

WIOLETTA WÓJCIK

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 2 w Sosnowcu  
Przedszkole Miejskie nr 43 z Oddziałami Integracyjnymi w Sosnowcu  
Specjalistyczny Gabinet Psychoterapii Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej SPES

## **PROCESUALNE PODEJŚCIE DO PODEJMOWANIA ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH RAŁFA SCHWARZERA (FRAGMENT MODELU) JAKO PRÓBA WYJAŚNIENIA ZANIEDBANIA PRENATALNEGO**

**Procesual approach to health behaviour of Ralf Schwarzer  
(part of model) as a trial of explanation of prenatal negligence**

### **Abstract**

The following article is focused on problem of prenatal negligence. The author defines prenatal negligence as that kind of woman behaviour which leads to injuries of fetus and threatens it's health or life. The aim of following research is to contour the character of a phenomenon, it's peculiarity and possible psychosocial determinants based on Ralf Schwarzer's theories. The recognition of prenatal negligence may be helpful in reducing the problem of that phenomenon.

### **1. WPROWADZENIE**

Przemoc wobec dzieci stała się jednym z najpoważniejszych problemów wszystkich społeczeństw, tym bardziej, że w literaturze przedmiotu zaczęto zwracać uwagę na fakt, że dotyka ona także dzieci jeszcze nienarodzonych. Dramatyczność tej sytuacji polega na tym, że dzieciom tym już od chwili poczęcia odebrano prawo do „dobrego, godnego startu”, do pełnego wykorzystania możliwości rozwojowych. Negatywne konsekwencje złego traktowania dziecka poczętego są widoczne w życiu postnatalnym w postaci zaburzeń rozwoju zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Intencjonalność badań naukowych, w tym psychologicznych oznacza, iż proces ten musi mieć swój cel, kierunek, do którego będzie podążał, który dotychczas nie został dostatecznie spenetrowany. Podjęcie badań w zakresie zaniedbania prenatalnego wydaje się więc być uzasadnione z powodów, które można ująć jako szereg niebezpieczeństw w wymiarze jednostkowym i społecznym. Przede wszystkim bowiem zaniedbanie prenatalne, jako forma przemocy wobec dziecka, wiąże się z ograniczeniem potencjału rozwojowego najbardziej bezbronnej istoty – dziecka, które powinno być wspierane i chronione przez rodziców, a nie krzywdzone jesz-

cze przed narodzeniem. Ponadto z drugiej strony, daje się zauważyć w literaturze przedmiotu istotne „zaniedbanie” zjawiska zaniedbania dziecka prenatalnego, któremu przysługuje pełnia praw człowieczych już od poczęcia.

Każdy problem wymaga podjęcia działań zmierzających do jego rozwiązania, działania te muszą jednak być poprzedzone dokładnym zdiagnozowaniem i rozeznaniem się w tym problemie, poznaniem jego specyficznych cech i właściwości. Niniejszy artykuł, przygotowany na podstawie wyników badań przeprowadzonych na użytek prac magisterskich pisanych na Uniwersytecie Śląskim w roku 2005 (Pedagogika Zdrowia) i w roku 2007 (Psychologia), na temat zaniedbania prenatalnego ma być próbą określenia specyficznych właściwości tego zjawiska i jego możliwych powiązań z czynnikami indywidualnymi, społecznymi sytuacji kobiet w ciąży, wyróżnionymi na podstawie modelu *Health Action Process Approach* Ralfa Schwarzera (1992, 1997). Poznanie to, może bowiem pomóc w podjęciu decyzji i przedsięwzięć nastawionych na ograniczanie i walkę z problemem.

## 2. DEFINICJE ZANIEDBANIA PRENATALNEGO

Zastanawiające jest jedynie to, dlaczego badacze zwrócili uwagę na ten problem dopiero teraz. Przecież od dawna istniały kobiety, które w czasie ciąży paliły papierosy, piły alkohol, nie dbały o siebie i dziecko. A mimo to nikt wcześniej nie określał tego jako zaniedbanie, czy maltretowanie prenatalne. Sytuacja zaczęła się zmieniać, kiedy zaczęto zwracać uwagę na fakt, iż istota „noszona pod sercem matki” (Kornas-Biela, 1989, s. 225) to nie tylko płód – „masa wzrastających, różnicujących się i specjalizujących komórek, tkanek i układów” (Kornas-Biela, 1989, s. 226), ale przede wszystkim dziecko.

Dorota Kornas-Biela proponuje w związku z powyższym wprowadzenie pojęcia „dziecko prenatalne” (Kornas-Biela, 1989, s. 225) dla określenia dziecka w prenatalnym okresie swego rozwoju, analogicznie do terminów używanych dla nazwania dziecka starszego, np. dla okresu noworodkowego – noworodek, przedszkolnego – przedszkolak, szkolnego – uczeń, dorastania – adolescent. A więc skoro już w tym okresie mowa o istnieniu dziecka, to tym samym uzasadnione jest zwracanie uwagi na złe traktowanie dziecka prenatalnego.

Język, jako „narzędzie myśli”, poprzez wielorakość określeń danego zjawiska oddaje bardzo precyzyjnie jego wyjątkowość i ważność, im bowiem więcej różnorodnych odcieni znaczeniowych przypisuje się poszczególnym czynnościom, przedmiotom, czy stanom ducha, tym – jak się wydaje – bardziej widoczna staje się potrzeba, aby je wyrazić w możliwie najsubtelniejszych odcieniach. Z tego punktu widzenia zaniedbanie prenatalne należy do bardzo ważnych zjawisk życia społecznego, ponieważ za pomocą wielu nazw próbuje się określić to nader często występujące (90,2% próby badawczej, por. Wójcik, 2005; 79,8% próby badawczej, por. Wójcik, 2007) zachowanie.

Różnorodność ujęć definicyjnych zachowań kobiet, zagrażających zdrowiu i życiu poczętego dziecka, oddaje z jednej strony różne odcienie znaczeniowe omawianego zjawiska, z drugiej natomiast stosunek emocjonalny. Dlatego też niezwykle ważne wydaje się, iż to, co dotychczas było ujęte jako zachowania szkodliwe dla zdrowia kobiety i jej dziecka, dziś określa się w literaturze przedmiotu jako zaniedbanie, maltretowanie prenatalne.

Tematyka zaniedbania prenatalnego budzi coraz większe zainteresowanie nie tylko w krajach zachodnich, ale także na terenie Polski. Jednak zanim zaczęto opisywać to zjawisko w sposób naukowy, podjęto próby jego zdefiniowania i nazwania. Anna Lipowska-Teutsch (1995) sygnalizuje, że zaniedbywanie dziecka może rozpocząć się już w okresie życia płodowego, nazywa je zaniedbaniem prenatalnym. Mówimy o nim wtedy, gdy matka prowadzi niehigieniczny tryb życia: niewłaściwie się odżywia, pali papierosy, nadużywa alkoholu, zażywa narkotyki czy podejmuje inne działania, które niosą za sobą wysokie ryzyko poronienia. Zdaniem Eleonory Bielawskiej-Batorowicz (1993) określenie zaniedbanie prenatalne, jako forma złego traktowania dzieci, odnosi się do matek, które w czasie ciąży przyjmują środki odurzające, piją alkohol i palą papierosy, narażając tym samym swoje dziecko na ryzyko zaburzeń rozwoju, a także nie poddają się w okresie ciąży kontrolnym badaniom lekarskim. Natomiast Andres Soriano (2002, s. 69) używa dla określenia tego zjawiska pojęcie maltretowanie prenatalne, czyli „brak dbałości – rozmyślny lub przez zaniedbanie – przyszłej matki o własne dziecko, na przykład poprzez świadome lub nieświadome przyjmowanie narkotyków lub innych substancji, które mogą być szkodliwe dla płodu”.

