

Marta Konkel¹, Agnieszka Czerwińska-Osipiak², Krzysztof Łukaszuk², Jolanta Olszewska²

¹Studentka studiów stacjonarnych drugiego stopnia, kierunek: położnictwo, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

Udział położnej w kształtowaniu więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu

Midwife participation in shaping the emotional bond between mother and child during labour

STRESZCZENIE

Początek kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem sięga okresu prenatalnego. Poród jest kolejnym, naturalnym etapem rozwoju owej więzi, w którym czynny udział bierze położna. Wiąż między matką a dzieckiem podczas porodu kształtuje się na podstawie zaspokajania potrzeb dziecka, którymi są: ssanie piersi, zapewnienie odpowiedniej temperatury oraz ochrona przed bodźcami takimi jak: ostre światło, hałas i gwałtowny dotyk. Sytuacją, która pozwala matce i dziecku na interakcję, a której skutkiem będzie zaspokojenie potrzeb noworodka, jest bezpośredni poporodowy kontakt „skóra do skóry” trwający nie mniej niż dwie godziny. Determinantami kształtowania się więzi emocjonalnej podczas porodu są: obecność osoby towarzyszącej, traumatyzacja porodu oraz przebieg poporodowego kontaktu matki i dziecka. Położna, poprzez wykonywanie swych obowiązków zawodowych wytyczonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, wpływa na rozwój więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (1): 99–103

Słowa kluczowe: relacje matczyno-płodowe; położna; poród; opieka pielęgniarstwa nad matką i dzieckiem

ABSTRACT

The beginning of an emotional mother–baby bond formation reaches a prenatal period, so the childbirth is the next step in develop of this bond, in which a midwife takes an active participation. The mother–baby bond during the labour is being created on the basis of satisfying the baby’s needs, which are: breast sucking, ensuring a proper temperature and protection against stimuli such as: bright light, noise and rapid touch. An immediate “skin to skin” postpartum contact is a situation that allows mother and child to interact and results in satisfying the newborn’s needs. Presence of postpartum “skin to skin” contact along with an accompanying person presence, a labour traumatisatation are an important determinats of emotional bond formation. A midwife by performing her occupational duties – marked in the Regulation of the Minister of Health dated on 20th of September 2012 regarding the standards of conduct and the medical procedures in the provision of health services in the field of perinatal care to a women in physiological pregnancy, physiological childbirth, perineum and taking care of the newborn – affects the development of the emotional bond between mother and child during childbirth.

Nursing Topics 2015; 23 (1): 99–103

Key words: maternal-fetal relations; midwife; labour; maternal-child nursing

Wstęp

Początkiem dla interakcji matki i dziecka są emocje, które pobudzają chęć angażowania się w relację stanowiącą więź emocjonalną — podstawową kom-

ponentę przywiązania [1]. Mary Ainsworth wyróżniła cztery modele przywiązania: bezpieczny, lękowo-ambivalentny, unikający oraz zdeorganizowany [2]. Kształtują się one na podstawie reakcji opiekuna na

Adres do korespondencji: Marta Konkel, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Bądkowskiego 38A, 84–230 Rumia, tel.: 510 133 468, e-mail: martadebicka@gumed.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0017

sygnały dawane przez dziecko. Tylko w przypadku szybkiego i adekwatnego zaspokojenia potrzeb dziecka rozwinię się bezpieczny model przywiązania [3]. Wykształcony w dzieciństwie model przywiązania ma niebagatelne znaczenie dla człowieka w dorosłości. Osoby o bezpiecznym modelu przywiązania charakteryzują się poczuciem ufności wobec świata, co umożliwia im jego swobodną eksplorację [4], uważają się za osoby godne miłości i opieki [5], są otwartymi, kompromisowymi, wrażliwymi partnerami, którzy odwzajemniają uczucia i potrafią konstruktywnie prowadzić rozmowy [6].

Cel

Celem pracy było ukazanie roli położnej w procesie kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu, na podstawie aktualnego piśmiennictwa.

