

Projekt UNDP i Rządu Polskiego POL/94/PO2/A/33  
Promocja zdrowia matki i dziecka  
ze szczególnym uwzględnieniem planowania rodziny

# **Rodzina i Prokreacja**

Materiały Konferencji  
Popowo 8-9 grudnia 1994

pod redakcją doc. dr hab. Bogdana Chazana

Instytut Matki i Dziecka

WYDAWNICTWO  
**INSTYTUTU MATKI I DZIECKA W WARSZAWIE**

WYDANIE PIERWSZE

WARSZAWA 1995

**Zespół redakcyjny:**

BOGDAN CHAZAN  
GRAŻYNA KMITA  
MARTA BARAŃSKA  
ELŻBIETA CIASTOŃ - PRZECŁAWSKA

SKŁAD I ŁAMANIE: MAREK ZIÓŁKOWSKI

PROJEKT OKŁADKI: IRENEUSZ PIEKARSKI

DRUK I OPRAWA  
ZAKŁAD POLIGRAFICZNY "TEXT"  
WARSZAWA  
UL. RADNA 6

## Z zagadnień psychologii rodziny w okresie ciąży

---

Psychologia jest nauką o człowieku i zajmuje się nim w zależności od wydzielonego aspektu jego psychofizycznej struktury i funkcjonowania. Psychologia rodziny jest jedną z dziedzin psychologii, która wyodrębniła się z psychologii wychowawczej i społecznej. Psychologia rodziny zajmuje się życiem psychicznym człowieka funkcjonującego w rodzinie.

Rodzina jest jedną z grup społecznych, ale jest grupą szczególną. Jest bowiem podstawową, powszechną i pierwszą grupą przynależności człowieka, o najbliższych więziach emocjonalnych i intymności relacji, stanowi fundament i warunek prawidłowego rozwoju człowieka.

Obecnie patrzy się na rodzinę jako na system, tzn. na grupę o różnych systemach wzajemnych powiązań i oddziaływań. Rodzina jest rzeczywistością relacyjną. Każdy z członków rodziny ma wpływ na pozostałych oraz na treść wzajemnych powiązań, tzn. na każdą osobę oddziałuje każda inna osoba oraz wszystkie rodzaje interakcji między osobami. Liczba interakcji rośnie wraz z liczbą dzieci i osób z rodzin pochodzenia, które żyją razem. Wszystkie te międzyosobowe relacje i interakcje składają się na dynamikę rodziny jako ekologicznego systemu (Gerris, 1990).

We wzajemnych relacjach rodzinnych mogą powstać nieprawidłowości z powodu zaburzeń w strukturze rodziny, polegające na braku jakiejś osoby, np. dziecka w wypadku niepłodności wtórnej, kogoś z rodziców albo kogoś z dalszej rodziny, jeśli była to osoba obdarzana silnym uczuciem lub spełniała ważną rolę, często w zastępstwie jednego z rodziców. Nieprawidłowości wzajemnych relacji w rodzinie mogą również wynikać z faktu przewlekłej choroby lub niepełnej sprawności, choroby psychicznej, alkoholizmu, narkomanii kogoś z członków rodziny. Ważną funkcję pełni tu również osobowość członków rodziny oraz ich wzajemne sposoby odnoszenia się do siebie (postawy małżeńskie) i do dziecka (postawy rodzicielskie, np. odrzucenia, zaniedbywania, obojętności, nadmiernej ochrony, uznawania praw i akceptacji dziecka). Te wszystkie czynniki nabierają szczególnego znaczenia w sytuacji poczęcia dziecka. Rodzina jest bowiem takim

społecznym systemem ról i struktur, że przyjście lub odejście jednego z jej członków wywołuje ogromną reorganizację całego systemu. Teoria ról Simmela sugeruje, że zmiana z diady małżeńskiej w triadę rodzinną powoduje zerwanie dotychczasowych związków uczuciowych i intymności (Russel, 1974, za: Belsky, Lerner, Spanier, 1984, s. 116), stąd trudno przecenić jej znaczenie.

Psychologia rodziny interesuje się przeżyciami kobiety i mężczyzny, którzy wskutek poczęcia dziecka stali się matką i ojcem, ich stosunkiem do ciąży jako stanu kobiety podtrzymującego życie dziecka, ich stosunkiem do dziecka oraz do siebie nawzajem, jak też funkcjonowaniem nowo powstałego systemu relacji: rodzice - dziecko. Interesuje się też wpływem poczęcia dziecka na przeżycia pozostałego rodzeństwa, na doświadczenia babci i dziadka oraz tych osób, które są z rodziną emocjonalnie związane.

## **Poczęcie dziecka ważnym wydarzeniem życiowym**

Poczęcie dziecka, jeśli tylko zostaje rozpoznane przez rodziców wprowadza zmiany w obrazie siebie, w samoocenie, w przeżyciach poszczególnych członków rodziny (Kornas-Biela, 1993). Powoduje również zmiany w satysfakcji z małżeństwa i w jakości wzajemnych relacji (Lamb, 1978, Kurdek, 1993). Stawia przed rodzicami wymaganie przejścia od stylu życia jednostkowego i partnerskiego do życia rodzinnego, co stwarza warunki dla 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, 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).