Jest oczywiste, że wszystkie okoliczności wpływające negatywnie na warunki i jakość życia ciężarnej kobiety, wywołują negatywne skutki także u płodu. Zachowania kobiety ciężarnej, które można, a nawet należy uznać za przejawy „maltretowania dziecka i zaniedbywania” go jeszcze przed narodzeniem, to według Doroty Kornas-Bieli (1989, s.169): palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków.

Do kategorii zachowań krzywdzących należałoby poza tym zaliczyć, ze względu na szkodliwość dla rozwijającego się płodu, takie zachowania jak: przeżywanie stresu, myśli aborcyjne, nieregularne wizyty u ginekologa lub ich brak, niewłaściwe odżywianie się, nieprzestrzeganie zasad higieny wypoczynku, snu i pracy. Korzystając z wyżej podanych definicji pojęcia zaniedbania prenatalnego, z określenia D. Kornas-Bieli (2001) „dziecko prenatalne” oraz opierając się na ujęciu definicyjnym złego traktowania dziecka według P. Stattona (zob. Bielawska-Batorowicz, 1993), autorka artykułu określa zaniedbaniem prenatalnym sytuację, w której kobieta w ciąży (matka), rozmyślnie lub przez zaniedbanie odnosi się do swojego dziecka prenatalnego w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru relacji matka – dziecko, doprowadzając tym samym do zagrożenia życia lub zdrowia fizycznego i psychicznego dziecka prenatalnego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania zagrażające zdrowiu i życiu dziecka jak: palenie papierosów, picie alkoholu, zażywanie narkotyków, nadużywanie leków, przeżywanie stresu, myśli aborcyjne.

Spośród czynników, które mogą wpływać na płód, żaden nie wywołał tylu spekulacji, co własne emocjonalne doświadczenia matki. Wiara, że przeżycia matki mogą wpływać na płód jest bardzo stara. Jednak dopiero współcześni badacze podjęli próby naukowego udokumentowania tej zależności. Na przykład stres psychologiczny wzmaga aktywność gruczołów wydzielających adrenalinę, która dostaje się do krwi matki, a następnie przez łożysko do płodu. Fakt ten jest potwierdzeniem poglądu, że stan emocjonalny matki może wpływać na płód. Stres i związane z nim stany lękowe matki podczas ciąży mają niekorzystny wpływ na rozwój i inteligencję. Wiele dzieci z takich ciąż ma na przykład od urodzenia bóle różnego rodzaju i nikt

nie potrafi znaleźć organicznego podłoża tych cierpień. Badania na ten temat od ponad 20 lat prowadzi prof. John Apley w Królewskim Szpitalu dla Dzieci Chorych w Bristolu (Hofman-Wisniewska, 1998). Nie wiemy jednak, dlaczego istnieje taki związek, ani na ile jest on silny. Jednak wiedza jaką posiadamy na ten temat jest wystarczająca, aby podjąć działania mające na celu uświadomienie kobiet w ciąży o wpływie, jaki wywierają ich doświadczenia, uczucia na nie narodzone jeszcze dziecko, a także naukę relaksacji, radzenia sobie ze stresem poprzez oddziaływanie na struktury poznawcze. Odpowiedzialne rodzicielstwo wiąże się bezsprzecznie z odpowiedzialnym radzeniem sobie z własnymi uczuciami już od chwili poczęcia.

Różnorodność określeń omawianego zjawiska i składowych zachowań, czy czynności poznawczo-emocjonalnych świadczy nie tylko o jego ważności w świadomości człowieka, ale i o złożoności tego zjawiska. Złożoność ta wypływa z zewnętrznych, jak i wewnętrznych uwarunkowań tych zachowań, motywu ich przejawiania nieświadomionego, lub tylko niezwerbalizowanego, niechęci wobec dziecka, ale także z ujęcia zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym z perspektywy zachowań zdrowotnych, a dokładnie zagrażających zdrowiu.

W prewencji chorób pojęcie zachowania zagrażającego zdrowiu odnosi się do zachowań zaliczanych do kategorii czynników ryzyka i oznaczających specyficzne formy zachowania, co do których wiadomo, że zwiększają podatność na określone choroby lub zaburzenia stanu zdrowia, czy nawet zagrożenia życia (por. Taranowicz, Majchrowska, Kawczyńska-Butrym, 2000). W ramach podejścia prewencyjnego takie zachowanie zagrażające zdrowiu jest ujmowane jako zachowanie irracjonalne, które musi zostać zmienione w celu uniknięcia choroby, zaburzenia zdrowia. Podejściu temu nie towarzyszy jednak głębsza refleksja na temat powiązań zachowania zagrażającego zdrowiu z kontekstem społeczno-kulturowym życia człowieka, nie poszukuje się źródeł. Jako istotny postrzegany jest jedynie związek przyczynowo-skutkowy między zachowaniem zagrażającym zdrowiu (czynnikiem ryzyka) a stanem chorobowym jako niezaprzeczalny fakt. Tego rodzaju podejście bardzo jednak ogranicza możliwości zrozumienia meritum problemu zachowań zagrażających zdrowiu, a tym samym znacznie zmniejsza szansę skutecznego przeciwdziałania ich występowaniu.

Naprzeciw tym niedoskonałościom wyszła naukowa promocja zdrowia, mająca na uwadze zwiększenie efektywności oddziaływań profilaktycznych poprzez analizę funkcjonalności zachowań antyzdrowotnych w życiu określonego człowieka. W promocji zdrowia przyjmuje się bowiem, że zachowania zagrażające zdrowiu, takie jak palenie papierosów, nadużywanie leków, alkoholu rodzą się z bezyty, niemożności poradzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Zgodnie z tym założeniem, kluczem dla właściwego rozumienia istoty zachowań zagrażających zdrowiu jest rozpatrywanie ich z perspektywy mechanizmów radzenia sobie. Zachowanie zagrażające zdrowiu może bowiem stanowić sposób, w jaki jednostka próbuje radzić sobie z trudnościami dnia codziennego oraz odzyskiwać psychiczną i fizyczną równowagę. Niektóre z zachowań zagrażających zdrowiu są wzmacniane przez kulturowo uwarunkowaną akceptację społeczną ze strony także najbliższych dla ich występowania.

W promocji zdrowia zwraca się uwagę na fakt, że podjęcie decyzji o zachowaniu zagrażającym zdrowiu nie zawsze jest sprawą wolnego wyboru.