Narodziny jako kolejny etap kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem

Kluczowym zagadnieniem niniejszego opracowania jest więź emocjonalna między matką a dzieckiem kształtująca się podczas porodu. Warto nadmienić, że prosta forma więzi miała swój początek już w okresie prenatalnym. Niemniej jednak, by więź emocjonalna między matką a dzieckiem zaistniała, niezbędne jest wystąpienie następujących czynników: traktowanie płodu jako odrębnej istoty, tworzenie matczynej reprezentacji dziecka oraz nawiązywanie kontaktu z dzieckiem [1]. Istotnym momentem podczas ciąży jest wykonane po raz pierwszy badanie ultrasonograficzne. Matka, widząc swoje dziecko na ekranie USG, uświadamia sobie, że jest ono osobą o zbiorze charakterystycznych dla niego samego cech [7]. Kobieta przenosi swoją uwagę z ciąży jako stanu na ciążę jako czas oczekiwania na dziecko [8]. Zjawiskiem, które intensyfikuje rozwój prenatalnej więzi jest odczuwanie przez ciężarną ruchów płodu [1].

Kształtowanie się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu

Płaczący noworodek, posiadający odruch ssania i umiejętność skupiania spojrzenia na ludzkiej twarzy, już w chwili narodzin staje się doskonałym towarzyszem interakcji międzyludzkich [3]. Nakarmienie nowonarodzonego dziecka, zapewnienie mu odpowiedniej temperatury ciała oraz ochrony przed bodźcami, takimi jak: ostre światło, hałas i gwałtowny dotyk, stanowią zaspokojenie jego potrzeb. Sytuacją, która temu sprzyja, jest prawidłowo przeprowadzony, wczesny, poporodowy kontakt matki i dziecka „skóra do skóry” (STS, *skin-to-skin*) [9].

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) precyzuje czas, który jest naj-

korzystniejszy dla trwania poporodowego kontaktu cielesnego matki i dziecka. Zaleca, aby trwał on co najmniej 30 minut, które w miarę możliwości powinny być przedłużone do 2 godzin. Organizacja podkreśla, że jeśli istnieje taka możliwość, warto w tym czasie zainicjować karmienie piersią [10].

Globalne Kryteria Inicjatywy Szpitala Przyjaznego Dziecku opracowały „Dziesięć Kroków do Udanego Karmienia Piersią”, na które składają się krótko sformułowane wytyczne dla personelu medycznego i matek chcących karmić swe dzieci naturalnie. Stosowanie się do zaleceń ma zminimalizować trud związany z pierwszymi tygodniami laktacji. Czwarty krok określa, że do godziny po porodzie powinno się umożliwić matce i noworodkowi kontakt „ciało do ciała”, który ukierunkowany będzie na rozpoznanie gotowości dziecka do ssania piersi, a następnie aktywną pomoc ze strony personelu medycznego podczas pierwszego karmienia piersią [11].

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu i opieki nad noworodkiem określa wytyczne dotyczące kontaktu STS. Zgodnie z zapisem ministerialnego rozporządzenia, bezpośrednio po porodzie powinno się zapewnić matce i dziecku nieprzerwany i trwający dwie godziny kontakt cielesny. Oceny w skali Apgar, oznakowania oraz odpępnienia noworodka dokonuje się, gdy dziecko znajduje się na brzuchu matki. Podczas dwóch godzin, gdy noworodek pozostaje w bezpośrednim kontakcie z matką, w miarę możliwości, rozpoczyna się karmienie piersią. Oceny noworodka oraz jego pomiarów antropometrycznych dokonuje się po upływie dwóch godzin od narodzin. Procedurę kontaktu „ciało do ciała” należy przerwać jedynie w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia matki lub/i dziecka [12].

Determinanty kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu

Istnieją czynniki warunkujące proces kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem, jednym z nich jest przebieg poporodowego kontaktu diady. Podczas badania przeprowadzonego w 2010 roku z ramienia Katedry Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy w grupie 56 par matka–dziecko [13] analizowano między innymi, jaki wpływ wywarł na diadę pierwszy kontakt matki z noworodkiem, który następował bezpośrednio po porodzie i trwał nie krócej niż godzinę. W przypadku 3% par, które doświadczyły wspomnianego wcześniej kontaktu, zaobserwowano:

częstsze i dłużej trwające karmienie naturalne, rzadsze dokarmianie butelką, odczuwanie większej satysfakcji z macierzyństwa, rzadszą niechęć dziecka do samotnego zasypiania, dłuższe spanie w nocy oraz szybsze osiąganie kolejnych etapów rozwoju psychomotorycznego (siadanie, chodzenie). Warto nadmienić, że nieprawidłowości związane ze snem w okresie dzieciństwa i w karmieniu piersią są psychologicznymi symptomami zaburzeń więzi.

