field.

The organisational-institutional status of prenatal education and pedagogy is consolidating – organisations and journals are set up, conferences are organised, and subjects

referring to procreation and the prenatal period of human life are taught at specialist classes at the level of higher education.

This book is aimed at a broad group of readers, as the themes it discusses may be of interest to persons of various professional groups, such as educators, pedagogues, psychologists, medical staff (gynaecologists, obstetricians, neonatologists, midwifes, nurses), social workers, professional who are engaged in health promotion and deal with human procreation, as well as individuals who prepare for procreation or for whom procreation is an area of creative fulfilment, especially despite various painful experiences. There is a need to improve the pedagogical culture of professionals and parents, and recognise prenatal education as an integral part of the theory of education and pedagogy, alongside with education and pedagogy in the other periods of human life

Considering the various destructive attitudes towards the prenatal child in the modern world, as well as the significance of procreation in human life, it is important to resist and prevent all that does not allow to optimally use the experience of procreation for the benefit of a mature personality, and to create favourable conditions for a positive development of the child. It is also impossible to provide proper prenatal education without the education of parents to take the role of upbringers of the child in its earliest stage of development.

Prenatal education requires long-term preparation for the future maternal and paternal role – through appropriate education and upbringing in the family, continuing education and lifelong learning of persons who are in the process of procreation. In the present approach, the task of prenatal education and pedagogy would not be reduced to the child before birth, but also would concern parents who have the role of prenatal educators. Hence, the scope of prenatal education concerns both the child and its parents.

The present book is a novel attempt to the problem. It has an introductory character and does not claim to contain comprehensive or final conclusions. There is rather an invitation to undertake more detailed and broader studies, discussions and research on the proposal for education and pedagogy to consider the prenatal period of human life and human procreation. We may hope that it will bear fruit in a Polish school of prenatal education and pedagogy.

Translated by
Aleksandra Biela-Wołończiej

Table of Contents

Introduction 7

Chapter one
The socio-cultural context of the emergence of prenatal education and pedagogy 21

I. Postmodern trends and attitudes to the sexual dimension of the human being . . 22
II. Changes in the attitudes to procreation 26
III. Procreational activity as a new area of interest for education and pedagogy. . . . 33

Chapter two
The prenatal relationship with the child – a call for education and pedagogy 43

I. Prenatal violence – its forms and significance. 43
II. The mother's stress as a developmental risk factor for the child 65
III. Bonding with the prenatal child: a field of study for education and pedagogy . . 73

Chapter three
The new approach to procreation and the prenatal child 89

I. New tendencies in the approach to procreation 90
II. Features of the new approach to the prenatal child 114
III. Prenatal psychology as an inspiration for prenatal education and pedagogy. . . . 128
IV. Structures constituting the scientific field of prenatal education and pedagogy . . 139

Chapter four
Prenatal education and pedagogy as an answer to new challenges in the education sciences 165

I. Inspirations from the Treaty "O fizycznym wychowaniu dzieci" [On the physical education of children – own transl.] by Jędrzej Śniadecki. 165

II. Early childhood as an area of interest for education and pedagogy in the early 20th century 172
III. Several trends in the field of contemporary education and pedagogy 196
IV. The current state of the literature on the subject 205
V. Anthropological assumptions of prenatal education and pedagogy – from the perspective of "prenatal personalism" 216

Chapter five
A sketch of the methodological status of prenatal education and pedagogy 225

I. Object and aims of prenatal education and pedagogy 226
II. Formation of the prenatal child (orig. 'wychowanie': shaping, upbringing, education) as the object and aim of prenatal education and pedagogy 236
III. Prenatal education (orig. 'edukacja': teaching and learning) as the object and aim of prenatal education and pedagogy 268
IV. Research methodology in prenatal education and pedagogy 294

Chapter six
Cooperation of prenatal education and pedagogy with disciplines of education and pedagogy 315

