

## EDUKACJA PSYCHOLOGICZNA W SZKOLE RODZENIA

Jagoda Sikora, e-mail: j.sikora@gmail.com  
Uniwersytet Śląski  
Ul. Bankowa 12, 40-007 Katowice



Urszula Kmiec, e-mail: u.kmiec@gmail.com  
Uniwersytet Śląski  
Ul. Bankowa 12, 40-007 Katowice

### STRESZCZENIE

Z roku na rok zwiększa się liczba kobiet w ciąży, które uczęszczają do szkół rodzenia. Coraz częściej, poza bardzo istotną sferą fizjologicznej opieki nad ciężarną, do programu włącza się blok zajęć z zakresu psychologii. Do jego celów należy między innymi zwiększanie poczucia sprawstwa u ciężarnej, praca nad negatywnymi przekonaniami dotyczącymi macierzyństwa i porodu oraz zwiększenie poczucia przynależności. W poniższym artykule zostaną zaprezentowane szczegółowo cele, obszary i formy edukacji psychologicznej w szkole rodzenia w kontekście najnowszych doniesień naukowych.

**Słowa kluczowe:** szkoła rodzenia, edukacja psychologiczna, psychologia prenatalna, psychologia narodzin

### Psychological education in childbirth school

#### ABSTRACT

The number of pregnant women who attend childbirth schools is growing year by year. It has become more common to include classes in psychology into the educational program, as well as the very important physiological care for the pregnant woman. This aims to increase the woman's feeling of self-efficacy, help her work on negative beliefs about maternity and delivery, as well as to increase her sense of belonging. This article will present in detail the goals, areas and forms of psychological education in childbirth schooling taking into account the newest research in this field.

**Key words:** childbirth school, psychological education, prenatal psychology, birth psychology

#### WSTĘP

Szkoły rodzenia są obecnie bardzo popularną formą edukacji dla przyszłych rodziców. Niemal na stałe wpisały się one w działania profilaktyczne współczesnego położnictwa. Nie zawsze jednak tak było. Początki szkół rodzenia sięgają lat czterdziestych ubiegłego wieku, kiedy to położnik Grantly Dick-Read, uznawany za prekursora psychoprofilaktyki porodu, sformułował swoją koncepcję „porodu bez lęku”<sup>1</sup>. Ta forma przygotowania ciężarnej do rodzenia siłami natury na-

1 D. Komasa-Biela, *Polski model psychoprofilaktyki porodowej według prof. Włodzimierza Fijałkowskiego*, <http://oplodnosc.pl/index.php/plodnosc/ciaza-porod-laktacja/170-polski-model-psychoprofilaktyki-porodowej-wedlug-profesora-wlodzimierza-fijalkowskiego>, 29.12.2015.

stawiona była na redukcję bólu porodowego. Grantly Dick-Read uważał, że za nasilone skurcze odpowiada kulturowo wykształcony lęk przed porodem, który nasila napięcie somatyczne wywołujące niedotlenienie tkanki mięśniowej i w efekcie prowadzi do zwiększenia odczuwanego bólu. Teoria ta zwana „błędnym kołem lęku” dała podłoże do stosowania takich oddziaływań wobec ciężarnych, jak trening pogłębionej relaksacji oraz zmiana przekonań na temat porodu poprzez dostarczenie wiedzy o mechanizmach porodu i zadaniach rodzącej<sup>2</sup>. Chociaż poglądy G. Dick-Reada nie znalazły szybko szerokiego grona odbiorców w Anglii, to znacznie zainspirowały położników w innych krajach europejskich. W ten sposób powstała w latach pięćdziesiątych XX w. druga, najbardziej znana po angielskiej, francuska szkoła położnika Fernanda Lamaze. W swojej praktyce skupiał się, podobnie jak G. Dick-Read, na zmniejszeniu odczuwanego przez rodzącą bólu porodowego. Był on zdania, że skuteczne zniwelowanie go jest możliwe tylko poprzez dostarczenie ciężarnej odpowiednio wcześniej wiedzy o porodzie oraz przygotowaniu jej do stosowania różnych form oddychania w odpowiedzi na bodziec, jakim są skurcze macicy. Innymi słowami uważał on, że dzięki koncentracji na skurczach i na prawidłowym realizowaniu zadania, jakim jest właściwe oddychanie, rodząca nie skupia się na bólu, przez co ten się zmniejsza. Z tego powodu metoda opracowana przez F. Lamaze (nazywana też „porodem bez bólu”) opiera się głównie na nauce koncentracji oraz pomocnych w porodzie technik oddechowych (np. oddech szybki, oddech płytki)<sup>3</sup>. Warty podkreślenia jest również fakt, że F. Lamaze jako pierwszy podkreślił istotny udział ojców w porodzie, jako osób wspierających rodzącą, i zaprosił ich do wspólnego udziału w zajęciach w szkole rodzenia.