Zdarza się, że jest desperacką reakcją na napotykaną problemy, z którymi człowiek nie potrafi sobie poradzić w inny sposób. Sytuacja zajścia w ciążę niejednokrotnie subiektywnie ujmowana jest jako sytuacja kryzysowa, związana z deprivacją dotychczasowych potrzeb, zagrożeniem uznawanych wartości, czy z frustracją. Zachowanie zagrażające zdrowiu może odgrywać zasadniczą rolę w odnajdowaniu tożsamości jednostki oraz testowaniu zakresu kontroli, jaką sprawuje ona nad środowiskiem, swoim życiem i samą sobą. Bogactwo funkcji pełnionych przez zachowania zagrażające zdrowiu wydaje się sugerować, że nie zawsze trzy komponenty zdrowia to jest społeczny, psychiczny i fizyczny dają się pogodzić. To, co irracjonalne z punktu widzenia zdrowia fizycznego, może być jak najbardziej racjonalne z psychicznego czy społecznego punktu widzenia. Nie należy jednak zapominać o tym, że każda decyzja związana z zachowaniem w sytuacji społecznej jest zdeterminowana przez spostrzeganie, jakie ryzyko jest uznawane za dopuszczalne. Zazwyczaj ocena tej „dopuszczalności” nie jest oparta o racjonalne kryteria i nie zawsze poddaje się kontroli jednostki. Często właśnie zachowanie zagrażające zdrowiu jest postrzegane jako możliwy do zaakceptowania sposób radzenia sobie z trudnościami życiowymi wynikłymi na przykład z sytuacji zajścia w „nieplanowaną” ciążę. Stąd istotne wydaje się zapewnienie ludziom, a kobietom w ciąży przede wszystkim, możliwości korzystania z różnych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zarówno poprzez wyposażenie ich w umiejętność samodzielnego, niezagrażającego zdrowiu reagowania, jak i poprzez wprowadzenie zmian w otaczającym ich środowisku. Powinno się to stać jednym z podstawowych celów strategicznych szeroko pojętej promocji zdrowia, w tym zdrowia dziecka prenatalnego.

### 3. PRZEDMIOT BADAŃ, ZAŁOŻENIA, HIPOTEZY

Nadrzędnym celem mojej pracy badawczej była identyfikacja zjawiska zaniedbania prenatalnego w grupie kobiet reprezentujących populację kobiet w ciąży. Drugim celem było ukazanie charakteru tego zjawiska, tj. jego częstotliwości, form oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie dotyczące psychospołecznych uwarunkowań zaniedbania prenatalnego, rozumianego jako przejawianie przez kobiety w ciąży zachowań antyzdrowotnych, zagrażających zdrowiu i życiu ich poczętego dziecka. Wśród hipotetycznie wyróżnionych uwarunkowań na podstawie procesualnego podejścia do zachowań zdrowotnych Ralfa Schwarzera (1992, 1997) znajdują się: poziom świadomości konsekwencji badanych zachowań, poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie funkcjonalne ze strony ojca dziecka.

Główny problem badawczy prowadzonych w latach 2005 i 2007 badań, a tym samym ich zakres, przyjął postać złożoną, określoną w pytaniach ogólnych:

1) W jakim zakresie w badanej grupie kobiet miały miejsce przejawy zaniedbania prenatalnego w okresie ciąży?

2) Jakie czynniki psychospołeczne są związane z przejawianiem zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci kobiet w ciąży?

Problemy te wymagały uszczegółowienia dalszymi pytaniami badawczymi o charakterze operacyjnym, w postaci pytań rozstrzygnięcia, jak i dopełnienia. Postawiono zatem następujące pytania szczegółowe i odpowiadające im hipotezy (w przypadku pytań rozstrzygnięcia). Badacz stawia bowiem przypuszczenie w formie hipotezy, czyli twierdzenia, którego prawdziwość nie została jeszcze zweryfikowana:



1a) Jaki jest rozmiar zjawiska zaniedbania prenatalnego w grupie badanych kobiet, określony wskaźnikami struktury (wiek, wykształcenie, stan cywilny)?

2a) Czy poczucie własnej skuteczności i poziom wiedzy dotyczącej wyników działania oraz poziom odczuwanego wsparcia ze strony ojca dziecka wykazują istotny związek z przejawianiem zachowań antyzdrowotnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym niezależnie od siebie czy też wchodzi ze sobą w interakcje?

$H_0$ : Poczucie własnej skuteczności i poziom wiedzy dotyczącej wyników działania oraz poziom odczuwanego wsparcia ze strony ojca dziecka w czasie ciąży wykazują istotny związek z przejawianiem zachowań antyzdrowotnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym niezależnie od siebie

$H_1$ : Poczucie własnej skuteczności i poziom wiedzy dotyczącej wyników działania oraz poziom odczuwanego wsparcia ze strony ojca dziecka wykazują istotny związek z przejawianiem zachowań antyzdrowotnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym wchodzi ze sobą w interakcje (na podstawie założeń modelu HAPA Ralfa Schwarzera)

2b) Która forma wsparcia udzielanego przez ojca dziecka w czasie ciąży wywiera najistotniejszy wpływ na przejawianie zachowań antyzdrowotnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym?

#### 4. NARZĘDZIA BADAWCZE

W prowadzonych przeze mnie badaniach w 2007 roku użyty został kwestionariusz Ralfa Schwarzera GSES (*General Self – Efficacy Scale*) – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności ( $\alpha$  Cronbacha=0,86) oraz OWS (Odczuwanego Wsparcia Społecznego) Katarzyny Popiołek ( $\alpha$  Cronbacha=0,92). Kwestionariusz służący do identyfikacji zachowań antyzdrowotnych zagrażających zdrowiu i życiu poczętego dziecka (IZP – Identyfikacji Zaniedbania Prenatalnego) ( $\alpha$  Cronbacha=0,57) został sformułowany specjalnie dla celów danego badania, a brak wewnętrznej zgodności wynika z jego heterogeniczności. Trzy czynniki wyjaśniają kolejno 28%, 21%, 12% wariacji całkowitej. Może to być jednak uzasadnione charakterem dominujących przejawów zaniedbania prenatalnego (behawioralny – palenie papierosów, spożywanie alkoholu i medykamentów, emocjonalny – stres, poznawczy – myśli aborcyjne).

Trafność treściowa kwestionariusza IZP rozumiana jako stopień, w jakim treść pozycji testowych reprezentuje pewne szersze uniwersum treści odnoszących się do konstruktu teoretycznego zaniedbania prenatalnego, została oceniona ilościową metodą obliczania zgodności ocen sędziów – ekspertów (Lawshe, 1975, za: Hornowska, 2001). Eksperci, którymi byli lekarze (N=10), psychologowie (N=5) i pedagodzy (N=5) wyrażali swoją opinię o każdej proponowanej pozycji testowej. CVR dla kolejnych pozycji jest istotne statystycznie dla  $\alpha=0,05$ , przyjmując wartości większe od minimalnych wartości współczynnika trafności treściowej (CVR=0,42 dla N=20), za wyjątkiem pozycji 8. Jednak można uznać ją za trafną treściowo, gdyż ponad połowa (N=12) sędziów uznała tę pozycję za istotną dla testu.