Sytuacją szczególną, która pozbawia matkę i dziecko możliwości natychmiastowego kontaktu jest poród przedwczesny. Obarczony jest on licznymi procedurami medycznymi skierowanymi wobec wcześniaka, a on sam najczęściej wymaga umieszczenia w inkubatorze bezpośrednio po narodzinach. Niegdyś wyszczególniano okres krytyczny, który trwał 12 godzin od porodu. Był to czas, w którym miało dojść do pierwszego kontaktu matki i dziecka, aby więź emocjonalna w diadzie mogła zaistnieć. Aktualnie mówi się o okresie szczególnej wrażliwości, który trwa do 3 dni od porodu. Oprócz separacji wcześniaka z matką, za czynniki zaburzające kształtowanie więzi emocjonalnej w diadzie, w przypadku porodu przedwczesnego, uważa się również lęk matki związany z realną możliwością śmierci dziecka oraz ryzykiem nieprawidłowego rozwoju psychofizycznego wcześniaka w przyszłości [14].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się więzi matki z dzieckiem jest traumatyzacja porodu. Silny ból, postrzeganie sytuacji jako zdarzenia realnie zagrażającego życiu dziecka oraz dramatyczny przebieg poprzedniego porodu, mogą doprowadzić u rodzącej do poczucia braku kontroli, które stanowi jeden z dwóch komponentów kształtujących percepcję porodu jako traumy. Każdy z wymienionych czynników może stracić na swej intensywności poprzez udzielenie rodzącej wsparcia. Jeśli jednak kobieta nie otrzyma wspomnianego wsparcia lub nie będzie ono odpowiadało jej oczekiwaniom, wówczas poczucie braku kontroli podczas porodu ulega istotnemu zwiększeniu. Drugą składową postrzegania porodu jako wydarzenia traumatycznego jest stan emocjonalny rodzącej, na który zasadniczy wpływ mają choroby psychiczne, neurotyzm dużego stopnia oraz stosunek kobiety do posiadania potomstwa. Jeżeli u rodzącej wykształciło się poczucie braku kontroli, a dodatkowo jej stan emocjonalny będzie zaburzony wspomnianymi wcześniej czynnikami, to istnieje ryzyko, że poród zostanie przez kobietę odebrany jako wydarzenie traumatyczne, co z kolei może wywołać zespół stresu pourazowego. Badania przeprowadzone w 2003 roku przez J.E. Soet w grupie 103 kobiet wykazały, że po porodzie 34% z nich postrzega poród jako zdarzenie traumatyczne. Występowanie większej części objawów zespołu stresu pourazowego rozpoznano

u 30,1%, natomiast wszystkie objawy u 1,9% kobiet biorących udział w doświadczeniu. Na podstawie badań stwierdzono, że główny wpływ na traumatyzację porodu miały: silny ból, poczucie bezradności oraz przeprowadzone interwencje medyczne. Kobiety, dla których poród był traumą, prezentują jedną z dwóch postaw w opiece nad dzieckiem: nadmierną troskliwość lub słabo wykształconą więź emocjonalną z potomkiem [15].

Obecność osoby towarzyszącej podczas porodu również jest czynnikiem mającym zasadniczy wpływ na kształtowanie się więzi emocjonalnej w diadzie matka–dziecko. Wyniki badań przeprowadzonych w latach 2003–2004 w Katedrze i Oddziale Klinicznym Położniczo-Ginekologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Tychach oraz na Oddziale Położniczym Miejskiego Szpitala w Chorzowie w grupie 70 par przemawiają za korzystnym wpływem obecności osoby towarzyszącej podczas porodu. Pomocny charakter obecności partnera potwierdziło 90% respondentek. Zdefiniowały go głównie jako: wsparcie psychiczne, mobilizację w chwilach kryzysu oraz dodawanie otuchy. Porody z udziałem osoby bliskiej zapewniają poczucie bezpieczeństwa 90% badanych, zaś 80% kobiet jako główną korzyść z porodu partnerskiego wymienia udzielone wsparcie psychiczne. Ponadto, jednym z wniosków, jakie prezentują autorzy omawianych badań, jest korzystny wpływ porodów rodzinnych na kształtowanie się postaw rodzicielskich [16]. Badania opublikowane w 2007 roku, przeprowadzone wśród 37 par, które odbyły poród rodzinny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika w Gdańsku wskazały, że w przypadku 27 respondentek, czyli 71% badanych, już samo podjęcie decyzji o porodzie rodzinnym w znacznym stopniu zmniejszyło ich poczucie lęku. Kolejnym wnioskiem, na którego sformułowanie pozwoliły autorom przeprowadzone badania, było stwierdzenie, że czynności wykonywane przez partnera (udzielanie pomocy w przyjmowaniu dogodnych pozycji, masowanie okolicy krzyżowej, kierowanie oddychaniem, przypominanie o relaksie, ocenianie czynności skurczowej, przecięcie pępowiny) usprawniają przebieg porodu oraz zmniejszają potrzebę interwencji personelu medycznego [17].