Do prekursorów nowoczesnej psychoprofilaktyki okołoporodowej w Polsce zalicza się prof. Jana Lesińskiego (Warszawa)<sup>4</sup>, prof. Tadeusza Laudańskiego (Łódź), prof. Adama Cekańskiego (Bytom) oraz prof. Włodzimierza Fijałkowskiego (Łódź)<sup>5</sup>. Ostatni z nich wywarł bodajże największy wpływ na stan polskiej psychoprofilaktyki położniczej i jako jeden z pierwszych otworzył szkołę rodzenia w Łodzi, która stała się pierwowzorem dla wielu podobnych placówek w naszym kraju. W. Fijałkowski podkreślał konieczność aktywnego uczestnictwa kobiety w porodzie poprzez koncentrację na wyuczonych zachowaniach i umiejętnościach, która prowadzi do czynnego odprężenia między skurczami i umożliwia odczuwanie bólu (tzw. odczuwalność naturalna) niemodyfikowanego przez lęki kulturowe i tym samym możliwego do zniesienia i umożliwiającego prawidłowy przebieg porodu<sup>6</sup>. Wskazywał on na znaczenie kinezystymulacji, czyli podwyższonej gotowości organizmu do zwiększonego wysiłku i ruchowej sprawności, która może być wypracowana dzięki odpowiednim ćwiczeniom ogólnorozwojowym, oddechowym i relaksacyjnym. Tym samym położył on większy nacisk na „uruchomienie i spotęgowanie naturalnych sił i uzdolnień rodzącej kobiety”<sup>7</sup> niż G. Dick-Read czy F. Lamaze. W. Fijałkowski podkreślał także istotną rolę obecności ojca przy narodzinach dziecka, porodu rodzinnego, możliwości samodzielnego wyboru pozycji przez rodzącą czy też nawiązywania więzi z dzieckiem w trakcie ciąży. Był on zwolennikiem porodu naturalnego bez znieczulenia<sup>8</sup>. Edukacja w szkole rodzenia prowadzona zgodnie z metodą W. Fijałkowskiego ma na celu „redukcję negatywnych i nieprawdziwych wyobrażeń o porodzie, zapoznanie się z przebiegiem porodu i zadaniami rodzącej, nabycie umiejętności relaksacji, oddychania torem brzuszny, parcia oraz utrzymania dobrej kondycji ogólnej”<sup>9</sup>.

2 P. Kołomyjec, S. Suchocki, M. Kędra-Rakoczy, *Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 2007, nr 43(3), s. 57-60.

3 S. Datta, *Metody łagodzenia bólu podczas porodu*, Warszawa 2008, s. 17-27.

4 J. Lesiński, *Profilaktyka bólów porodowych*, Warszawa 1956.

5 W. Fijałkowski, *Szkoła Rodzenia*, Warszawa 1994.

6 P. Kołomyjec i in., dz. cyt.

7 D. Kornas-Biela, dz. cyt.

8 W. Fijałkowski, *U progu rodzicielstwa*, Wrocław 1992, s. 95-114.

9 D. Kornas-Biela, dz. cyt.

Z powyższego szkicu historycznego wynika, że przedmiotami zainteresowania edukacji okołoporodowej były przede wszystkim dolegliwości bólowe rodzącej, udział ojca w porodzie oraz podmiotowe traktowanie nienarodzonego dziecka, którego przeżycia związane z aktem narodzin należy uwzględniać w kompleksowej opiece położniczej<sup>10</sup>. W ostatnich latach oferta szkół rodzenia coraz częściej poszerzana jest o zajęcia psychologiczne prowadzone przez wykwalifikowanych psychologów. W poniższym artykule pragniemy zapytać o to, czy ta forma kształcenia jest istotna z punktu widzenia opieki okołoporodowej oraz jakie obszary, cele i rodzaje oddziaływań powinna ona obejmować.

### **CZY POŁOŻNA I LEKARZ NIE WYSTARCZĄ? PO CO JESZCZE PSYCHOLOG?**

Funkcje zawodowe personelu medycznego różnią się znacząco od zadań wykonywanych przez psychologa, chociaż z pozoru poruszane obszary tematyczne wydają się zbieżne. Różnice te dotyczą przede wszystkim filozofii zawodowej oraz celów oddziaływań. Najważniejszą wartością dla lekarzy i położnych jest zdrowie człowieka, a wszelkie oddziaływania ukierunkowane są na jego przywrócenie. Tymczasem psycholog skupiony jest na poznaniu drugiego człowieka z jego indywidualnym systemem wartości. Podejmowane przez niego interwencje mają na celu najczęściej nie tyle przywrócenie zdrowia jednostce, co znalezienie sposobu na takie przekształcenie jej subiektywnej rzeczywistości, by mogła on zachować możliwość samorealizacji<sup>11</sup>. Rozróżnienie pomiędzy obszarami pracy psychologa oraz personelu medycznego przedstawiono poniżej w Tabeli 1.

**Tabela 1.** Różnice między lekarzami, położnymi a psychologami.

<b>Personel medyczny</b>	<b>Psycholog</b>
Nastawienie na rozwój fizyczny dziecka.	Nastawienie na rozwój psychiczny i społeczny dziecka.
Dbanie o prawidłowy przebieg ciąży i porodu.	Zabezpieczenie potrzeb psychicznych ciężarnej (lub położnicy) i jej najbliższych.
Normalizacja lęków związanych z medycznym aspektem ciąży.	Normalizacja lęków związanych ze zmianami tożsamościowymi i społecznymi w wyniku ciąży.
Nie skupia się na relacji między partnerami.	Wzmocnienie więzi między partnerami.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie doświadczeń zdobytych podczas wieloletniej pracy w szkole rodzenia.