I. Family pedagogy and education 316
II. Health pedagogy and education 325
III. Care pedagogy and education (welfare pedagogy, nursing pedagogy) 338
IV. Social education and pedagogy 348
V. Cultural education and pedagogy – and intercultural education 352
VI. Adult education and pedagogy (andragogy) 356
VII. The third age education and pedagogy (gerontopedagogy, geragogy) 364
VIII. Special education and pedagogy 366
IX. Christian education and pedagogy 372

Chapter seven
Interdisciplinary character of prenatal education and pedagogy 395

I. Cooperation of prenatal education and pedagogy with psychological disciplines 396
II. Cooperation of prenatal education and pedagogy with biological and medical sciences 412
III. Cooperation of prenatal education and pedagogy with the humanities 432

Final remarks 451

Bibliography 461

Summary 543

Spis treści

Wprowadzenie 7

Rozdział pierwszy
Społeczno-kulturowy kontekst wyłaniania się pedagogiki prenatalnej 21

I. Trendy ponowoczesności a postawy wobec płciowej sfery człowieka 22
II. Zmiany postaw wobec prokreacji 26
III. Zachowania prokreacyjne wyzwaniem dla pedagogiki 33

Rozdział drugi
Prenatalna relacja z dzieckiem – wyzwanie dla pedagogiki 43

I. Przemoc prenatalna – jej formy i znaczenie 43
II. Stres matki jako czynnik ryzyka rozwojowego 65
III. Więź z dzieckiem prenatalnym: obszar zainteresowań pedagogiki 73

Rozdział trzeci
Nowe podejście do prokreacji i dziecka prenatalnego 89

I. Nowe tendencje w podejściu do prokreacji 90
II. Cechy nowego podejścia do dziecka prenatalnego 114
III. Psychologia prenatalna inspiracją dla pedagogiki prenatalnej 128
IV. Struktury naukotwórcze pedagogiki prenatalnej 139

Rozdział czwarty
Pedagogika prenatalna jako odpowiedź na nowe wyzwania w naukach o wychowaniu 165

I. Inspiracyjne walory traktatu Jędrzeja Śniadeckiego „O fizycznym wychowaniu dzieci" 165
II. Wczesne dzieciństwo przedmiotem zainteresowania pedagogiki w XX wieku 172

III. Niektóre tendencje na terenie współczesnej pedagogiki 196
IV. Aktualny stan literatury przedmiotu 205
V. Założenia antropologiczne pedagogiki prenatalnej z pozycji „personalizmu prenatalnego" 216

Rozdział piąty
Zarys statusu metodologicznego pedagogiki prenatalnej 225

I. Przedmiot i cele pedagogiki prenatalnej 226
II. Wychowanie prenatalne jako przedmiot i cel pedagogiki prenatalnej 236
III. Edukacja prenatalna jako przedmiot i cel pedagogiki prenatalnej 268
IV. Metodologia badań pedagogiki prenatalnej 294

Rozdział szósty
Współpraca pedagogiki prenatalnej z dyscyplinami pedagogicznymi 315

I. Pedagogika rodziny 316
II. Pedagogika zdrowia 325
III. Pedagogika opiekuńcza 338
IV. Pedagogika społeczna 348
V. Pedagogika kultury i edukacja międzykulturowa 352
VI. Pedagogika dorosłych 356
VII. Pedagogika starości 364
VIII. Pedagogika specjalna 366
IX. Pedagogika chrześcijańska wobec wychowania prenatalnego 372

Rozdział siódmy
Interdyscyplinarny charakter pedagogiki prenatalnej 395

I. Współpraca pedagogiki prenatalnej z dyscyplinami psychologicznymi 396
II. Współpraca pedagogiki prenatalnej z naukami biologicznymi i medycyną 412
III. Współpraca pedagogiki prenatalnej z naukami humanistycznymi 432

Zakończenie 451

Bibliografia 461

Summary 543