Przez fakt swego poczęcia dziecko albo inicjuje powstanie systemu rodzinnego, albo wchodzi jako jego nowy członek, czym zmienia treść, siłę i rodzaj wzajemnych relacji między wszystkimi członkami rodziny. Trudno zrozumieć to, co dzieje się w rodzinie po poczęciu dziecka, jeśli nie uwzględni się nowej, ciągle zmieniającej się konstrukcji wzajemnych relacji: mąż - żona, ojciec - poczęte dziecko, matka - poczęte dziecko, a w rodzinie szerszej ponadto: ojciec - córka, ojciec - syn, matka - córka, matka - syn, i to zarówno w rodzinach pochodzenia obojga rodziców, jak i w ich aktualnej rodzinie. Poczęcie dziecka zmienia diametralnie wzajemne układy, gdyż czyni z kobiety matkę, a z mężczyzny ojca, tym samym ich układ partnerski się zmienia, bo partnerka męża jest matką jego

dziecka, partner żony jest ojcem jej dziecka. Ich wzajemne odniesienia zostają więc wzbogacone o tę treść rodzicielskich funkcji, jakie każda z tych osób przyjmuje (lub odrzuca). Poza tym każde z nich, z roli syna lub córki swoich rodziców wchodzi w rolę ojca i matki dla swojego syna lub córki. Dziecko już żyjące w tej rodzinie musi przyjąć rolę starszego rodzeństwa, a tym samym zmienia się jego pozycja wobec rodziców, na co może nieraz dramatycznie reagować. 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).

Tworzenie się rodziny i wchodzenie w role rodzicielskie może być na długo odroczone, jeśli nie dokona się rozróżnienia między rzeczywistością ciąży i dziecka. Pomoc parze w przejściu od związku dwojga osób do zbudowania rodziny lub w przyjęciu nowego członka do już istniejącej rodziny polega m.in. na tym, by poczętą istotę traktować jak dziecko, ze wszystkimi przysługującymi dziecku prawami. Tym bardziej, że badania nad rozwojem dziecka w okresie prenatalnym wykazały niezbicie, iż jest ono psychofizyczną istotą, mającą od poczęcia ludzkie potrzeby (np. bezpieczeństwa, miłości, afiliacji, komunikowania się) i nabywającą stopniowo już przed urodzeniem złożone ludzkie kompetencje (Kornas-Biela, 1993). Niestety, medykalizacja tego okresu nie sprzyja urealnieniu obecności dziecka, koncentruje bowiem uwagę kobiety na jej stanie fizjologicznym. Gdy lekarz w rozmowie z kobietą stwierdza ciążę, a nie poczęcie dziecka, to jest to tak, jakby diagnozował jakiś stan patologiczny, tym bardziej, że kobieta odtąd stanie się comiesięcznym użytkownikiem usług medycznych. Stosowanie medycznej terminologii typu „prowadzenie ciąży”, „ustalenie wieku ciąży”, „ciąża wysoka”, „ciąża przenoszona”, „ciąża donoszona”, „ciąża się dobrze rozwija” - czyni szkodę rodzicom, gdyż co innego zmagać się z dolegliwościami okresu ciąży, a co innego pokochać dziecko. Trudno jednak pokochać zapłodnione jajo, zarodek, embriion, ciążę lub płód, dlatego konieczne jest uzmysłowienie sobie istnienia dziecka jako odrębnej od matki, realnej osoby.

Istnienie prawa do aborcji, a zwłaszcza do późnej aborcji (tzw. „terapeutycznej”) nie stanowi dobrego klimatu dla tworzenia się wczesnego przywiązania rodziców do dziecka i podważa wartość miłości rodzicielskiej jako warunkowej i możliwej do wycofania, jeśli dziecko nie spełni warunków stawianych przez rodziców, np. zaistnieje wbrew ich życzeniom, jest obciążone chorobą. Rodzice, którzy obawiają się, że dziecko może być chore lub niepełnosprawne do czasu wykluczenia wady w ramach diagnostyki prenatalnej traktują dziecko jako „ciążę do sprawdzenia”, a dopiero po otrzymaniu pozytywnej diagnozy nawiązują z dzieckiem kontakt i włączają go jako członka do rodzinnego systemu.

## Różnice międzypłciowe w doświadczaniu okresu ciąży

Psycholodzy zajmujący się badaniem funkcjonowania człowieka w okresie ciąży, 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 podejmowanie ról rodzicielskich już w tym okresie zależy m.in. od jakości i siły relacji małżeńskiej, a jednocześnie ją kształtuje.

Badając znaczenie doświadczeń z rodziny pochodzenia dla adaptacji do okresu ciąży potwierdzono ich rolę, zwłaszcza w wypadku kobiet. Inaczej mówiąc doświadczenia z własnego dzieciństwa modelują z większą siłą przystosowanie do różnych faz małżeństwa i zachowania rodzicielskie u matek niż u ojców (Lane, Wilcoxon, Cecil, 1988). Jednocześnie wykazano, że ten międzypokoleniowy proces przekazu różni się w zależności od jakości relacji małżeńskiej, tzn. dobre jakościowo relacje małżeńskie osłabiają wpływ negatywnych wzorców i doświadczeń wyniesionych z dzieciństwa (Belsky, Youngblade, Pensky, 1989). Poza tym, jednym z czynników wpływających na przystosowanie się do zmian wynikających z poczęcia dziecka jest zgodność w doświadczeniach wyniesionych przez obojga małżonków z własnych rodzin. Tam, gdzie małżonkowie mają odmienne wzorce rodzicielskie i doświadczenia relacji uczuciowych w rodzinie, tam ich proces adaptacji do okresu ciąży i spodziewanych narodzin dziecka przebiega wolniej i napotyka na większe utrudnienia (Lane, Wilcoxon, 1989).