Tworząc pytania do kwestionariusza IZP wykorzystałam stosowane przy badaniach zachowań przemocowych zjawisko progresji oraz projekcji. Pytania progresyjne, rozumiane jako przybliżające powszechność przejawianych zachowań zdrowotnych, miały na celu ułatwienie badanym kobietom przyznawanie się do teoretycznie nieaprobowanych społecznie zachowań. Przy każdej kategorii określonego

zachowania zdrowotnego na początku respondentki oceniały na ile „kobiety w ciąży w ogóle przejawiają tego typu zachowania”, następnie poproszone zostały o ocenę powszechności tych zachowań w grupie znajomych kobiet. Tego typu zabieg metodologiczny umożliwił przybliżenie się do istoty badanego problemu, a mianowicie ocenę powszechności określonych zachowań zdrowotnych w losowej grupie badawczej, gdyż respondentki odpowiadały na pytanie, czy one same zachowywały się w taki sposób. Na podstawie jakościowej analizy dało się zauważyć, iż kobiety przejawiające określone zachowania, zagrażające zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci, uważały tego typu zachowania za powszechne w grupie kobiet w ciąży w ogóle oraz w grupie znajomych kobiet w ciąży. Można więc założyć, iż tego typu przeświadczenia ułatwiły im przyznanie się do nieaprobowanych społecznie zachowań. Jednak w analizie statystycznej ilościowej wykorzystane zostały jedynie pytania bezpośrednio dotyczące przejawów zaniedbania prenatalnego w grupie badawczej. Pytania w kwestionariuszu zostały sformułowane przy wykorzystaniu zjawiska projekcji. Przybierając postać historyjki, pytania miały na celu umożliwienie badanym kobietom utożsamienie się z bohaterką prezentowanej historyjki i odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób zachowuje się ona sama, co czuje w podobnej sytuacji, którą prezentuje autorka niniejszej pracy. Pytania te umożliwiły więc penetrację nieuświadomianych lub trudnych do zwerbalizowania zachowań. Na podstawie udzielonych odpowiedzi i przypisywanych im wartościom liczbowym można było scharakteryzować pod względem statystycznym badaną grupę kobiet, przejawiającą zaniedbanie prenatalne.

Teoretyczna rozpiętość punktów (sum będących w pojedynczym przypadku sumą punktów przypisywanych badanym za przejawianie określonych zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnych), wskazująca na stosowanie zaniedbania prenatalnego zawiera się w przedziale:

Teoretyczna wartość natężenia zaniedbania prenatalnego <0-24 pnk>

Empiryczna wartość natężenia zaniedbania prenatalnego <0-11>

Wnioski płynące z badań mimo świadomości ich niedoskonałości należy jednak traktować z ostrożnością i jako wskazanie do dalszych poszukiwań badawczych.

## 5. PRÓBA ORAZ PROCEDURA BADAWCZA

Badaniami, które są przedmiotem niniejszego opracowania, była objęta grupa 109. kobiet w ciąży (Wójcik, 2007). Grupa badawcza została zebrana za pomocą Internetu, jako formy zbierania danych propagowanej między innymi przez Aleksandrę Łuszczynską (2004) do badania uwarunkowań zachowań zdrowotnych i antyzdrowotnych. Część badaczy, zajmujących się tą problematyką, sugeruje, że zbieranie informacji za pomocą witryn internetowych może sprzyjać uzyskiwaniu równie wiarygodnych danych, jak badania kwestionariuszowe (Rhodes, Di Clemente, Cecil, Mee, 2002, za: Łuszczynska, 2004). Badacze ci podkreślają, że zwłaszcza w sytuacji zbierania danych dotyczących zachowań nieaprobowanych społecznie, badanie przez Internet może dostarczyć danych jeszcze mniej obciążonych potrzebą aprobaty społecznej niż jest to w badaniach kwestionariuszowych czy wywiadzie.

Badania były przeprowadzone od grudnia 2006 roku do marca 2007 roku, miały one charakter indywidualny i anonimowy. Główne problemy wynikłe z takiego sposobu przeprowadzania badań do pracy magisterskiej dotyczyły kwestii etycz-

nych, a mianowicie poszanowania prawa do prywatności i anonimowości przeprowadzanych badań, gdyż respondentki zobligowane były w początkowej fazie badań do podania adresu mailowego, na który otrzymywały kwestionariusze. Staralam się jednak postępować zgodnie z obowiązującymi standardami, dotyczącymi prowadzenia badań naukowych przez Internet, poprzez zamieszczenie informacji na tematycznych forach internetowych, gdzie najpierw zapoznawałam respondentki pokrótce z istotą i sposobem badań. Ponadto zamieszczałam informacje dotyczące dobrowolności udziału w badaniach oraz, że podanie adresu mailowego nie zobowiązuje do odesłania wypełnionych kwestionariuszy w przypadku wątpliwości. Dopiero po przeczytaniu tych informacji osoby badane pisały do mnie e-maila z prośbą o wysłanie im kwestionariuszy, co też czyniłam oczekując na odesłanie wypełnionych kwestionariuszy.

Grupa badawcza była homogeniczna pod względem płci oraz aktualnej (w trakcie badania) sytuacji osobistej, czyli stanu ciąży. Przedział wiekowy badanych kobiet obejmował 18-34 lata, natomiast wykształcenie osób badanych było wyższe lub średnie

## 6. WYNIKI BADAŃ

### 6.1. POWSZECHNOŚĆ ZJAWISKA ZANIEDBANIA PRENATALNEGO

Diagnostyczne wyniki badań dotyczące Identyfikacji Zaniedbania Prenatalnego (N=109) wskazują dość jednoznacznie, że większość, bo aż 79,8% kobiet w ciąży nie liczy się w odpowiedni sposób z dobrem dziecka i w związku z tym często podejmują one zachowania, które zagrażają zdrowiu fizycznemu i psychicznemu dziecka. W badaniach z 2005 roku odsetek ten był znacznie wyższy, wynosił bowiem 90,2% (Wójcik, 2005), ale najprawdopodobniej związane jest to z przeprowadzeniem badań na mniej licznej, a tym samym mniej reprezentatywnej grupie badawczej N=47. Jedynie 20,2% w roku 2007 i 9,8% w roku 2005 respondentek, świadomie unikało wszelkich zachowań zagrażających zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci. W związku z tym problem zaniedbania prenatalnego można, jak się wydaje, określić jako problem społeczny, dotyczący w sposób bezpośredni dziecko prenatalne, ale także pośrednio całe społeczeństwo, do którego dzieci te należą.