Rola położnej w kształtowaniu się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu

Pomimo emocjonalnego i informacyjnego przygotowania ciężarnej do porodu i macierzyństwa, pozostają one sytuacjami budzącymi lęk, niepewność, wątpliwości. Położna powinna rozpatrywać indywidualnie potrzeby każdej kobiety i jej rodziny, aby w odpowiedni sposób udzielić im potrzebnego wsparcia.

Ważnym jest, aby położna, jako osoba pełniąca opiekę nad rodzącą, była świadoma swej funkcji, która istotnie wpływa na dalsze losy rodziny [18]. Emocjonalne i instrumentalne wsparcie rodzącej nie stanowi dobrej woli położnej, lecz jest jej obowiązkiem zawodowym, uregulowanym prawnie w standardach opieki okołoporodowej ustalonych przez Ministra Zdrowia, które od dnia 20 września 2012 roku [12] powinny być przestrzegane w praktyce położniczej. W założeniach ogólnych niniejszego dokumentu osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu fizjologicznego, którą jest między innymi położna, jest zobowiązana do wspierania zarówno rodzącej, jak i jej osoby towarzyszącej. Ponadto, ministerialne rozporządzenie stanowi, że kobieta winna być zachęcana do wyboru osoby bliskiej obecnej podczas porodu. Standardy opieki okołoporodowej nakładają na położne opiekujące się rodzącą obowiązek nawiązania z pacjentką i osobą jej towarzyszącą kontaktu, który powinien opierać się na poczuciu bezpieczeństwa i zachowaniu godności osobistej kobiety. W sprawie opieki nad noworodkiem rozporządzenie w sposób jednoznaczny określa, że położna jest zobowiązana położyć dziecko bezpośrednio po narodzinach na brzuchu matki i pozwolić im na nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” przez co najmniej dwie godziny, podczas których w przypadku gotowości do karmienia naturalnego należy je rozpocząć i kontrolować prawidłowe przystawienie noworodka do piersi. Wnioskować można, że postawa położnej, jaką wytycza ministerialne rozporządzenie, w sposób korzystny wpływa na kształtowanie się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu.

Podsumowanie

Więź emocjonalna między matką a dzieckiem, jako najbardziej pierwotna relacja społeczna człowieka, stanowi podstawę dla modelu przywiązania, który w silny sposób wpływa na przyszłość jednostki. Prawidłowy, czyli bezpieczny styl przywiązania ułatwia człowiekowi właściwe budowanie związków interpersonalnych mających swój początek w relacjach koleżeńskich, następnie partnerskich czy małżeńskich. Ostatecznie uzyska odzwierciedlenie w czasie budowania więzi z własnym potomstwem. Początek tej wyjątkowej relacji nie jest jasno określony, jednak następuje wcześniej niżeli powszechnie się uważa. Mianowicie, więź emocjonalna między matką a dzieckiem kształtuje się już podczas ciąży, rozwija się także w trakcie porodu, by po narodzinach w pełni umożliwić jej pielęgnację i rozwój. Jedynie adekwatne reagowanie matki na sygnalizowane przez dziecko potrzeby umożliwi wykształcenie bezpiecznego stylu przywiązania, który korzystnie oddziałuje na jednostkę w zakresie eksploracji świata, poczucia

własnej wartości oraz nawiązywania intymnych relacji uczuciowych.

Analizy wielu badań dotyczących znaczenia wczesnego kontaktu cielesnego matki i dziecka oraz zachowań matki, odpowiadających za budowanie więzi z dzieckiem (głaskanie, wpatrywanie się w twarz dziecka, całowanie), wskazują istotne statystycznie różnice na korzyść kontaktu STS. Matki, które miały szansę doświadczyć wczesnego kontaktu „ciało do ciała”, osiągały więcej punktów w testach psychologicznych, oceniających więź z dzieckiem oraz liczbę i rodzaj uczuciowego dotyku w trakcie karmienia piersią, w 1.–2. dniu oraz w 28.–32. dniu po porodzie. Ponowna weryfikacja, po roku od porodu, potwierdziła, że bardziej pozytywne odbieranie dziecka i więcej uczuciowego dotyku utrzymuje się w grupie matek z wczesnym kontaktem STS. Kobiety, trzymające dziecko tuż po narodzinach w swoich ramionach, w trzecim dniu po porodzie, wykazywały mniejszy lęk, większą wiarę we własne siły i większą zdolność do sprawowania samodzielnej opieki nad noworodkiem w opozycji do matek, które od dziecka oddzielono [11].