Zgodnie z psychodynamicznym modelem sposobów adaptacji rodziców do sytuacji ciąży wyróżnia się dwa podejścia matczyne: - ułatwianie (*facilitator* - nastawia się „na dziecko”, na jego potrzeby) i regulowanie (*regulator* - domaga się od dziecka dostosowania do sytuacji) oraz dwa podejścia ojcowskie: uczestniczenie (*participator*) i odrzucenie (*renouncer*). Te cztery rodzaje orientacji rodzicielskiej tworzą wielorakie możliwe kombinacje podejścia do ciąży i rodzicielstwa oraz rozwiązywania konfliktów, jakie wywołuje fakt poczęcia dziecka (Raphael-Leff, 1985).

Jednym z problemów badawczych podejmowanych w omawianej dziedzinie jest podobieństwo doświadczeń przeżywanych przez ojca i matkę w prenatalnym okresie rozwoju ich dziecka. Wyniki badań nie są zgodne, gdyż zależą od tego, jakie doświadczenia były przedmiotem analiz, np. nie stwierdzono podobieństwa co do zmian w zakresie elementów składających się na obraz własnego ciała u obu partnerów (Fawcett, 1989) oraz odczuwanej przez nich satysfakcji małżeńskiej (Tomlinson, 1987). Zauważono również różnicę w stopniu zaangażowania

uczuciowego w relacje małżeńskie - kobiety wykazywały się istotnie statystycznie większym stopniem zaangażowania, przejawiającym się w dążeniu do zaspokojenia potrzeb interpersonalnych głównie w ramach relacji małżeńskiej, w potrzebie afiliacji (otrzymywania uczuć ze strony współmałżonka) i w pragnieniu zaspokojenia potrzeb drugiego w sposób wzajemnie satysfakcjonujący. Męski wzorzec „bycia w małżeństwie” jest więc znacznie mniej niż kobiecy wrażliwy na zmiany, jakie zachodzą w rodzinie (Assor, Assor, 1985).

Wśród wielorakich fizycznych i psychologicznych objawów relacjonowanych jako konsekwencje poczęcia dziecka, tylko niektóre są takie same u obu partnerów, ale podobieństwa relacji w zakresie par są statystycznie istotne. Nie stwierdzono natomiast związku między siłą identyfikacji w ramach pary a podobieństwem przejawianych przez nich symptomów ciąży (Fawcett, 1989; Drake, Verhulst, Fawcett, 1988).

Badano również podobieństwo tworzącego się w tym okresie przywiązania do dziecka u matki i ojca. Stwierdzono, że myśli, uczucia i zachowania rodziców do dziecka są podobne, chociaż nie takie same. W zakresie większości doświadczeń (np. pragnienie ochrony dziecka przed niebezpieczeństwem, troska o jego przyszłość) nie zauważono istotnych statystycznie różnic w ramach par (Condon, 1985). Zarówno matki jak i ojcowie, badani w ostatnim trymestrze ciąży, ujmowali dziecko jako odrębną od matki osobę, interpretowali jego zachowania jako mające dla nich jakieś znaczenie, wchodzili z nim w interakcje, potrafili opisać swoje dziecko w terminach indywidualnych charakterystyk, np. w zakresie takich cech jak wygląd, komunikacja, płęć, temperament, rytm snu i czuwania (Stainton, 1985). W innych badaniach okazało się, że ojcowie rzadziej niż ich partnerki myśleli o swoim dziecku i przemawiali do niego oraz wchodzili z nim w interakcje. Natomiast realność egzystencji dziecka była dla nich bardziej oczywista i byli bardziej zaniepokojeni normalnością obserwowanych u siebie zmian fizyczno-psychicznych, niż kobiety (Condon, 1985).

Interesujący i ważny dla problemu tzw. „nieplanowanej ciąży” jest wynik, iż postawy obu płci wobec dziecka nie zależą od postawy wobec „zajścia w ciążę” (Condon, 1985). 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).

## Ciąża jako sytuacja trudna

Okres ciąży w literaturze psychologicznej jest przede wszystkim ujmowany z punktu widzenia trudności, przed jakimi stawia rodziców i rodzeństwo. Psycho-

łodzi są mniej zainteresowani normalnym przebiegiem tego okresu, natomiast koncentrują się na wychwytywaniu pierwszych oznak nieprzystosowania oraz na pomocy tym, którzy mają trudności z zaakceptowaniem dziecka, z adaptacją do problemów okresu ciąży, jak też przyjęciem ról rodzicielskich. Stąd doświadczenia swoje zdobywają na pacjentach, na tych, którzy szukają profesjonalnej pomocy. Dlatego obraz przeżyć rodziców oczekujących urodzenia dziecka jest w literaturze przedmiotu bardzo negatywny.

Poczęcie dziecka, zdaniem psychologów, wyzwala sytuację trudną (np. Dyer, 1963; Condon, 1985; Tomlinson, White, Wilson, 1990). Psycholodzy z kręgu psychoanalitycznego traktują ją nawet jak klęskę żywiołową, katastrofę i nieszczęście, którego treści po urodzeniu dziecka wypieramy ze świadomości, ale które związane są z silnymi uczuciami i 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).