Pierwsza z różnic dotyczy akcentowania odrębnych obszarów rozwoju dziecka – personel medyczny skupia się na jego rozwoju fizycznym, a psycholog – na rozwoju psychicznym i społecznym. Rola tego drugiego jest tutaj o tyle istotna, że, jak pisze Eleonora Bielawska-Batorowicz<sup>12</sup>, poczęcie dziecka to zapoczątkowanie samodzielnego życia wyposażonego w skomplikowany ośrodkowy układ nerwowy, w wyniku działania którego powstaje nowa psychika i nowa świadomość. Zwrócenie uwagi młodych rodziców na rozwój psychiczny ich potomka, z uwzględnieniem koncepcji pamięci prenatalnej, pozwala im lepiej zrozumieć jego umiejętności poznawcze oraz społeczne, co z kolei przekłada się na nawiązywanie z nim głębszej więzi emocjonalnej jeszcze w okresie życia pło-

10 J. Zasada, M. Stopikowska, *Wybrane propozycje edukacyjne dla kobiet planujących ciążę, ciężarnych i młodych matek*, [w:] M. Stopikowska (red.), *Rodzicielstwo wobec wyzwań współczesnego świata*, Gdańsk 2013, s. 256-258.

11 B. Zawadzka, *Psychologiczne problemy chorych nefrologicznie*, [w:] B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Kraków 2007, s. 113-115.

12 E. Bielawska-Batorowicz, *Psychologia prokreacji jako dziedzina badań i obszar praktycznej działalności psychologa*, „Przegląd Psychologiczny” 1999, nr 42(1-2), s. 221-239.

dowego. Warto pamiętać, że zbudowanie relacji opartej na miłości z nienarodzonym dzieckiem jest najważniejszym zadaniem rodziców w okresie ciąży<sup>13</sup>.

Kolejna różnica polega na postrzeganiu potrzeb ciężarnej. Personel medyczny będzie dbał przede wszystkim o bezpieczny i poprawny przebieg ciąży i porodu. Psycholog tymczasem skupiony będzie na zabezpieczeniu jej potrzeb psychicznych (w szczególności potrzeb emocjonalnych). Zwrócenie uwagi na tę warstwę przeżyć jest niezwykle istotne z dwóch powodów. Po pierwsze, jak wskazują Ewa Jakubiak-Zapalska oraz Zbigniew Banaczek, „na prawidłowy przebieg ciąży istotny wpływ ma sposób przeżywania przez matkę odmienności swego stanu, zwłaszcza po przebytych niepowodzeniach – własnych czy swoich najbliższych”<sup>14</sup>. Po drugie, czas ciąży wiąże się z wieloma zmianami tożsamościowymi oraz społecznymi, w wyniku których młoda matka szczególnie silnie odczuwa potrzebę otrzymania wsparcia emocjonalnego<sup>15</sup> – zarówno ze strony partnera i rodziny, jak i opiekujących się nią specjalistów. Psycholog okazuje je poprzez zapewnienie przestrzeni do dzielenia się własnymi obawami oraz danie możliwości do pracy z indywidualnymi trudnościami. Takie formy pomocy mają na celu w szczególności zmniejszenie lęku przed porodem<sup>16</sup> oraz zminimalizowanie ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych lub afektywnych zarówno w ciąży, jak i po porodzie<sup>17</sup>.

Omawiane powyżej różnice wiążą się z kolejną, dotyczącą treści akcentowanych obaw przyszłych rodziców. Personel medyczny pracujący w szkole rodzenia będzie pracować z ciężarnymi i ich partnerami nad normalizacją lęków związanych z medycznym aspektem ciąży. Wiedza merytoryczna położnej i lekarza pozwoli im na zapewnienie kobiecie wsparcia informacyjnego, które może przyczynić się do obniżenia poziomu lęku przed medycznymi aspektami ciąży, porodu i położu<sup>18</sup>. Z kolei psycholog będzie próbował oswoić te lęki, które wynikają ze zmian tożsamościowych i społecznych związanych z poczęciem dziecka.

Ostatnia różnica związana jest z uwzględnianiem przemian w relacji między partnerami. Dotyczy ona szczególnie pracy psychologa, bowiem ze względu na pełnione funkcje zawodowe sfera ta nie należy do obszaru zainteresowań personelu medycznego. Okres związany z oczekiwaniem przyjścia na świat dziecka oraz jego narodzinami wpływa znacząco na poziom bliskości i zażyłości partnerów względem siebie. Niestety, nieporozumienia i niedomówienia mogą stać się przyczyną poważnych kłótni i sporów, czasami kończących się nawet rozstaniem. Aby temu zapobiec, psycholog w szkole rodzenia podejmuje działania zmierzające do nauki asertywnego komunikowania swoich potrzeb, jak również wspiera partnerów we wzajemnym okazywaniu sobie zrozumienia i życzliwości. W bezpiecznych warunkach, podczas prowadzenia zajęć psychologicznych, jest miejsce na analizę wzajemnych relacji oraz napotykanych trudności.

Dzięki włączeniu psychologa do profilaktyki porodowej w szkołach rodzenia możliwe jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, których celem jest kompleksowe zaspokojenie potrzeb młodych rodziców i ich nienarodzonego dziecka. Taki model pracy przekłada się zarówno na wyższą jakość samej edukacji, zwiększenie ilości zachowań prozdrowotnych u młodych rodziców, jak i wzrost ich aktywności i sprawnego uczestnictwa w narodzinach dziecka.

13 Ł. Bieleninik, J. Preis, M. Bidzan, *Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążach wielopłodowych i pojedynczych*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2010, nr 3(3), s. 223-231.

14 E. Jakubiak-Zapalska, Z. Banaczek, *Wybrane zagadnienia z psychologii prenatalnej*, Radom 2000, s. 23.

15 G. Baglio, S. Donati, A. Spinell, *Do antenatal classes benefit the mother and her baby?*, „Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine” 2003, No. 13(2), s. 94-101.

16 G. Bączyk, V. Cebulska, V. Kozłak, M. Michalak, A. Bajek, *Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży*, „Problemy Epidemiologii i Higieny” 2011, nr 92(4), s.774-777.

