

Ks. mgr lic. Jarosław Czapliński  
*Katedra Psychologii Wychowawczej i Rodziny*  
*Wydział Nauk Społecznych*  
*Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II*

## **Adopcja jako droga do rodzicielstwa – od diagnozy do przysposobienia**

Bardzo trudno podać jedno proste określenie, które by zawierało wszystkie najważniejsze cechy rodziny. Większość definicji i teorii dotyczących rodziny, wymienia jednak dwie podstawowe funkcje wyróżniające ją od innych grup ludzi. Pierwszą funkcją jest prokreacja, dzięki której możliwe jest utrzymanie ciągłości społeczeństw. Druga dotyczy przekazywania dziedzictwa kulturowego w początkowym okresie życia nowych członków rodziny (Adamski, 2006). Obie te funkcje stają się coraz bardziej zagrożone w kontekście problemu bezdzietności. Sam termin „niepłodność”, którym często zbiorczo określa się problemy z płodnością, nie jest jednoznaczny. Z jednej strony zawiera on tak zwaną niepłodność całkowitą, czyli bezpłodność – stan trwały i z punktu widzenia dzisiejszej medycyny nieodwracalny. Z drugiej strony, określa się tym terminem tak zwaną niepłodność względną, czyli wynikającą z przyczyn występujących czasowo, a więc możliwych do wyleczenia lub skorygowania (Kalus, 1999).

### **1. Globalny problem płodności**

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) problemom z płodnością nadała rangę społecznej choroby cywilizacyjnej, chociaż jeszcze na przełomie osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych lat XX wieku, nie zwracano większej uwagi na tą kwestię. Na podstawie różnych badań i obliczeń statystycznych przewiduje się, że w najbliższym czasie będzie przybywać każdego roku około 2 milionów niepłodnych par na świecie. W Polsce nie prowadzono badań epidemiologicznych dotyczących niepłodności, a wszelkie analizy opierane są na danych szacunkowych wspierając się informacjami udostępnianymi przez kliniki i ośrodki zajmujące się leczeniem niepłodności. Na ich podstawie szacuje się, że w naszym kraju może być nawet 30% małżeństw bezdzietnych (Zientarska, 2008). W tej liczbie znajduje się około 5% par, które odkładają posiadanie dzieci na dalszą, bliżej nieokreśloną przyszłość lub całkowicie rezygnujące z potomstwa na rzecz kariery zawodowej, czy też szeroko rozumianej służby społecznej (Bidzan, 2010; Mendel, 2009). Pozostałe to małżeństwa

z tzw. bezdzietnością niezamierzoną. Jest ich obecnie, w zależności od różnych źródeł i szacunków, od 15% nawet do około 25%. Podczas gdy jeszcze w ostatnich dwóch dekadach minionego wieku mówiło się, że może ich być co najwyżej 10% (Cybulska, Tomala, Niemczyk, Głęb, 2009; Kalus 1999). Warto w tym miejscu zaznaczyć, że według WHO o niepłodności możemy mówić, gdy występuje brak ciąży mimo dwunastomiesięcznego okresu regularnego współżycia bez stosowania antykoncepcji (Guzikowski, 2009).

Za przyczynę zwiększenia problemów z płodnością uważa się między innymi wzrost liczby przypadków zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową, zmiana kultury tak zwanego życia seksualnego, wyższy stopień świadomości społeczeństw dotyczących możliwości leczenia niepłodności i wspomagania płodności. Coraz częściej można się także spotkać z odkładaniem poczęcia dziecka na czas późniejszy do chwili ustabilizowania sytuacji zawodowej czy też materialnej. Nie bez znaczenia są także takie czynniki jak: stres, lęk, niepokój oraz depresja przeżywane przez członków współczesnego społeczeństwa. Nie pozostaje to bez wpływu na sferę endokrynologicznego funkcjonowania organizmu człowieka tak silnie powiązaną z płodnością (Kalus, 1999). Na to wszystko nakłada się także niekorzystne oddziaływanie czynników środowiskowych oraz niewłaściwa dieta (Guzikowski, 2009).