Oprócz uniwersalnego kryzysu rozwojowego (Bibring 1959) każdy rodzic doświadcza indywidualnie zróżnicowanych reakcji, które są zależne od wielu czynników osobowościowych i sytuacyjnych oraz związanych z rodziną pochodzenia jak też aktualną i wzorcami kulturowymi.

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 strony 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).

Również kobietom zaangażowanym w ekonomiczne utrzymanie domu trudno przychodzi wkomponowanie roli matki w dotychczasową rolę zawodową. Dlatego pierwszy okres po uzmysłowieniu sobie faktu zaistnienia dziecka jest dla nich trudny. Następuje intensywna wizualizacja siebie w nowej roli, konstruowanie obrazu siebie jako pracującej matki, osvajanie się z lękami dotyczącymi umiejętności pogodzenia tych dwóch ról w przyszłości. Zwiększona w tym okresie wrażliwość kobiety na negatywne czynniki środowiska społecznego w pracy (np. brak akceptacji jej stanu przez zwierzchników, obciążenie pracą, lęk przed jej utratą w wyniku urodzenia dziecka) może powodować nagromadzenie się niekorzystnych emocji, które pogarszają przebieg ciąży i rozwój dziecka. Z drugiej strony zatrudnienie zwiększa zwykle dostęp do form pomocy medycznej,

podejmowania zachowań zdrowotnych i poprzez zaspokojenie wielu potrzeb osobistych kobiety - sprzyja pozytywnemu przeżywaniu okresu ciąży (Stein, Susser, Hatch, 1986; Brown, 1987; Killien, 1990). Natomiast jeśli praca zawodowa zajmuje centralną pozycję w systemie wartości kobiety a rola zawodowa jest istotnym elementem konstytuującym jej osobowość, to taka sytuacja psychologiczna utrudnia przystosowanie do okresu ciąży i zadowolenie z niego (Levy, 1994).

Ciąża może być sytuacją kryzysową szczególnie jeśli dotyczy pierwszego dziecka (Gloger-Tippelt, 1988), rodziców nieletnich (Nadelson, 1975; Allen-Meares, 1984; Tilden, 1984; Baptiste, 1986; Nathanson, Baird, Jemail, 1986; Panzarine, 1986; Koniak-Griffin, 1988; Unger, Wandersman, 1989; Breakwell, 1993; Crockett, 1993), rodziców starszych wiekiem (Bergmann, 1985; Kitzinger, 1985; Mansfield, 1986; Welles-Nystrom, de Chateau, 1987; Winslow, 1987), jeśli jest to ciąża przedmałżeńska (Kurdek 1991), jeśli jest ona wynikiem nieplanowanego poczęcia (Weller, Eberstein, Bailey, 1987), jeśli matka jest niepełnosprawna fizycznie (Bluestein i in. 1988; Carty, Conine, 1988) lub psychicznie (Slayton, Soloff, 1981; Kaufman, Weekes, 1986), rodzice, a zwłaszcza matka już wcześniej miała trudności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi i przejawiała niepokój (Mowbray, Lanir, Hulce, 1982), jeśli jest to rodzina zrekonstruowana (Dietz-Omar, 1991). Specyficzne rodzaje trudności powstają w rodzinach, które doświadczyły długotrwałej nieplodności (Garner, 1985; Bernstein, Mattox, Kellner, 1988; Olshansky, 1990), w których matka wymaga hospitalizacji (Merkatz, 1978; Loos, Julius, 1989; Heaman, 1990) lub występują komplikacje w przebiegu ciąży (Kemp, Page, 1987), kiedy ciąża następuje po urodzeniu dziecka z problemem zdrowotnym (np. Rubin, Ferencz, 1985, Yu, 1986), dziecka niepełnosprawnego (Kornas-Biela, 1993) lub po śmierci poprzedniego dziecka (Phipps, 1985-86; Swoiskin-Schwartz, Hanson 1988, Theut i in. 1988).

## Sposoby radzenia sobie ze stresem okresu ciąży

Stres wywołany sytuacją ciąży może być zmniejszony dzięki silnym związkom uczuciowym między członkami rodziny (Mowbray, Lanir, Hulce, 1982; Brown, 1986)). Pozytywne efekty uzyskiwanego wsparcia nie wynikają jednak bezpośrednio z faktu przebywania ze sobą, np. kobiety mieszkające razem ze swoimi matkami są mniej skłonne do korzystania z różnych form opieki medycznej oraz do unikania palenia i picia alkoholu w okresie ciąży, rzadziej też podejmują karmienie piersią (Casper, Hogan, 1990). Fakt bliskości fizycznej i dostępu do osób spokrewnionych nie jest wystarczającym czynnikiem zmniejszają-

cym stres jak też stymulującym do zachowań zdrowotnych kobiet oczekujących urodzenia dziecka.

Natomiast niewątpliwie ogromna rola przypada w tej sytuacji wzajemnym relacjom między mężem i żoną (Pratt, 1990), które w tym okresie ulegają przemianom (Saunders, Robins, 1987). Negatywna ocena życia małżeńskiego w okresie ciąży (np. wzajemnych interakcji jako cechujących się dominacją i wrogością) łączy się z przeżywaniem przez obojga małżonków stanów depresyjnych (McCabe, Gotlib, 1993). Również postawa mężczyzny wobec ciąży i mającego się urodzić dziecka zależy od siły związku uczuciowego łączącego parę małżeńską. Ojcowie, którzy żyją w małżeństwach odznaczających się stabilnością i silnymi więzami uczuciowymi, przejawiają głębszą więź z dzieckiem w okresie prenatalnym (Robson, Mandel, 1985), mają bardziej nasilone niż inni mężczyźni objawy fizyczne charakterystyczne dla okresu ciąży (zespół *couvade*) a ich współmażonki są silniej związane emocjonalnie z ich nieurodzonymi dziećmi (Weaver, Cranley, 1983).