17 K. Kossakowska, *Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, nr 19(4), s. 463-468.

18 B. Chazan, *Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży*, [w:] G. H. Bręborowicz (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2005, s. 58-75.

## CO ROBI PSYCHOLOG W SZKOLE RODZENIA? OBSZARY I FORMY ODDZIAŁYWAŃ

Zadania realizowane przez psychologa prowadzącego zajęcia i konsultacje w szkole rodzenia zasadniczo dotyczą następujących 4 obszarów tematycznych:

- emocje,
- relacje między partnerami,
- budowanie więzi z dzieckiem,
- stymulowanie rozwoju dziecka w łonie matki.

Pierwszy z wymienionych obszarów – emocje – związany jest z podejmowaniem działań w tych sferach, które dotyczą różnych obaw młodych rodziców. Stan emocjonalny kobiety (oraz jej partnera) ma bowiem ogromne znaczenie dla rozwoju płodu, przebiegu samego porodu oraz adaptacji matki (jak i ojca) do nowej roli społecznej. W badaniach prowadzonych przez Lisę Andersson i Inger Sundström-Poromaa<sup>19</sup> stwierdzono związek pomiędzy wskaźnikami prenatalnego lęku i depresji a nasileniem somatycznych dolegliwości takich jak nudności czy wymioty. Lęk przed porodem jest tematem często opisywanym w literaturze medycznej i psychologicznej, jednak ciągle nie udało się go jednoznacznie zdefiniować<sup>20</sup>. Już na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku zespół pod kierunkiem Barbro Areskog<sup>21</sup> określił częstość jego występowania w umiarkowanym natężeniu na poziomie 17%. Badania prowadzone w kolejnych latach nie są już jednak tak spójne co do epidemiologii lęku przed porodem. Aktualnie szacuje się, że w umiarkowanym natężeniu występuje on u 23% do nawet 64% ciężarnych. Natomiast w nasileniu poważnym dotyczy on 6-10% kobiet<sup>22</sup>. Do determinantów lęku przed porodem Monika Guskowska<sup>23</sup> zalicza czynniki związane z predyspozycjami osobowościowymi lub doświadczeniami psychicznymi jednostki, takimi jak: wcześniejsze problemy psychologiczne, negatywne doświadczenia w roli pacjenta, poczucie braku bezpieczeństwa podczas porodu, złe relacje z partnerem, trudności w zaakceptowaniu ciąży oraz problemy z akceptacją nowej roli społecznej. Metoda edukacyjna stosowana przez psychologa w tym obszarze to najczęściej psychoedukacja, której celem jest zapoznanie uczestników zajęć z czynnikami lękotwórczymi, sposobami powstawania lęków wg koncepcji poznawczej i sposobami ich oswojania. Psycholog podczas części wykładowej tłumaczy, jakie są przyczyny wahań nastroju, czym jest tzw. baby blues, depresja poporodowa oraz jakie są objawy poszczególnych zaburzeń. Część warsztatowa zajęć poświęcona jest pracy nad własnymi emocjami, identyfikacją i oswojaniem indywidualnych lęków, rozpoznawaniem własnych postaw wobec ciąży i porodu. Warto podkreślić, że praca praktyczna może odbyć się tylko w uprzednio zbudowanej atmosferze porozumienia, intymności i bezpieczeństwa. Budowanie poczucia wspólnoty jest dodatkowo pogłębione dzięki umożliwieniu uczestnikom dyskusji, w ramach której mają oni możliwość poruszania istotnych dla siebie kwestii. Aby wyposażyć młodych rodziców w praktyczne umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresogennych, psycholog może również zaproponować elementy treningu relaksacyjnego. Warto podkreślić, że do aktywnego udziału w proponowanych ćwiczeniach zapraszane są ciężarne kobiety oraz ich partnerzy. Zaangażowanie ojca dziecka w przebieg zajęć wpływa pozytywnie zarówno na pogłębienie więzi między partnerami, jak i pomiędzy nimi a ich nie narodzonym dzieckiem. Obecnie wiele badań ukazuje istotny wpływ, jaki ma satysfakcjonująca

19 L. Andersson, I. Sundström-Poromaa, M. Wulff, *Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome*, „Obstetrics & Gynecology” 2004, No. 104, p. 467-476.

20 M. Guskowska, *Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2012, nr 5(3), s. 154-161.

21 B. Areskog, N. Uddenberg, B. Kjessler, *Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy*, „Gynecologic and Obstetric Investigation” 1982, No. 13, p. 98-107.

22 Tamże.

23 M. Guskowska, dz. cyt.

relacja między młodymi rodzicami na stan psychiczny ciężarnej, prawidłowy przebieg ciąży oraz rozwój dziecka<sup>24</sup>.