## **2. Reakcja na niekorzystną diagnozę**

Bardzo często pierwszą reakcją na problemy z poczęciem dziecka jest zdziwienie, niedowierzenie i zaprzeczanie, gdyż chyba nikt nie spodziewa się planując swoje życie rodzinne, że będzie mieć tego typu problemy. Po okresie usilnego ale bezskutecznego starania się o dziecko, przychodzi czas na szczegółową diagnostykę. Osoba z orzeczeniem niepłodności przeżywa fazę złości i poczucia winy - odczuwa gniew na lekarza, na partnera, czy też na siebie. Bardzo często zdarza się, że osoba taka unika kontaktów z otoczeniem a zwłaszcza rodzinami, w których są dzieci. Jest to bardzo trudny etap w życiu, gdyż dookoła jest bardzo wiele rodzin z licznymi dziećmi, zwłaszcza wśród rówieśników i bliższego kręgu znajomych. W takim środowisku głównym tematem podczas spotkań towarzyskich stają się radości i problemy rodzicielskie. W trzecim etapie następuje akceptacja niepłodności i wszystkich jej skutków, co nie jest jednoznaczne z całkowitym pogodzeniem się z brakiem potomstwa. Jest to czas, w którym partnerzy wybierają dalszą drogę postępowania: leczenie medycznie lub niepodejmowanie terapii przy jednoczesnym oczekiwaniu, że problem sam się rozwiąże. Jest jeszcze trzecia możliwość, która wybierana jest najczęściej po nieudanych licznych terapiach – rodzicielstwo zastępcze lub przekierowanie celów życiowych związanych z całkowitą rezygnacją z rodzicielstwa (Jaromołowska, 2007; Powojewska, 2014).

Badania dotyczące statusu społecznego wskazują, że kobiety bezdzietne są wyżej sytuowane niż te, które posiadają potomstwo. Szczególnie jest to widoczne gdy bierze się pod uwagę poziom wykształcenia oraz pracę zawodową. Taki stan rzeczy ma kilka swoich źródeł. Z jednej strony są wspomniane wcześniej kobiety, które poświęciły swoje najlepsze do prokreacji lata na edukację i karierę zawodową. Z drugiej, są te, dla których było to ucieczką od samotności i poczucia niespełnienia życiowego (Kalus, 1999).

### 3. Skutki braku potomstwa

Problemy z płodnością wywołują liczne niekorzystne skutki dla małżonków w wielu obszarach np.: biologicznym, psychospołecznym, czy też ekonomicznym (Zientarska, 2008). Wpływają one między innymi na samoakceptację, budowę koncepcji własnej osoby, poczucie sensu a także zadowolenia z życia czy chociażby realizację różnych ról życiowych. Wszystkie te skutki można ulokować przynajmniej na trzech płaszczyznach: poziomie indywidualnym, płaszczyźnie systemu rodzinnego oraz na poziomie społecznym (Powojewska, 2014).

Rozpatrując aspekt indywidualny osób dotkniętych problemami z płodnością, należy zwrócić uwagę na znacznie częściej przeżywane okresy obniżonego nastroju a nawet epizody depresyjne. Jak pokazują badania niepłodnych kobiet, u ponad jednej czwartej mogą wystąpić epizody depresyjne podczas gdy w grupie kontrolnej odnotowano niespełna 3% takich przypadków (Aghanwa, Dare, Ogunniyi, 1999). Dodatkowo u takich osób pojawia się często frustracja egzystencjalna. Jest ona związana z brakiem możliwości zapewnienia ciągłości rodziny. Brak potomstwa sprzyja częstszemu występowaniu poczucia zagrożenia sensu własnego istnienia a także bezcelowości dążeń do poprawy bezpieczeństwa materialnego, bo nie będzie komu przekazać zdobytego majątku u kresu własnego życia (Guzikowski, 2009). Zjawisko to związane jest także z procesem żałoby przeżywanym przez niepłodne osoby. Niemożność urodzenia dziecka jest często traktowana jak strata bliskiej osoby. Czas takiej żałoby trawa dość długo. Dopiero pozytywne przeżycie tego okresu owocuje akceptacją własnej niepłodności (Mendel, 2009).