Zaangażowanie męża w zdobywanie i dzielenie się doświadczeniami związanymi z ciążą i rozwojem dziecka, podejmowanie zachowań opiekuńczych oraz ekspresja uczuć w kontaktach rodzinnych jest ważnym czynnikiem zmniejszającym prawdopodobieństwo przeżywania przez kobietę ciąży jako sytuacji kryzysowej (Mowbray, Lanir, Hulce, 1982). Kobiety, które nie uzyskują emocjonalnego wsparcia ze strony partnera mają zanizoną samoocenę (Curry, 1990), cechują się nasilonym niepokojem (Norbeck, Anderson, 1989) i cierpią na bezsenność (Zimmermann i in. 1994), są bardziej podatne na przeżywanie depresji przed i po porodzie (Baker, Quinkert; 1983, O'Hara, 1986), rzadziej podejmują zachowania zdrowotne (Aaronson, 1989) i przyjmują bardziej negatywne postawy wobec ciąży (Giblin, Poland, Ager, 1990), częściej przejawiają zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego (Gjerdingen, Froberg, Fontaine, 1991), mają więcej trudności w kontakcie z noworodkiem, np. oceniają go jako trudnego do wychowania (Adler i in. 1991). Męskie zachowania opiekuńcze wobec żony są najlepszym czynnikiem umożliwiającym przewidywanie objawów dysfunkcji somatycznych lub społecznych u ich partnerek w ciąży (Zimmermann, 1994), jak też wpływają pozytywnie na zadowolenie z małżeństwa i przystosowanie się do niego w okresie ciąży u obojga rodziców (Levy, 1994).

Doświadczenie wsparcia ze strony męża w okresie ciąży ma wielorakie pozytywne efekty w przyszłości, np. dostrzeganie przez matkę zaangażowania ojca w problemy okresu ciąży, usposabia ją do większego poświęcenia na rzecz dziecka oraz umiejętności odczytywania i respektowania jego potrzeb, co pozytywnie koreluje z jego inteligencją (Eyres, 1979). Poza tym wpływa m.in. na lepszą

adaptację do zmian w małżeństwie po urodzeniu dziecka (Wright, Henggeler, Craig, 1986).

Za brak poczucia wsparcia u kobiety nie zawsze jest odpowiedzialny ojciec. Kobiety różnią się bowiem zdolnością do poszukiwania źródeł wsparcia w otoczeniu. Umiejętność uzyskiwania wsparcia i odczuwania satysfakcji z niego jest formowane w dzieciństwie, dlatego osoby, które nie zaznały dostatecznie bliskiej i wyczerpującej matczynej opieki w czasie swego dzieciństwa doświadczają trudności w uzyskiwaniu wsparcia w intymnym związku w życiu dorosłym (Parker, Barnett, 1988). Natomiast im głębsze relacje intymne z mężem i przyjaciółmi, tym większa satysfakcja ze wsparcia uzyskanego w trudnościach okresu ciąży. Siła intymnego związku z kimś bliskim jest szczególnie istotna w odczuciu tej satysfakcji u kobiet z niską samooceną (Hobfoll, Nadler, Leiberma, 1986).

Funkcjonowanie rodziny w okresie ciąży zależy od wielu czynników społeczno-demograficznych. Pary, które żyją w związku małżeńskim i które posiadają wyższy status społeczny odznaczają się bardziej pozytywną dynamiką życia rodzinnego, co przejawia się w zakresie takich wymiarów jak np. większe respektowanie indywidualnych potrzeb i praw, stabilność, łatwość przystosowania się do nowych warunków, wzajemność i komunikacja. Większa siła wzajemnych powiązań wynika w tych układach małżeńskich ze społecznej aprobaty dla poczęcia dziecka w małżeństwie, dostępności do źródeł różnego rodzaju pomocy i wsparcia, większej zdolności do korzystania z nich i wsparcia wewnątrz układu rodzinnego, w którym częściej występuje zaangażowanie męża w problemy okresu oczekiwania na urodzenie dziecka (Tomlinson, White, Wilson, 1990).

Dobra pozycja społeczno-ekonomiczna wraz z takimi czynnikami jak dojrzałość i zdrowie psychiczne partnerów (brak cech dysfunkcyjnych, np. neurotycznych, psychopatycznych) oraz ich zgodność co do systemu preferowanych wartości sprzyja większemu poziomowi tzw. kompetencji małżeńskiej i rodzicielskiej, a ta pomaga we wprowadzeniu dziecka jako członka systemu rodzinnego (Lewis, 1988).