Okres ciąży jest momentem dychotomicznym dla relacji między partnerami, z jednej strony bowiem wpływa na zacieśnienie więzi, ale z drugiej generuje różne dodatkowe trudności wynikające z budowania nowej tożsamości rodzica, podejmowanych prób odnalezienia się w innej niż dotychczasowa roli społecznej oraz zmieniającej się seksualności i atrakcyjności. Każda ciąża, zarówno ta planowana, jak i ta niepożądana, jest sytuacją stresogenną, która przez część badaczy uznawana jest za wydarzenie krytyczne<sup>25</sup>. Wśród obszarów poruszanych na zajęciach z psychologiem szczególną wagę przykładana się do wspierania pozytywnych postaw wobec partnera (zwiększanie poziomu odbieranego wsparcia), które odpowiednio budowane stanowi bardzo istotny zasób nie tylko dla kobiety ciężarnej, ale również dla jej partnera. Czas pracy nad relacją partnerską jest momentem bardzo indywidualnym. Uczestnicy zajęć sami wyznaczają granice, w obrębie których chcą się otworzyć do tego rodzaju pracy. Tematy poruszane podczas bloku zajęć psychologicznych związane są również z postrzeganą atrakcyjnością seksualną nie tylko w ciąży, ale również po porodzie. Do tego celu często wykorzystywana jest psychoedukacja, w ramach której poruszana jest problematyka zmian indywidualnych i społecznych związanych z poczęciem dziecka (w tym zmian emocjonalnych, seksualnych, tożsamościowych, podziału obowiązków). Oprócz tego psycholog powinien zachęcić partnerów do dyskusji na temat tego, jak będzie wyglądało ich funkcjonowanie po porodzie. Bardzo często na tym etapie młodym rodzicom proponowane są różne elementy z treningu asertywności (np. ćwiczenie umiejętności stawiania granic) oraz ćwiczenie technik skutecznego komunikowania się (np. otwartego proszenia o pomoc, jasnego wyrażania własnych potrzeb). Z obszarem dotyczącym relacji między partnerami związana jest również problematyka porodu rodzinnego, która również powinna być poruszana na zajęciach psychologicznych. Warto skupić się w szczególności na rozważeniu wad i zalet takiego rozwiązania, skutecznego wybrania osoby wspierającej oraz jej zadań. Można podkreślić, że wyniki badań wskazują jednoznacznie na to, że obecność ojca w czasie porodu zwiększa poczucie bezpieczeństwa u rodzących, wpływa pozytywnie na zacieśnianie relacji między partnerami oraz sprzyja nawiązywaniu intymnej i głębokiej więzi między ojcem a dzieckiem<sup>26</sup>. W związku z dużą liczbą doniesień medialnych promujących porody rodzinne, które mogą być odbierane jako presja społeczna, podczas zajęć psychologicznych należy położyć nacisk na naukę umiejętności asertywnego komunikowania własnego zdania i potrzeb. Warto pamiętać, że wspólny udział partnerów w porodzie nie zawsze musi wpłynąć pozytywnie na ich relacje. Rolą psychologa jest odpowiednie rozeznanie w sytuacji między partnerami oraz umiejętne stworzenie możliwości do dyskusji (na zajęciach, ale i prywatnie w domu), podczas której partnerzy będą mogli uczciwie porozmawiać o wzajemnych oczekiwaniach.

Kolejnym obszarem pracy psychologa w szkole rodzenia jest temat budowania relacji z dzieckiem. Tym samym psycholog nawiązuje do rozwoju społecznego niemowlęcia. Jednym z istotnych czynników wpływających na późniejszy stosunek rodziców do noworodka i ich zadań rodzicielskich jest więź emocjonalna, jaką nawiązują oni ze swoim dzieckiem w okresie prenatalnym. Kształtowanie się tej relacji, jak i jej powstanie, jest bardzo indywidualnym procesem wynikającym z wielu subiektywnych czynników, przez co trudno ją poddać empirycznej weryfikacji<sup>27</sup>.

24 S. Kędziora, *Znaczenie wybranych czynników osobowościowych i sytuacyjnych w przebiegu ciąży*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia Supplement” 1996, nr 13, s. 178-180.

25 L. M. Glynn, C.D. Schetter C.D., Hobel C.J., Sandman C.A., *Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth*, *Health Psychology*, “Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association” 2008, No. 27, p. 43-51.

26 M. Krupa, *Jesteś całym moim światem - o ciąży, porodzie i małym dziecku*, Warszawa 1997.

27 M. Stelmasik-Turczyńska, *Adaptacja kobiety do roli matki w okresie ciąży – doniesienie z badań*, [w:] M. Stopikowska (red.), *Rodzicielstwo wobec wyzwań współczesnego świata*, Gdańsk 2013, s. 63-88.

W ramach tego obszaru tematycznego młodzi rodzice zachęceni są do aktywnego nawiązywania relacji z własnym dzieckiem, np. poprzez wizualizację czy też rozmowy o jego przyzwyczajeniach lub temperamencie. Można to czynić za pomocą dyskusji, jak również metod typu papier-ołówki. Magda Stelmasik-Turczyńska wymienia między innymi poszukiwanie informacji na temat rozwoju dziecka oraz ogólne zainteresowanie się kobiety swoim stanem<sup>28</sup> jako wyznaczniki budowania więzi z dzieckiem w okresie prenatalnym. W ramach omawiania tej problematyki można również poruszyć kwestie związane z pamięcią prenatalną, prawidłowymi formami oddziaływania wychowawczego, sposobami budowania poczucia bezpieczeństwa. Dobrze jest również podkreślić, że rodzice muszą nauczyć się kochać swoje dziecko, podobnie jak i ono musi nauczyć się kochać ich – aby to uczynić, musi mieć jednak możliwość ich uprzedniego poznania.