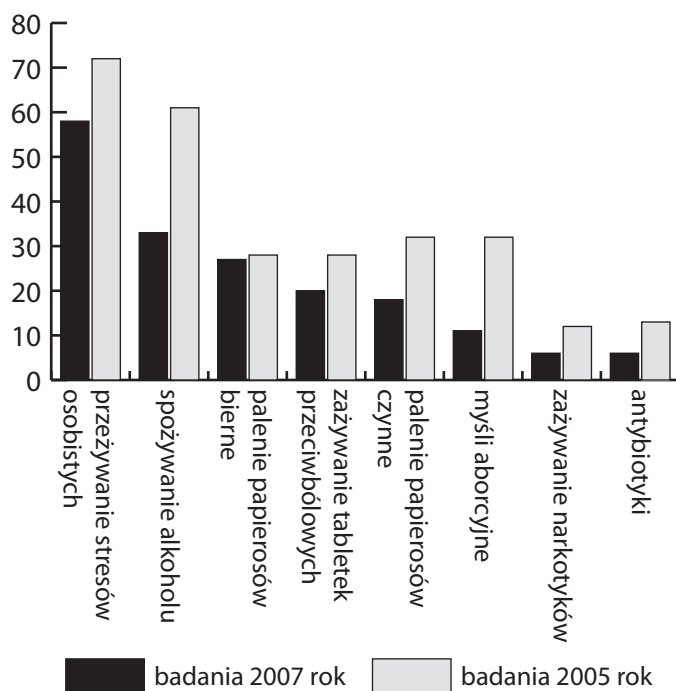
### 6.2. FORMY PRZEJAWIANEGO ZANIEDBANIA PRENATALNEGO

Najczęstsze formy przejawianego zaniedbania prenatalnego w grupie badanych kobiet to (podobnie jak w badaniach z 2005 roku, por. Wójcik, 2005) przeżywanie stresów związanych z życiem rodzinnym i picie alkoholu w towarzystwie. Następnie bardzo często badane kobiety w czasie ciąży paliły papierosy w sposób bierny, zażywały tabletki przeciwbólowe bez konsultacji z lekarzem, paliły papierosy czynnie. W dalszej kolejności w rankingu najczęściej obserwowanych zachowań, świadczących o zaniedbaniu prenatalnym wśród badanych kobiet, pojawiają się myśli aborcyjne, zażywanie narkotyków i antybiotyków bez konsultacji z lekarzem. Tak więc zasadnym wydaje się stwierdzenie, że wszystkie formy zaniedbania prenatalnego są reprezentowane w badanej grupie kobiet, podobnie jak w badaniach na użytek pracy magisterskiej z 2005 roku. Porównanie częstości prze-



jawianych form zaniedbania prenatalnego w odstępie dwuletnim przedstawione zostało na wykresie 1.

Porównanie to pokazuje powszechność występowania u kobiet w ciąży wszystkich zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym w badanej grupie z roku 2005 oraz po dwóch latach – w roku 2007.



Wykres 1. Porównanie procentowych wartości częstości (%) przejawiania zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym w badaniach z roku 2007 (N=109) i z roku 2005 (N=47)

### 6.3. UWARUNKOWANIA ZANIEDBANIA PRENATALNEGO ZGODNIE Z ZAŁOŻENIAMI MODELU HAPA RALFA SCHWARZERA

Prawdopodobieństwo, że kobiety w ciąży nie będą przejawiały zachowań antyzdrowotnych świadczących o zaniedbaniu prenatalnym zależą w blisko 50% ( $r_{Y,123} = 0,669$ ) od trzech elementów: 1) oczekiwań, że sytuacja przejawiania określonych zachowań jest zagrażająca dla zdrowia i życia poczętych dzieci ( $r_{Y3} = -0,646$ ,  $p < 0,01$ ); 2) oczekiwań, że jest się wystarczająco kompetentną do przejawiania zachowań świadczących o odpowiedzialnym macierzyństwie ( $r_{Y1} = -0,329$ ,  $p < 0,01$ ), 3) odczuwanego wsparcia ze strony ojca dziecka ( $r_{Y2} = 0,464$ ,  $p < 0,01$ ).

## 7. DYSKUSJA WYNIKÓW

Od pierwszych chwil życia dziecka prenatalnego kobieta i mężczyzna stają się rodzicami. W związku z pełnieniem tej roli stają się od początku odpowiedzialni za zapewnienie mu odpowiednich warunków do najlepszego uaktualniania możliwości rozwojowych. Niezaprzeczalnym faktem jest bowiem to, że „od tego, czy to pierwsze śródmaciczne środowisko życia dziecka jest zdrowe, prawidłowo zbudowane i sprawnie funkcjonujące, o pozytywnej atmosferze uczuciowej, nie nękanie negatywnymi czynnikami, zależy optymalny rozwój dziecka albo też ulega on zakłóceniu o nieraz bardzo przykrych konsekwencjach dla całego życia człowieka” (Kornas-Biela, 1989, s. 158).

Zgodnie z założeniami teorii społeczno-poznawczej Ralfa Schwarzera wsparcie społeczne, udzielane przez ojca dziecka, a męża kobiety w ciąży, nie oddziałuje na przejawianie zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym w sposób bezpośredni, a jedynie poprzez własną skuteczność kobiety uwarunkowaną poziomem posiadanej wiedzy na temat zachowań ( $r_{Y,12}=0,517$ ,  $p<0,01$ ). Wynika to między innymi stąd, iż w literaturze przedmiotu doświadczenie symboliczne, to jest słowne perswazje osoby znaczącej (męża), traktowane jest jako źródło poczucia własnej skuteczności oraz jako forma wsparcia społecznego (por. Łuszczynska, 2004). Poczucie własnej skuteczności jako odizolowana zmienna, mająca wpływ na zachowania świadczące o odpowiedzialnym macierzyństwie, „potęgującym” potencjał zdrowia poczętego dziecka, niewiele wyjaśnia (około 10%,  $r_{Y1}=-0,329$ ,  $p<0,01$ ). Tym bardziej, iż ogólny poziom poczucia własnej skuteczności badany przy użyciu kwestionariusza GSES Ralfa Schwarzera jest związany ze schematem dotyczącym struktury Ja, regulującej zachowania dorosłego człowieka. Konstruktem ten kształtuje się na podstawie własnych doświadczeń w ciągu całego życia, co daje w konsekwencji konkluzję brzmiącą „jestem skuteczna” niezależnie od sytuacji. Pozostaje tylko zastanowić się, czy zupełnie wyjątkowa sytuacja zajścia w ciążę nie jest jednak związana ze specyficznym poczuciem własnej skuteczności w „sytuacji bycia matką”. Co z kolei może być warunkowane zindywidualizowanym rozumieniem pojęcia „bycia dobrą matką”, ale także motywami kierującymi, bądź nie, do osiągnięcia tego ideału. Dlatego też istotne stało się modelowe podejście do problemu HAPA Ralfa Schwarzera, przeciwstawione ograniczeniom pojedynczych ujęć, a tym samym stworzenie heurystyki w badaniach nad zmianami w zachowaniu. Oczekiwania dotyczące wyniku działania traktuje się w tym ujęciu jako prekursora własnej skuteczności ( $r_{13}=-0,355$ ,  $r_{Y13}=0,638$ ,  $p<0,01$ ). Analizy jakościowe uzyskanych wyników wskazują dość jednoznacznie, iż w przypadku braku jakiegokolwiek wsparcia (doświadczenia symbolicznego), w zakresie działań prozdrowotnych w okresie ciąży, kobiety biorą przede wszystkim pod uwagę oczekiwania dotyczące zagrażającego dziecku wyniku działania. Dopiero po nabyciu odpowiedniego poziomu wiedzy zdecydowana większość wariacji wyjaśniana jest przez poczucie własnej skuteczności.