Funkcjonowanie rodziny w okresie oczekiwania na urodzenie dziecka zależy w dużym stopniu od tego, czy jest to pierwsze dziecko, czy kolejne. Każda z tych sytuacji ma swoje źródła stresu (Teichman, 1988). Jeśli są już dzieci w rodzinie zauważono, że rodzice potrzebują dodatkowego, specyficznego wsparcia (Jordan, 1989). W okresie ciąży, słabnie zainteresowanie matki pozostałymi dziećmi - zmniejsza się ilość czasu poświęcanego dzieciom oraz zaangażowanie uczuciowe w ich problemy (Baldwin, 1947). Matki, zwłaszcza pod koniec okresu ciąży, są mniej aktywne, bardziej zmęczone i podatne na zmiany nastrojów, częściej przeżywają niepokój. Zmiany w samopoczuciu i zachowaniu matki rejestruje

psychika dzieci, u których w odpowiedzi obserwuje się nasilenie takich objawów, jak: kurczowe trzymanie się matki i nie odstępowanie od niej (zwłaszcza u małych dzieci), zaburzenia snu, niegrzeczność i złe zachowanie, np. wybuchy złości (Harris, John, Sharp, 1989). Dlatego rodzeństwo powinno być przygotowane na urodzenie się brata lub siostry (Honing, 1986). Duże znaczenie ma w tym czasie zaangażowanie się ojca w kontakt ze starszymi dziećmi - jest to nie tylko wsparciem dla żony, ale też budując wzorzec interakcji rodzinnej, która pomaga dzieciom w przyjęciu pozytywnej postawy wobec nowego członka rodziny teraz i po urodzeniu (Legg, Sherick, Wadland, 1974). Pomocą dla dzieci w rozładowaniu napięcia wywołanego sytuacją oczekiwania na urodzenie rodzeństwa są zabawy tematyczne oraz zabawy kierowane treściami fantastycznymi (Kramer, 1995).

## Zakończenie

Każda pomoc udzielana rodzinie w okresie oczekiwania na urodzenie dziecka musi bazować na docenieniu roli dziecka jako członka rodziny, które już teraz silnie oddziałuje na dynamikę życia rodzinnego (Condon, 1985). Poza tym trzeba spojrzeć na rodzinę jako na system współdziałający z innymi i szczególnie promować pozytywny wpływ pozarodzinnych systemów wsparcia, jak np. kręgu przyjaciół lub dalszych krewnych, wspólnot, miejsca pracy lub usług medycznych, mass mediów. Jest to szczególnie ważne w nuklearnych rodzinach zachodniej kultury, w których liczba osób niosących wsparcie jest bardzo mała.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aaronson L.S. (1989). Perceived and received support: effects on health behavior during pregnancy. *Nursing Research*, 38 (1): 4-9.
2. Adler R., Hayes M., Nolan M., Lewin T., Raphael B. (1991). Antenatal prediction of mother-infant difficulties. *Child Abuse and Neglect*, 15 (4): 351-361.
3. Allen-Meares P. (1984). Adolescent pregnancy and parenting: The forgotten adolescent father and his parents. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, (1): 27-38.
4. 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), s.243-252.
5. Baker M.A., Quinkert K. (1983). Women's reactions to reproductive problems. *Psychological Reports*, 53 (1), s. 159-166.
6. Baldwin A.L. (1947). Changes in parent behavior during pregnancy: An experiment in longitudinal analysis. *Child Development*, 18, s. 29-39.

7. Baptiste D.A. (1986). Counseling the pregnant adolescent within a family context: Therapeutic issues and strategies, *Family Therapy*, 13 (2): 163-176.
8. Belsky J., Lerner R.M., Spanier G.B. (1984). The Child in the Family. Reading. Addison-Wesley Publ. Comp.
9. 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.
10. Bergmann M.V. (1985). The effect of role reversal on delayed marriage and maternity. *Psychoanalytical Study of the Child*, 40: 197-219.
11. Bernstein J., Mattox J.H., Kellner R. (1988). Psychological status of previously infertile couples after a successful pregnancy, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 17 (6), s. 404-408.
12. Bibring G. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, s. 113-121.
13. Bluestein D., Starling E., Moore P., Droesch J., Davis D., Wade W. (1988). Caring for a paraplegic patient and her family (clinical conference). *Journal of Family Practice*, 27 (4): 365-367, 370-371.
14. Breakwell G.M. (1993). Psychological and Social Characteristics of Teenagers Who Have Children. W: A. Lawson, D.L. Rhode (red.) *The Politics of Pregnancy: Adolescent Sexuality and Public Policy*. New Haven. Yale Univ. Press, s. 159-173
15. Brown M.A. (1986). Marital support during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 15 (6): 475-483.
16. Brown M.A. (1987). Employment during pregnancy: influences on women's health and social support, *Health Care for Women International* 8 (2-3): 151-167.
17. Carty E.A., Conine T.A. (1988). Disability and pregnancy: a double dose of disequilibrium. *Rehabilitation Nursing*, 13 (2): 85-87, 92.
18. Casper L.M., Hogan D.P. (1990). Family networks in prenatal and postnatal health. *Social Biology* 37 (1-2), s. 84-101.
19. Curry M.A. (1990). Stress, social support, and self-esteem during pregnancy. *Clinical Issues in Perinatal and Womens Health Nursing*, 1 (3): 303-310.
20. Condon J. (1985). The parental-foetal relationship: A comparison of male and female expectant parents. 1st Combined Meeting of the American and Australian Societies for Psychosomatic Obstetrics and Gynecology (1985, Maui, Hawaii). *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 4 (4): 271-284.
21. Condon J. (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 (b).
22. 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*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., s. 165-195.