Ostatni obszar edukacji psychologicznej w ramach profilaktyki okołoporodowej dotyczy wykorzystywania umiejętności dziecka do stymulacji jego rozwoju w łonie matki w czasie okresu noworodkowego. W jego ramach młodzi rodzice zapoznawani są z rozwojem funkcji poznawczych dziecka oraz jego zmysłami. Wiedza dotycząca umiejętności noworodka jest istotna z punktu widzenia prawidłowego rozwoju psychicznego dziecka. Rodzice uczą się, jak wykorzystywać te umiejętności w praktyce, np. przy kompletowaniu wyprawki dla noworodka, możliwych formach zabawy z nim, planowaniu przestrzeni dla dziecka, wyborze dostosowanych do jego umiejętności zabawek czy też dla prawidłowego rozwoju jego sprawności intelektualnej. Podobnie dla okresu ciąży – warto wskazać rodzicom, że można stymulować rozwój dziecka w łonie poprzez: śpiewanie, granie na instrumencie, dotykanie czy głaskanie brzucha, myślenie o dziecku, wizualizację jego aktualnego stanu, słuchanie muzyki albo czytanie opowiadań lub bajek<sup>29</sup>. Formy te mają na celu zbudowanie bezpiecznej i pełnej miłości relacji pomiędzy nimi a dzieckiem, jeszcze przed jego narodzinami. Sprzyjają także posiadaniu przez nich pozytywnego nastawienia do ciąży, a także ich adaptacji do pełnienia roli rodzicielskich (szczególnie gdy oczekują na swoje pierwsze dziecko). Taki rodzaj stymulacji, zgodnie z koncepcją psychologii prenatalnej, wpływa pozytywnie na rozwój układu nerwowego dziecka, gdyż dostarcza bodźców, które pobudzają mózg do pracy i tym samym sprzyjają intensyfikacji jego możliwości, co kolejno przekłada się na szybsze osiąganie przez dziecko kolejnych stadiów rozwoju. Stymulacja prenatalna sprzyja także wzmocnieniu zmysłów dziecka, za pomocą których będzie komunikowało się ono z otoczeniem tuż po porodzie, oraz zaspokaja jego potrzebę bezpieczeństwa i tym samym przygotowuje go do samodzielnego życia poza łonem matki<sup>30</sup>. Podobnie jak w poprzednich obszarach, podczas zajęć psychologicznych istotnym jest pozostawienie miejsca na dyskusję o wątpliwościach czy obawach związanych z prawidłowym rozwojem umysłowym dziecka.

Podsumowanie powyższych rozważań zostało zamieszczone poniżej w Tabeli 2.

28 Tamże.

29 R. Łukasik, W. Waksmańska, Ż. Golańska, H. Woś, *Różnice w wyobrażeniach matki i ojca o życiu prenatalnym dziecka*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, nr 15, s. 254-261.

30 A. Sipiński, M. Kazimierczak, *Psychoprofilaktyka położnicza*, [w:] A. Sipiński (red.), *Opieka w położnictwie*, Katowice 2012, s. 81-83.

**Tabela 2.** Przykładowe formy oddziaływań psychologicznych dla różnych obszarów ciąży i porodu.

	Obszary	Przykładowe formy oddziaływań
EMOCJE	Lęk przed porodem.	(1) Psychoedukacja: czynniki lękotwórcze, etiologia powstawania lęków wg koncepcji poznawczej, przyczyny wahań nastroju, normalizacja odczuwanych emocji, baby blues i depresja poporodowa (objawy i metody pomocy). (2) Techniki relaksacyjne (wizualizacja, oddychanie przeponowe). (3) Dyskusja grupowa o własnych przekonaniach i obawach. (4) Weryfikacja faktów i mitów na temat ciąży, porodu i położu. (5) Ćwiczenia polegające na oswojaniu indywidualnych lęków uczestników. (6) Nauka elementów asertywnego rozwiązywania konfliktów. (7) Zwiększanie poczucia aktywnego uczestnictwa w porodzie u ciężarnej – omówienie planu porodu.
	Przygotowanie do roli rodzica.	
	Prewencja okołoporodowych zaburzeń lękowych i afektywnych.	
	Wspieranie pozytywnego doświadczenia porodu.	
	Wspieranie poczucia sprawstwa i kontroli.	
RELACJA MIĘDZY PARTNERAMI	Wspieranie pozytywnych postaw wobec partnera (zwiększanie poziomu odbieranego wsparcia).	(1) Psychoedukacja: zmiany indywidualne i społeczne w ciąży i po porodzie (w tym zmiany emocjonalne, seksualne, tożsamościowe, podział obowiązków). (2) Nauka wybranych technik z treningu asertywności (np. stawiania granic, proszenia o pomoc, konstruktywna krytyka, otwarte komunikowanie własnych potrzeb). (3) Nauka identyfikowania własnych potrzeb. (4) Zachęcanie do regularnej aktywności fizycznej. (5) Zidentyfikowanie indywidualnych i społecznych potencjalnie konfliktotwórczych czynników. (6) Poród rodzinny – analiza plusów i minusów, analiza wzajemnych oczekiwań, omówienie cech osoby wspierającej.
	Percepcja własnej atrakcyjności seksualnej.	
	Umiejętne rozwiązywanie konfliktów.	
BUDOWANIE WIEZI Z DZIECKIEM	Budowanie poczucia bezpieczeństwa.	(1) Psychoedukacja: pamięć prenatalna, omówienie prawidłowych form oddziaływań wychowawczych, sposoby budowania poczucia bezpieczeństwa u dziecka. (2) Wizualizacja własnego dziecka. (3) Opowiadanie na forum o cechach, przyzwyczajeniach, temperamencie własnego dziecka. (4) Opisywanie własnego dziecka metodą papier-ołówek. (5) Rysowanie własnego dziecka.
	Nawiązywanie relacji.	
STYMULOWANIE ROZWOJU DZIECKA	Wykorzystanie umiejętności dziecka do stymulacji jego rozwoju.	(1) Psychoedukacja: rozwój zmysłów, rozwój umiejętności poznawczych dziecka, rozwój świadomości, wykorzystywanie zmysłów do stymulacji rozwoju dziecka i nawiązania z nim relacji. (2) Ćwiczenie rozpoznawania przedmiotów, które mogą być wykorzystane do stymulacji poznawczej noworodka. (3) Ćwiczenie zabaw stymulujących rozwój dziecka.