Położna przyczynia się do prawidłowego rozwoju więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem podczas porodu poprzez realizację swoich obowiązków zawodowych. Wsparcie, pielęgnacja, edukacja i opieka jaką otoczy swoją podopieczną przyczyniają się do obrania prawidłowego kierunku kształtowania się więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem. Staranna realizacja roli zawodowej przez położne umożliwi rodzinom dobry początek w nowej sytuacji życiowej, jaką są narodziny dziecka. Położne świadome rangi swych działań winny realizować swoje zadania zawodowe w sposób nienaganny, zgodny ze standardem postępowania oraz istniejącymi zaleceniami medycznymi.

Piśmiennictwo

1. Lichtenberg-Kokoszka E., Janiuk E. Dzierżanowski J. Cięża czystan błogosławiony? Zagadnienie interdyscyplinarne. Implus, Kraków 2011: 81–83, 87.
2. Jadcak-Szumilo T. Znaczenie wczesnej komunikacji Matka–Dziecko dla relacji przywiązania. Wykorzystanie skali Brazeltona do oceny możliwości noworodka w zakresie budowania relacji przywiązania (online). <http://www.nbas.edu.pl/cms/ckfinder/userfiles/files/Teresa%20Jadczak%20Szumillo.pdf>; data pobrania: 04.07.2014.
3. Zimbardo P.G., Johnson R.L., McCann V. Psychologia: kluczowe koncepcje. Podstawy psychologii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010: 180, 183
4. Trempała J. Psychologia rozwoju człowieka. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 523, 164, 170.
5. Janas-Kozik M., Nowak M., Janas A., Hyrnik J. Miejsce zaburzeń więzi i teorii przywiązania w klinice — doświadczenia własne. Wiadomości Psychiatryczne 2008; 11: 147–152.
6. Płopa M. Psychologia rodziny: teoria i badania. Implus, Kraków 2011: 110.

7. Zalewska K.T., Szyber B. Nawiązanie kontaktu z dzieckiem i jego wizualizacja w życiu wewnątrzmacicznym. *Położna. Nauka i Praktyka* 2010; 12: 44–49.
8. Gracka-Tomaszewska M. Matczyna reprezentacja dziecka — jej znaczenie dla relacji z dzieckiem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 2006; 6: 199–202.
9. Lichtenberg-Kokoszka E., Janiuk E. Dzierżanowski. Dziecko: aktywny uczestnik porodu. Zagadnienie interdyscyplinarne. *Implus*, Kraków 2010: 50, 64–65.
10. Kielbratowska B., Preis K. Poród — najważniejszy dzień w życiu, w którym wszystko jest inne niż dotąd. *Położna. Nauka i Praktyka* 2011; 15: 14–18.
11. Oslisło A., Otffinowska A. Najważniejsza chwila w życiu. O pierwszym kontakcie matki z dzieckiem i możliwości jego realizacji w placówkach położniczych w Polsce. *Fundacja Rodzić po Ludzku*, Warszawa 2008: 33–34, 16.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. *Dz.U.* 2012 nr 0 poz. 1100.
13. Lessing-Pernak J. Znaczenie przebiegu porodu i wczesnego kontaktu matki z dzieckiem dla rozwoju przywiązania. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010; 3: 282–289.
14. Bieleninik Ł., Preis J., Bidzan M. Uwarunkowania więzi emocjonalnej z dzieckiem w okresie prenatalnym w ciążyach wielopłodowych i pojedynczych. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2010; 3: 223–231.
15. Bielawska-Batorowicz E. Psychologiczne aspekty prokreacji. *Śląsk Wydawnictwo Naukowe*, Katowice 2005: 210–219.
16. Ulman-Włodarz I., Poręba A., Kwiatkowska E., Szafarczyk A. Poród z udziałem ojca — wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie. *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia* 2007; 43: 52–56.
17. Świątkowska-Freund M., Kawiak D., Preis K. Pozytywne aspekty obecności ojca przy porodzie. *Ginekol. Pol.* 2007; 78: 476–478.
18. Bartosz B. Doświadczenia macierzyństwa: analiza narracji autobiograficznych. *Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego*. Wrocław 2002: 59–60.