23. Crockett L.J. (1983). Early Adolescent Family Formation. W: R.M.Lerner (red.), Early Adolescence: Perspectives on Research, Policy, and Intervention. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. s. 93-110.
24. Dietz-Omar M.A. (1991). Family coping: a comparison of stepfamilies and traditional nuclear families during pregnancy. *Applied Nursing Research*, 4 (1), s. 31-33.
25. Drake M.L., Verhulst D., Fawcett J. (1988). Physical and psychological symptoms experienced by Canadian women and their husband during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing*, 13 (4), s. 436-440.
26. Dyer E.D. (1963). Parenthood as crisis: A restudy. *Marriage and Family Living*, 25, s. 196-201.
27. Eyres S.J., Barnard K.E., Gray C.A. (1979). Child Health Assessment. Part III, 2-4 Years. W: Final Report of Grant NU-00559, Division of Nursing, Bureau of Health Manpower, Health Resources Administration, Public Health Service, Department of Health, Education, and Welfare.
28. Fawcett J. (1989). Spouses~ experiences during pregnancy and the postpartum: a program of research and theory development. Image - *The Journal of Nursing Scholarship* 21 (3), s. 149-152.
29. Garner C.H. (1985). Pregnancy after infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 14 (6 Suppl), s. 58s-62s.
30. Gerris J.R.M., Research of Parent-Child Interactions Within a System-Ecological Process Model of Family. W: W.Koops i in. (red.),
31. Developmental Psychology Behind the Dikes. (1990). Amsterdam, Haveka, Alblasserdam, s. 195-210.
32. Giblin P.T., Poland M.L., Ager J.W. (1990). Effects of social supports on attitudes, health behaviors and obtaining prenatal care. *Journal of Community Health* 15 (6): 357-368.
33. Gjerdingen D.K., Froberg D.G., Fontaine P. (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine* 23 (5): 370-375.
34. Gloger-Tippelt G. (1988). Schwangerschaft ynd erste Geburt. Psychologische Veranderungen der Eltern. Stuttgart. Verlag W. Kohlhammer.
35. 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 Obstetrics and Gynaecology*, 29 (3 Pt 2), s.319-321.
36. Heaman M. (1990). psychological aspects of antepartum hospitalization. *Naa-cogs Clinical Issues in Perinatal and Womens Health Nursing*, 1 (3): 333-341.
37. Hobfoll s.e., Nadler A., Leiberman J. (1986). Satisfaction with social support during crisis: intimacy and self-esteem as critical determinants. *Journal of Personality and Social Psychology* 51 (2), s. 296-304.
38. Honing J.C. (1986). Preparing preschool-aged children to be siblings. *MCN-American Journal of Maternal Child Nursing* 11 (1), s. 37-43.

39. Jordan P.L. (1990). Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nursing Research* 39 (1): 11-16.
40. Jordan P.L. (1989). Support behaviors identified as helpful and desired by second-time parents over the perinatal period. *Maternal-Child Nursing Journal* 18 (2): 133-145.
41. Kaufman K.R., Weekes M.E. (1986). Juvenile law and the viable fetus: Clinical perspectives and legal intervention. *International Journal of Law and Psychiatry* 8 (4): 471-482.
42. Kemp V.H., Page C.K. (1987). Maternal self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. *Maternal-Child Nursing Journal* 16 (3): 195-206 (a).
43. Kemp V.H., Page C.K. (1987). Maternal prenatal attachment in normal and high risk pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 16 (3): 179-184.
44. Killien M.G. (1990). Working during pregnancy: psychological stressor or asset? *Naacogs Clinical Issues in Perinatal and Womens Health Nursing* 1 (3): 325-332.
45. Kitzinger S. (1985). Birth over thirty. New York. Penguin Books.
46. Koniak-Griffin D. (1988). The relationship between social support, self esteem, and maternal-fetal attachment in adolescents. *Research in Nursing Health* 11 (4): 269-278
47. Kornas-Biela D. (1993). Wokół początku życia ludzkiego. Warszawa, Nasza Księgarnia.
48. Kramer L., Patterns of fantasy play engagement across the transition to becoming a sibling. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Przyjęty do publikacji.
49. Kurdek L.A. (1991). Marital stability and changes in marital quality in newly wed couples: A test of the contextual model. *Journal of Social and Personal Relationship* 8 (1): 27-48.
50. Kurdek L.A. (1983). 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.
51. 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. New York: Academic Press s.137-164.
52. 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.
53. 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.
54. Legg C., Sherick I. (1974). Wadland W., Reaction of preschool children to the birth of a sibling. *Child Psychiatry and Human Development* 5, s.3-39.