Źródło: Opracowanie własne.



## CELE EDUKACJI PSYCHOLOGICZNEJ W SZKOLE RODZENIA

Dotychczasowe dokonania twórców psychoprofilaktyki okołoporodowej pozwoliły na sformułowanie pięciu podstawowych celów ogólnych edukacji w szkołach rodzenia. Są one charakterystyczne szczególnie dla tych ośrodków, w których największy nacisk kładzie się na edukację medyczną i położniczą. Pierwszy z nich dotyczy przygotowania ciężarnych do świadomego i aktywnego porodu poprzez dostarczenie wiedzy o nim i praktycznych umiejętności (ćwiczenia fizyczne, techniki relaksacyjne i oddechowe). Drugi określa taką funkcję edukacji okołoporodowej, jaką jest przygotowanie do pełnienia ról rodzicielskich (umiejętność pełnienia opieki nad noworodkiem, jego pielęgnacji i karmienia). Trzeci z celów ogólnych edukacji dotyczy zapoznania ciężarnych i ich partnerów z metodami łagodzenia bólu porodowego. Czwarty obejmuje promocję porodu siłami natury oraz karmienia piersią. Piąty i jednocześnie ostatni, obejmuje promowanie zachowań prozdrowotnych u młodych rodziców<sup>31</sup>.

Wymienione powyżej cele ogólne są nadrzędne dla wszystkich zajęć proponowanych w szkołach rodzenia i wyznaczają ogólny kierunek podejmowanych działań. Edukacja psychologiczna, oprócz ich realizacji, spełnia również bardziej szczegółowe, swoiste dla swojej dyscypliny zamierzenia<sup>32</sup>. Podzielić je można na te, które dotyczą oddziaływań wobec młodych rodziców lub wobec ich relacji z nienarodzonym dzieckiem. Do pierwszej grupy można zaliczyć następujące zadania: zmniejszanie lęku przed porodem i rodzicielstwem, przygotowanie do akceptacji trudów związanych z porodem (np. bólu), wspieranie pozytywnego doświadczenia porodu, normalizowanie emocji związanych z ciążą i rodzicielstwem, zwiększenie wiedzy na temat zaburzeń lękowych i emocjonalnych związanych z ciążą i form dostępnej pomocy, nabycie umiejętności identyfikowania własnej sieci wsparcia, zwiększenie umiejętności asertywnej komunikacji i rozwiązywania konfliktów oraz zwiększenie poczucia sprawstwa i samoskuteczności. Z kolei cele szczegółowe dotyczące oddziaływań związanych z tworzeniem relacji z dzieckiem obejmują: zwiększenie wiedzy na temat jego rozwoju psychicznego i emocjonalnego, prawidłowych oddziaływań wychowawczych, skutecznych metod stymulacji jego rozwoju, a także form nawiązywania z nim bezpiecznej więzi w okresie ciąży i po porodzie.

## PODSUMOWANIE

Edukacja psychologiczna jest istotnym elementem psychoprofilaktyki okołoporodowej. Pozwala ona na uzupełnienie tej sfery doświadczeń psychicznych związanych z poczęciem dziecka i oczekiwaniem jego przyjścia na świat, która nie należy do obszaru zainteresowań lekarza czy położnej (ze względu na specyfikę ich funkcji i zadań zawodowych), niemniej ma znaczący wpływ na prawidłowy przebieg ciąży. Istnieją cztery kluczowe obszary zainteresowania edukacji psychologicznej w ramach szkoły rodzenia. Pierwszy dotyczy przeżyć i doświadczeń emocjonalnych młodych rodziców. Zadaniem psychologa jest znormalizowanie emocji związanych ze zmianami tożsamościowymi i społecznymi charakterystycznymi dla ciąży, a także oswojenie wynikających z nich lęków przed porodem i rodzicielstwem. Drugi obszar dotyczy zmieniającej się relacji między partnerami, która w wyniku zachodzących procesów może ulec pogorszeniu. Celem proponowanych oddziaływań psychologicznych jest więc dostarczenie takich narzędzi partnerom, aby mogli skutecznie wzajemnie się wspierać (i pozytywnie postrzegać otrzymywane wsparcie), jak również by traktowali siebie i swoje potrzeby z troską i życzliwością. Trzeci z omówionych obszarów dotyczył najważniejszego zadania, jakie stoi przed rodzicami oczekującymi na narodziny swojego dziecka, a mianowicie, nawiązania z nim bezpiecznej i pełnej miłości więzi. Jest to niezwykle trudne zadanie i niewątpliwie niemożliwe do zrealizowania w ramach kilkukrotnych spotkań w szkole rodzenia. Mimo to psycholog powinien podjąć próby zachęcenia rodziców do budowania relacji z własnym dzieckiem za pomocą ade-

31 Cele zostały sformułowane w oparciu o analizę historii psychoprofilaktyki okołoporodowej w Polsce, zawartej w książce: A. Sipiński, M. Kazimierzczak, dz. cyt., s. 74-90.