Problem braku dzieci na płaszczyźnie indywidualnej związany jest także z brakiem możliwości pełnienia roli rodzica, a więc odpowiednio matki lub ojca. Posiadanie dzieci w powszechnym oczekiwaniu jest dopełnieniem kobiecości i męskości. Ma również konstytuować rodzinę. Mężczyźnie uniemożliwia w pełni ukazanie dojrzałej męskości poprzez wzięcie odpowiedzialności za pełną rodzinę – za los żony i dzieci. Kobiecie natomiast brak dziecka utrudnia ukazania swojej dojrzałości, kobiecości, opiekuńczości i zaradności. Dodatkowo pojawiają się negatywne i niechciane uczucia takie jak: złość, zazdrość, poczucie winy, uczucie frustracji i niespełnienia, zniechęcenie, bezsilność a nawet dystymia czy zaburzenia

lękowe (Klemetti, Raitanen, Sihvo, Saarni, Koponen, 2010; Powojewska, 2014). Samodzielne i autonomiczne podjęcie się wypełniania różnych zadań rozwojowych ma dawać człowiekowi poczucie sukcesu, zadowolenia i spełnienia się. Jeżeli małżonkowie nie mogą mieć potomstwa, to uniemożliwia to zaspokojenie pewnych potrzeb między innymi: opiekania się, wypełnienia zadań i ról małżeńskich czy też w pewnym zakresie potrzeby samorozwoju (Czyżkowska, Rawińska, Józwik, 2013; Ziółkowska, 2005). Powstająca świadomość tego, że dzieci naśladować swoich rodziców motywuje do samodoskonalenia, doksztalcania, a niekiedy motywuje do gruntownego przemyślenia przyjmowanych prawd i wartości. Jest to także okazja do krytycznego spojrzenia na praktyki wychowawcze stosowane przez własnych rodziców. Podczas pełnienia roli rodzica następuje rozwój emocjonalny i motywacyjny opiekunów (Braun-Gałkowska, 2008; Jaromołowska, 2007).

Na poziomie systemu rodzinnego brak potomstwa powoduje bardzo duże zaburzenia w przebiegu kolejnych faz cyklu rodzinnego. Otóż większość modeli mówiących o rozwoju rodziny bazuje na pojawieniu się potomstwa w systemie rodzinnym, a następnie na kolejnych etapach rozwoju dziecka. Za reprezentatywne przykłady mogą tu posłużyć modele rozwoju rodziny proponowane przez M. Braun-Gaukowską (2008) wyróżniającą pięć podstawowych okresów (małżeństwo bez dzieci, narodziny i czas opieki nad małym dzieckiem, małżonkowie z dziećmi w wieku szkolnym, małżonkowie z dorastającymi dziećmi oraz etap pustego gniazda), czy też M. Ziemińską (2001), która wyróżnia z kolei sześć faz (fazę małżeństwa pierwotnego, fazę okresu przedszkolnego, fazę z dzieckiem w wieku szkolnym, fazę rodzicielską z dzieckiem dorastającym, fazę wtórna małżeńską i fazę małżeństwa emeryckiego). W obu przypadkach pojawienie się potomka i czas opieki nad małym dzieckiem rozpoczyna drugą fazę cyklu życia rodzinnego. Pierwszy etap małżeństwa najczęściej trwa około dwóch lat. Jest to okres, w którym małżonkowie tak naprawdę uczą się wspólnego życia, gdyż pochodząc z różnych rodzin muszą stworzyć własny nowy rytm życia. Jest to także etap pogłębiania umiejętności porozumiewania się małżonków (Braun-Gaukowska, 2008). Brak dziecka w rodzinie uniemożliwia przejście przez wszystkie fazy rozwoju rodziny. Następuje zatrzymanie na pierwszych etapach, a później przeskok do końcowych, gdy to małżonkowie zostają sami w gospodarstwie domowym, z tym wyjątkiem, że w przypadku bezdzietności nie mogą liczyć na takie wsparcie społeczne, jak te rodziny, w których dzieci się pojawiły i ostatecznie rozpoczęły życie we własnych rodzinach.