Wyniki badań wskazują również, że poziom wiedzy na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci jest istotnym predykatorem przejawiania zaniedbania prenatalnego ( $r_{Y3}=0,614$ ,  $p<0,01$ ). Wraz ze wzrostem poziomu zaniedbania prenatalnego wzrasta poziom niewiedzy na temat ich konsekwencji. Może mieć to związek z rzeczywiście niskim poziomem wiedzy na temat szkodliwości

tego typu zachowań, bądź też z pewnego rodzaju zaprzeczaniem obiektywnym faktem, świadczącym o negatywnych następstwach podejmowania tych zachowań. Tego typu zaprzeczanie może służyć redukcji napięcia spowodowanego dysonansem poznawczym u osób posiadających taką wiedzę, ale niewcielających jej w życie dla dobra dziecka. Może to być również spowodowane selektywnym odbiorem informacji przekazywanych w mediach na temat zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętych dzieci, dzięki czemu do kobiet tych docierają jedynie informacje potwierdzające zasadność zachowania („Lekarze podkreślają, że brak antybiotykoterapii może być niejednokrotnie bardziej zagrażający zdrowiu dziecka. A skoro mam w domu antybiotyki, to po co mam narażać siebie i dziecko na wizyty u lekarza, gdzie mogę się rozchorować jeszcze bardziej”). Przykłady tego typu uzasadniających wyjaśnień przejawiania zachowań antyzdrowotnych niejednokrotnie miałam okazję wysłuchać podczas praktyki zawodowej na oddziale ginekologiczno-położniczym w 2004 roku. Kobiety w ciąży uzasadniały swoje zachowania, mówiąc, że nie ma w pełni potwierdzonych wyników badań naukowych dotyczących wpływu stanów emocjonalnych matki takich jak stres, lęki, negatywne ustosunkowanie, nie przyjmując tym samym do wiadomości ewentualnych konsekwencji tego typu zachowań. Istnieją jednak dowody na to, że bycie ocalonym od aborcji, pomimo rozważania tej możliwości, oznacza dla dziecka bycie skazanym na życie pełne lęku, wątpliwości na własny temat, poczucia winy, na związki naznaczone lękiem, zgorzknieniem, pseudo-sekretami i nieufnością (Ney, 1999). Już przed urodzeniem dziecko może tego doświadczać, gdyż jest dotknięte hormonalnymi zmianami, wynikającymi z konfliktów toczących się w umyśle matki (Kornas-Biela, 2006). Według Philipa Neya (1999) istnieją naukowe dowody na to, że nienarodzone dzieci pamiętają swoje życie wewnątrz łona matki.

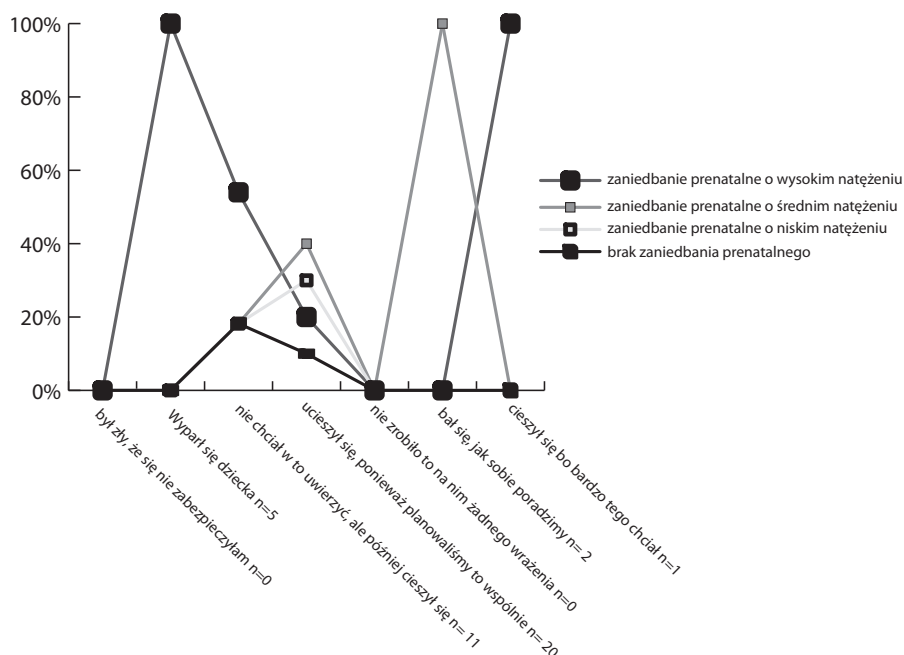
Część kobiet w ciąży, z którymi rozmawiałam, usprawiedliwiała swoje zachowanie rangując zdrowotny wpływ poszczególnych czynników ryzyka, porównując z bardziej niebezpiecznymi („Prawdziwym złem jest dokonanie aborcji, samo rozważanie o takiej możliwości nie może wyrządzić krzywdy dziecku. Przecież w końcu i tak tego nie zrobiłam, bo było za późno”). Analizując zyski i straty związane z przejawianiem określonych zachowań, część kobiet może dochodzić do przekonania, iż zasadne wydaje się zachowywanie w ten sposób.

Nie wystarczy jednak tylko wiedzieć, jakie zachowania są konieczne dla prawidłowego przebiegu ciąży, potrzebne jest jeszcze wsparcie ze strony ojca dziecka ( $r_{Y,23}=0,663$ ,  $p<0,01$ ) tym bardziej, iż posiadany przez kobiety poziom wiedzy koreluje w sposób istotny statystycznie ze wsparciem zdrowotnym dotyczącym przebiegu ciąży udzielanym przez ojca dziecka ( $r=0,408$ ,  $p<0,01$ ). Można więc przypuszczać, iż część informacji na temat zachowań świadczących o odpowiedzialnym rodzicielstwie kobieta w ciąży posiada od ojca dziecka (bądź zdobywa je razem z nim), który nie tylko informuje, instruuje, ale także pomaga jej utrzymać zachowania konieczne dla prawidłowego przebiegu ciąży. A ponadto towarzyszy kobiecie w ciąży, w trudzie utrzymania tych zachowań.

Dla kształtowania się samopoczucia kobiety oczekującej na dziecko niezwykle istotne znaczenie mają jej relacje z partnerem. Ciąża jest bowiem okresem, który może zacieśniać więzi partnerskie i rodzinne, ale może również prowokować konflikty i zadrażnienia. Niemniej moje naukowe obserwacje i zestawienia (zob. Wójcik, 2005) pozwalają na wysunięcie kilku wniosków. Znaczny odsetek kobiet

z grupy przejawiającej zaniedbanie prenatalne w próbie badawczej, deklarował bardzo zróżnicowane reakcje partnera, w tym także te negatywne (zob. wykres 2.). Połowa określała reakcje ojca dziecka jako uczucia ambiwalentne. Część partnerów kobiet przejawiających zaniedbanie prenatalne na wieść o konieczności podjęcia nowej roli – roli ojca, odczuwało strach przed przyszłością i nowymi zadaniami życiowymi. W grupie kobiet przejawiających zachowania zaniedbania prenatalnego o wysokim natężeniu byli także mężczyźni, którzy wyparli się ojcostwa, pozostawiając kobiety same sobie. Takie negatywne reakcje partnerów kobiet na wieść o zajściu w ciążę oraz brak wsparcia ze strony najbliższej osoby w tak szczególnym okresie, jakim jest ciąża, mogą generować negatywne nastawienie kobiet do dziecka.