32 Cele te zostały wyróżnione w oparciu o doświadczenia własne auterek, zdobyte podczas tworzenia programów psychologicznych dla młodych rodziców oraz wieloletniej pracy w szkole rodzenia.

kwatnych ćwiczeń, jak również poprzez przedstawienie uczestnikom istotnego wpływu, jakie ma poczucie bezpieczeństwa dla rozwoju dziecka w pierwszych latach jego życia. Ostatni z obszarów dotyczył wykorzystania predyspozycji dziecka w łonie, jak również noworodka, do skutecznego stymulowania jego rozwoju. W ramach zajęć psychologicznych młodzi rodzice mogą dowiedzieć się, jak wygląda rozwój psychiczny dziecka, a także nauczyć się, jak wykorzystywać tę wiedzę w codziennej opiece nad noworodkiem. Artykuł zakończono wyszczególnieniem ogólnych i szczegółowych celów kształcenia w szkole rodzenia. Przedstawione tutaj praktyczne wskazówki można zastosować we własnej okołoporodowej edukacji psychologicznej.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] Andersson L., Sundström-Poromaa I., Wulff M., *Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome*, "Obstetrics & Gynecology" 2004, No. 104
- [2] Areskog B., Kjessler B., Uddenberg N., *Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy*, "Gynecologic and Obstetric Investigation" 1982, No. 13
- [3] Areskog B., Uddenberg N., Kjessler B., *Background factors in pregnant women with and without fear of childbirth*. J. Psychosom., "Obstetrics & Gynecology" 1983, No. 2
- [4] Areskog B., Uddenberg N., Kjessler B., *Fear of childbirth in late pregnancy*, "Gynecologic and Obstetric Investigation" 1981, No. 12
- [5] Baglio G., Donati S., Spinelli A., *Do antenatal classes benefit the mother and her baby?*, "Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine" 2003, No. 13(2)
- [6] Bączyk G., Cebulka V., Kozłak V., Michalak M., Bajek A., *Poziom lęku przedporodowego u kobiet w ciąży*, „Problemy Epidemiologii i Higieny” 2011, nr 92(4)
- [7] Bieleninik Ł., Preis J., Bidzan M., *Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążyach wielopłodowych i pojedynczych*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2010, nr 3(3)
- [8] Bielawska-Batorowicz E., *Psychologia prokreacji jako dziedzina badań i obszar praktycznej działalności psychologa*, „Przegląd Psychologiczny” 1999, nr 42(1-2)
- [9] Chazan B., *Organizacja opieki medycznej nad kobietą w ciąży*, [w:] Bręborowicz G. H. (red.), *Położnictwo i ginekologia*, Warszawa 2005
- [10] Czarnocka J., Slade P., *Prevalence and predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth*, "British Journal of Clinical Psychology" 2000, No. 39
- [11] Datta S., *Metody łagodzenia bólu podczas porodu*, Warszawa 2008
- [12] Fijałkowski W., *Szkola Rodzenia*, Warszawa 1994
- [13] Fijałkowski W., *U progu rodzicielstwa*, Wrocław 1992
- [14] Glynn L. M., Schetter C. D., Hobel C. J., Sandman C. A., *Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth*, *Health Psychology*, "Health Psychology" 2008, No. 27
- [15] Guskowska M., *Lęk przed porodem i determinujące go czynniki – przegląd literatury*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2012, nr 5(3)
- [16] Kędziora S., *Znaczenie wybranych czynników osobowościowych i sytuacyjnych w przebiegu ciąży*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia Supplement” 1996, nr 13
- [17] Kołomyjec P., Suchocki S., Kędra-Rakoczy M., *Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka*, „Kliniczna Perinatologia i Ginekologia” 2007, nr 43(3)
- [18] Kossakowska K., *Profilaktyka depresji poporodowej – rola personelu medycznego w rozpoznawaniu czynników ryzyka i symptomów choroby*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, nr 19(4)
- [19] Krupa M., *Jesteś całym moim światem – o ciąży, porodzie i małym dziecku*, Warszawa 1997
- [20] Lesiński J., *Profilaktyka bólów porodowych*, Warszawa 1956
- [21] Łukasik R., Waksmańska W., Golańska Ż., Woś H., *Różnice w wyobrażeniach matki i ojca o życiu prenatalnym dziecka*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, nr 15
- [22] Ryding E. L., Wijma B., Wijma K., *Post traumatic stress disorder after emergency cesarean section*, "Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica" 1997, No. 76
- [23] Sipiński A., Kazimierzczak M., *Psychoprofilaktyka położnicza*, [w:] Sipiński A. (red.), *Opieka w położnictwie*, Katowice 2012
- [24] Stelmasik-Turczyńska M., *Adaptacja kobiety do roli matki w okresie ciąży – doniesienie z badań*, [w:] Stopikowska M. (red.), *Rodzicielstwo wobec wyzwań współczesnego świata*, Gdańsk 2013
- [25] Syty K., Pilewska-Kozak A. B., Jakiel G., *Reakcje kobiet i ich partnerów na fakt zaistnienia ciąży*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2008, nr 1(3)
- [26] Zasada J., Stopikowska M., *Wybrane propozycje edukacyjne dla kobiet planujących ciążę, ciężarnych i młodych matek*, [w:] Stopikowska M. (red.), *Rodzicielstwo wobec wyzwań współczesnego świata*, Gdańsk 2013
- [27] Zawadzka B., *Psychologiczne problemy chorych nefrologicznie*, [w:] Bętkowska-Korpała B., Gierowski J. K. (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Kraków 2007

## NETOGRAFIA

- [28] Komnas-Biela D., *Polski model psychoprofilaktyki porodowej według prof. Włodzimierza Fijałkowskiego*, <http://oplodnosci.pl/index.php/plodnosci/ciaza-porod-laktacja/170-polski-model-psychoprofilaktyki-porodowej-wedlug-profesora-wlodzimierza-fijalkowskiego>, 29.12.2015