55. Levy S.R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology* 30 (4): 591-601.
56. Lewis J.M. (1988). The transition to parenthood: I. The rating of prenatal marital competence. *Family Process* 27 (2): 149-165.
57. Loos C., Julius L. (1989). The client's view of hospitalization during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 18 (1): 52-56.
58. Mansfield P.K., Cohn M.D. (1986). Stress and later-life childbearing: important implications for nursing. *Maternal Child Nursing Journal* 15 (3): 139-151.
59. McCabe S.B., Gottlib I.H. (1993). Interactions of couples with and without a depressed spouse: self-report and observations of problem-solving situation. *Journal of Social and Personal Relationship* 10 (4): 589-599.
60. Mercer R.T., May K.A., Ferketich S.L., DeJoseph J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. *Nursing Research* 35 (6), s. 339-346.
61. Mercer R.T., Ferketich S.L., DeJoseph J., May K.A., Sollid D. (1988). Effect of stress on family functioning during pregnancy. *Nursing Research* 37 (5), s. 268-275.
62. Merkatz R. (1978). Prolonged hospitalization of pregnant women: The effects on the family. *Birth and the Family Journal* 5 (4): 204-206.
63. Michaels G.Y., Goldberg W.A., (red), (1988). *The Transition to Parenthood: Current Theory and Research*. New York: Cambridge University Press.
64. Mowbray C.T., Lanir S., Hulce M. (1982). Stress, mental health and motherhood. *Birth Psychology Bulletin* 3 (2), s. 10-33.
65. Nadelson C.C. (1975). The pregnant teenager: Problems of choice in a developmental framework. *Psychiatric Opinion* 12 (2): 6-12.
66. Nathanson M., Baird A., Jemail J. (1986). Family functioning and the adolescent mother: a systems approach. *Adolescence* 21 (84): 827-841.
67. Norbeck J.S., Anderson N.J. (1989). Life stress, social support, and anxiety in mid- and late - pregnancy among low income women. *Research in Nursing and Health* 12 (5): 281-287.
68. O'Hara M.W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry* 43 (6), s. 569- 573.
69. Olshansky E.F. (1990). Psychosocial implications of pregnancy after infertility. *Naacogs Clinical Issues in Perinatal and Womens Health Nursing* , 1(3), 342-347.
70. Panzarine S. (1986). Stressors, coping, and social supports of adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health Care* 7(3): 153-161.
71. Parker G., Barnett B. (1988). Perceptions of parenting in childhood and social support in adulthood. *American Journal of Psychiatry* 145 (4), s. 479-482.
72. Phipps S. (1985,86). The subsequent pregnancy after stillbirth: anticipatory parenthood in the face of uncertainty. *International Journal of Psychiatry and Medicine* 15(3), s.243-264.
73. Pratt D. (1990). The partner's role in pregnancy. *Nursing - Oxford* 4 (9), s. 23-24.

74. 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), s. 169-184
75. Rubin J.D., Ferencz C. (1985). Subsequent pregnancy in mothers of infants with congenital heart disease. *Pediatrics* 76 (3): 371-374.
76. Robson B., Mandel D. (1985). Marital adjustment and fatherhood. *Canadian Journal of Psychiatry* 30 (3): 169-172.
77. Saunders, R.B., Robins E. (1987). Changes in the marital relationship during the first pregnancy. *Health Care For Women International* 8 (5-6): 361-377.
78. Sherwen L.N. (1987). Psychosocial Dimensions of the Pregnant family. New York: Springer Publishing Co., Inc.
79. Slayton R.I., Soloff P.H. (1981). Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *Journal of Clinical Psychiatry* 42 (12): 471-473.
80. 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.
81. Stein Z.A., Susser M.W., Hatch M.C. (1986). Working during pregnancy: physical and psychological strain. State of the Art Reviews: *Occupational Medicine* 1 (3): 405-409.
82. Swoislin-Schwartz S., Deatrick J.A., Hanson D. (1988). Parents views about having a child after a SIDS death, *Journal of Pediatric Nursing* 3 (1): 24-28.
83. Teichman Y. (1988). Expectant parenthood. W: S.Fisher, J.Reason (red.), *Handbook of life stress, cognition and health*. Chichester, John Wiley and Sons, s. 3-22.
84. Theut S.K., Pedersen F.A., Zaslow M.J., Rabinovich B.A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss: parental anxiety and depression. *Journal of American Academy and Child Adolescent Psychiatry*, 27(3), s. 289-292.
85. Tilden W.P. (1984). The relation of selected psychosocial variables to single status of adult women during pregnancy. *Nursing Research* 33 (2): 102-107.
86. Tomlinson P.S. (1987). Spousal differences in marital satisfaction during transition to parenthood. *Nursing Research* 36 (4), s. 239-243.
87. Tomlinson B., White M.A., Wilson M.E. (1990). Family dynamics during pregnancy. *Journal of Advanced Nursing* 15 (6), s. 683-688.
88. Turrini P. (1980). Psychological Crises in Normal Pregnancy. W: B.Blum i in., *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding*. New York, *Human Sciences Press*, s.135-150.
89. Unger D.G., Wandersman L.P. (1988). The relation of family and partner support to the adjustment of adolescent mothers. *Child Development* 59 (4): 1056-1060.
90. Weaver R.H., Cranley M.S. (1983). An exploration of paternal-fetal attachment behavior. *Nursing Research* 32 (2): 68-72.
91. Weller R.H., Eberstein I.W., Bailey M. (1987). Pregnancy wantedness and maternal behavior during pregnancy. *Demography* 24 (3): 407-412.

92. Welles-Nystrom B.L., de Chateau P. (1987). Maternal age and transition to motherhood: prenatal and perinatal assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76 (6): 719-725.
93. Winslow W. (1987). First pregnancy after 35: what is the experience? *American Journal of Maternal Child Nursing* 12 (2): 92-96
94. Wright P.J., Henggeler S.W., Craig L. (1986). Problems in paradise? A longitudinal examination of the transition to parenthood. *Journal of Applied Developmental Psychology* 7(3): 277-291.
95. Yu V.Y., Davis N.G., Mercado M.F., Bajuk B., Astbury J. (1986). Subsequent pregnancy following the birth of an extremely low birth-weight infant. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 26 (2): 115-119.
96. Zimmermann T.Ch., Bertagni P., Siani R., Micciolo R. (1994). Marital relationships and somatic and psychological symptoms in pregnancy. *Social Science and Medicine* 38 (4): 559-564.