Z drugiej więc strony ustabilizowana sytuacja rodzinna, opieka ze strony partnera, jego pozytywne nastawienie do ojcostwa zostały zidentyfikowane jako czynniki wpływające na postawę kobiet wobec ciąży także w polskich badaniach Grażyny Makiełło-Jarża (za: Bielawska-Batorowicz, 1987). Należy jednak w tym miejscu podkreślić, iż wsparcie społeczne to przede wszystkim jakość związków interpersonalnych. Może to tłumaczyć dlaczego obiektywnie wysoki poziom odczuwanego wsparcia przez ojca dziecka współwystępuje z przejawianiem przez kobiety w ciąży najwyższego poziomu zaniedbania prenatalnego.



Wykres 2. Reakcja ojca dziecka na wieść o ciąży kobiet w czterech grupach porównawczych (%)

Odczuwane przez kobiety w ciąży wsparcie społeczne ze strony ojca dziecka, będące pierwotnie zasobem zewnętrznym wobec jednostki, jest uzależnione także od

określonych predyspozycji psychicznych kobiety w ciąży, ale także od tego czy relację łączącą małżonków cechuje dostępność i zaufanie. W przeciwnym przypadku wszelkie próby udzielenia przez ojca dziecka wsparcia na przykład zdrowotnego, czy instrumentalnego, mogą być odbierane jako niechciane pouczenia, instruktaże, potęgujące przejawianie na przekór zachowań antyzdrowotnych, w celu podkreślenia własnej autonomii behawioralnej. Może być to również związane z odczuwaniem nietrafnego wsparcia lub też brakiem kompetencji społecznych, aby z niego korzystać. Zasoby wsparcia społecznego, udzielanego przez ojca dziecka w grupie kobiet przejawiających wysoki poziom zaniedbania prenatalnego, mogą być również niewykorzystane ze względu na hipotetyczną możliwość odczuwania przez te kobiety lęku przed inwazyjnym wspieraniem, nadmiernym ochranianiem (zob. Sęk, Pasikowski, 2001).

Bardzo ciekawa jest słaba zależność odczuwanego wsparcia emocjonalnego i poziomu przejawianego zaniedbania prenatalnego ( $r=0,214$ ,  $p<0,05$ ). Jest to tym bardziej zaskakujące, że według Ralfa Schwarzera (1997) to właśnie udzielane wsparcie emocjonalne umożliwia zaprzestanie przejawiania zachowań antyzdrowotnych poprzez fakt, iż staje się swoistą gratyfikacją podtrzymującą określone zachowania prozdrowotne. W związku z tym przekazywanie w toku interakcji emocji odzwierciedlających podtrzymanie, uspokojenie, troskę, pozytywne ustosunkowanie przez ojca dziecka, ma niewielkie znaczenie dla przejawiania przez kobietę w ciąży zachowań zagrażających zdrowiu i życiu poczętego dziecka. Tak więc to nie zapewnienia poczucia przynależności, opieki i podwyższenia samooceny kobieta w ciąży potrzebuje najbardziej. O wiele istotniejsze statystycznie dla poziomu zaniedbania prenatalnego jest przejawianie przez ojca dziecka zachowań wspierających zdrowotnych, dotyczących przebiegu ciąży ( $r=-0,449$ ,  $p<0,01$ ). W dalszej kolejności istotne okazuje się wsparcie instrumentalne ( $r=-0,436$ ,  $p<0,01$ ), towarzyskie ( $r=-0,415$ ,  $p<0,01$ ) i wartościujące ( $r=-0,413$ ,  $p<0,01$ ) oraz informacyjne ( $r=-0,372$ ,  $p<0,01$ ). Kobiety nieprzejawiające zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym w większości przypadków są instruowane przez ojców swych dzieci o sposobach i algorytmach postępowania. Należy jednak podkreślić za Heleną Sęk (2003), iż jest to rodzaj formowania zachowań i zastępowania osoby wspieranej, co potencjalnie ogranicza udział jednostkowych zasobów, na przykład poczucia własnej skuteczności, które wyjaśnia jedynie 1% wariancji wyników poziomu zaniedbania prenatalnego (przy uwzględnieniu korelacji pozostałych zmiennych w modelu wielokrotnej regresji).

Rola poczucia własnej skuteczności w przejawianiu zachowań świadczących o odpowiedzialnym rodzicielstwie (Wójcik, 2006) odnosi się natomiast do podwyższenia lub obniżania motywacji do działania.

Niski poziom poczucia własnej skuteczności koreluje bowiem z lękiem i poczuciem bezradności, co następnie przekłada się na nasilenie smutku i przygnębienia, które to mogą być spowodowane negatywnym ustosunkowaniem do ciąży i koniecznych zmian życiowych z tym związanych. Wszelkie negatywne emocje zakłócają natomiast proces dokonywania trafnej oceny poznawczej oraz prowadzą do wybierania mniej trafnego rozwiązania. W tym miejscu należy więc zwrócić uwagę na niekompletność i niedoskonałość podjętego przez autorkę niniejszego artykułu planu badawczego na użytek pisanej pracy magisterskiej (2007), ze względu na nieuwzględnienie zmiennej intencji. Nie wiadomo bowiem, czy badane kobiety



w ciąży miały zamiar zacząć przejawiać zachowania prozdrowotne ze względu na fakt zajścia w ciążę. Istotne wydaje się też uwzględnienie stosunku emocjonalnego do dziecka jako hipotetycznej zmiennej warunkującej podjęcie określonej zmiany zachowania antyzdrowotnego na prozdrowotne. Każdą czynność poprzedza bowiem świadoma intencja dotycząca zrobienia czegoś, która jest kształtowana pod wpływem subiektywnej normy i postawy wobec danego zachowania. Zależność postaw: zaniedbującej, obojętnej i świadomie ochraniającej (opis Wójcik, 2005) była przeze mnie badana w pracy magisterskiej w 2005 roku, gdzie wykazano korelację ( $r=0,564$ ,  $p<0,05$ ) z przejawianiem zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym. Przekonania normatywne, kształtujące subiektywne normy odnoszą się do tego na ile przejawiane przez kobiety w ciąży zachowania są akceptowane przez znaczące dla nich osoby, to jest przez ojców ich dzieci. Bardzo często jest bowiem tak, że kobiety te podejmują pewne intencje, ponieważ dostrzegają presję ze strony męża, aby tak czynić. Społeczne oczekiwania (utożsamiane z wysokim poziomem uzyskiwanego wsparcia zdrowotnego) mogą więc stanowić pewnego rodzaju drogę na skróty do intencji. Z drugiej jednak strony czynnik spostrzeganych oczekiwań społecznych może być kształtowany poprzez porównania społeczne z normatywną grupą odniesienia innych kobiet w ciąży w ogóle i znajomych kobiet w ciąży (por. Kwestionariusz IZP w: Wójcik, 2005, 2007).

Współczynnik korelacji poziomu zaniedbania prenatalnego na podstawie oceny zachowań badanych kobiet w ciąży jest wysoki w stosunku do subiektywnej oceny powszechności tego typu zachowań w grupie kobiet w ciąży w ogóle ( $r=0,86$ ,  $p<0,01$ ) oraz w grupie znajomych kobiet w ciąży ( $r=0,92$ ,  $p<0,01$ ). Istnieje także dość duże prawdopodobieństwo, iż kobiety przejawiające zachowania świadczące o zaniedbaniu prenatalnym przeceniają powszechność tego typu zachowań wśród kobiet w ciąży, w celu usprawiedliwienia zasadności swojego zachowania, jego unifikacji.

## 8. PODSUMOWANIE

Dziecko prenatalne jest narażone na działanie wielu czynników, które stanowią zagrożenie dla jego życia lub prawidłowego rozwoju. Niektóre z tych zagrożeń są niezależne od woli, a nieraz także świadomości rodziców, czego przykładem jest skażenie środowiska, dlatego trudno się przed nimi ustrzec. „Inne – związane są z wypaczoną mentalnością człowieka, ‘skażeniem’ sfery jego opinii, postaw, podejmowanych decyzji i zachowań, stylu życia” (Makuła, 2001, s. 159) Te właśnie zagrożenia są przejawem zaniebnień prenatalnych, zakłócających prawidłowy rozwój dziecka. A przecież zadaniem rodziców jest optymalizacja warunków rozwoju dziecka już od chwili poczęcia, a nawet wcześniej. Dlatego też zgodnie z zasadą, że „lepiej zapobiegać niż leczyć” należy wyzwolić działania prewencyjne, aby nie tylko zapewnić dziecku prawidłowy rozwój, ale także realizację jego ludzkich praw: „prawa do godnego poczęcia, do godnego rozwoju w środowisku łonowym, do godnych człowieka urodzin” (Kornas-Biela, 1993, s. 158).

Przytoczone badania i rozważania teoretyczne, dotyczące zaniebnień prenatalnego, wskazują na sposoby efektywnego radzenia sobie z tym problemem społecznym przy wykorzystaniu środków psychospołecznych. Istotne w poszukiwaniach zmierzających do pogłębienia perspektywy w sposobie ujmowania i traktowania tego zagadnienia, jest przede wszystkim uświadomienie sobie, że kobiety w ciąży,

zmagając się z codziennymi troskami wynikłymi z psychofizjologii ciąży i z osobistymi trudnościami, nie zwracają się o pomoc do profesjonalistów. Szukają przede wszystkim pomocy w sobie, we własnych zdolnościach, zasobach i wśród najbliższych. Zdroworozsądkowe wydaje się jednak niepodchodzenie do tego faktu zbyt entuzjastycznie, ponieważ należy mieć świadomość istnienia psychologicznych ograniczników umożliwiających lub minimalizujących możliwości korzystania ze wsparcia. Na tej drodze następuje pośrednio ograniczenie potencjału warunkującego przezwyciężanie i realizację celu maksymalizacji potencjału rozwojowego poczętego dziecka.

Przede wszystkim należy więc podjąć wszelkie próby zmiany świadomości społecznej w kierunku internalizacji normy mówiącej o tym, że pierwszym prawem każdego człowieka jest prawo do życia, nie zaś „bycie chcianym”. Zdrowie psychiczne następnych pokoleń zależy od tego, czy przyjmiemy dzieci bez względu na ich płeć, rasę, stan zdrowia, wygląd czy moment pojawienia się. Przyjąć kogoś oznacza uznać go, dać prawo do egzystencji, do bycia chronionym i wspieranym oraz akceptowanym mimo wszystko. Bardzo ważne jest by wszyscy ludzie, a przede wszystkim dzieci, zdali sobie sprawę, że są przyjmowani zarówno poprzez słowa jak i poprzez czyny, nawet w sytuacji, kiedy obiektywnie są niechciani.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bielawska-Batorowicz, E. (1987). Ciąża i poród w świetle badań psychologicznych. *Przegląd Psychologiczny*, t. 4, 3, 681-695.
- Bielawska-Batorowicz E. (1993). O formach złego traktowania dzieci. *Przegląd Psychologiczny*, t. 36, 3, 298-315.
- Hornowska, E. (2001). *Testy psychologiczne – teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Hofman-Wiśniewska, J. (2000). *Począć zdolne, inteligentne dziecko*. <http://www.re-medica.pl/ffxart7001.html> (Dostępne dn. 12.04.2007).
- Lipowska-Teutsch, A. (1995). *Rodzina a przemoc*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPA.
- Kornas-Biela, D. (1989). Zagrożenie rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia. W: B. Balcerzak-Paradowska (red.), *Sytuacja dziecka w Polsce w okresie przemian*. Warszawa: IPiSS, 159-177.
- Kornas-Biela, D. (2001). Dziecko prenatalne jako przedmiot zainteresowań psychologicznych organizacji i stowarzyszeń naukowych. W: D. Kornas-Biela (red.), *Oblicza dzieciństwa*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, 225-252.
- Łuszczynska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk: GWP.
- Makuła, I. (2003). *Pomoc sprawcą przemocy domowej – w oparciu o terapię „Żywa Nadzieja” oraz inne formy pomocy instytucjonalnej*. Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Vasta, R., Haith, M.M., Miller, S.A. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa: WSiP.
- Ney, P. (1993). Child Neglect: The Precursor to Child Abuse. Pre and Perinatal. *Psychology Journal*, 8(2), Winter, 95-112.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theroetical approaches and a new model. W: R. Schwarzer (red.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: DC Hemisphere, 217-242.

- Schwarzer, R. (1997). Poczucie własnej skuteczności. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, (red.), *Psychologia Zdrowia*. Warszawa: PWN, 21-39.
- Sęk, H., Pasikowski, T. (red.) (2001). *Zdrowie – stres – zasoby*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humanior.
- Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 17-32.
- Soriano, A. (2002). *Przemoc wobec dzieci*. Kraków: Wyd. eSPe.
- Taranowicz, I., Majchrowska, A., Kawczyńska-Butrym, Z. (2000). *Elementy socjologii dla pielęgniarek*. Warszawa: CZELEJ.
- Wójcik, W. (2005). *Zaniedbanie prenatalne – nieprzypadkowe zachowania kobiet w ciąży zagrażające zdrowiu i życiu ich poczętych dzieci*. Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Wójcik, W. (2006). Odpowiedzialne macierzyństwo. *Niebieska linia*, 3 (44).
- Wójcik, W. (2007). *Psychospołeczne uwarunkowania zaniedbania prenatalnego*. Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Uniwersytet Śląski.