Bezdzietność na poziomie społecznym przez długie lata był traktowana jako stan „nienormalności” a nawet jakiegoś „upośledzenia” małżonków. Od lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku pewne środowiska starają się zmienić ten pogląd i promować wolność wyboru prokreacyjnego, a dokładniej wolność od dziecka. Propagatorzy tego stanowiska starają się pokazać, że nieposiadanie dziecka

nie powinno być we współczesnym świecie czynnikiem stygmatyzującym. Zaś radość z posiadania potomstwa miałaby być równoznaczna z radością płynącą z samorealizacji i osiągnięcia sukcesów zawodowych (Piechnik-Borusowska, 2009). Mimo prób promocji takiego podejścia, do dziś brak dzieci w systemie rodzinnym jest negatywnie oceniany zarówno przez większość społeczeństwa jak i samych małżonków. Wzorzec społeczny promuje pogląd, że małżonkowie powinni mieć i powinni chcieć mieć dzieci (Kalus, 1999). Spowodowane jest to poglądem, że rodzina powinna przyczyniać się do tworzenia tzw. kapitału społecznego poprzez zapewnienie wymiany międzypokoleniowej stanowiącej podstawę zabezpieczenia socjalnego starszych pokoleń (Zientarska, 2008). Brak potomstwa utrudnia pełnienie ról społecznych: roli rodzica – ojca lub matki, a w późniejszym czasie także dziadka czy też babci. Pociąga to za sobą brak możliwości zdobycia odpowiednich kompetencji powiązanych z tymi rolami, a charakterystycznych dla człowieka dorosłego. Pełnienie wspomnianych ról i posiadanie przypisywanych im kompetencji są wyznacznikami dojrzałości psychospołecznej. Są to czynniki, które dodatkowo zwiększają presję na płaszczyźnie społecznej (Piotrowski, 2013).

#### 4. Adopcja – konstruktywne rozwiązanie problemu z płodnością

Jednym z rozwiązań problemu braku dzieci w systemie rodzinnym jest adopcja. Jest ona jedną z dwóch (obok rodziny zastępczej) najczęściej spotykanych w praktyce form opieki i wychowania rodzinnego. Jak podają źródła Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej systematycznie wzrasta liczba wniosków o przysposobienie składanych w polskich sądach. W 2000 roku liczba ta wynosiła niespełna 2930, podczas gdy już piętnaście lat później było ich już ponad 3500.

Adopcja, inaczej zwana przysposobieniem, oznacza uznanie danego dziecka za swoje. Prawną definicję adopcji podaje Art. 121. § 1. *Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego*, który brzmi: „Przez przysposobienie powstaje między przysposabiającym a przysposobionym taki stosunek, jak między rodzicami a dziećmi”<sup>1</sup>. Przysposobienie jest więc przyjęciem obcego dziecka do domu z jednoczesnym uczynieniem go własnym potomkiem. Trzeba pamiętać, że jest to akt nie tylko prawny, ale także zawiera element budowania relacji, utworzenia głębokiej więzi rodzinnej pomiędzy opiekunami zastępczymi, a przyjmowanym dzieckiem. W wyniku takiego postępowania dochodzi do stworzenia nowej bądź rozszerzenia istniejącej już rodziny (Ładyżyński, 2009 b).

Decyzja o rozpoczęciu procesu adopcyjnego, czy też wybranie innych niż rodzicielstwo celów życiowych należą do tak zwanych decyzji życiowo doniosłych mających swoje fundamenty w procesach poznawczych, emocjonalnych, społecznych a także moralnych. Przystępując do podjęcia takich decyzji, osoba

<sup>1</sup> Pełny tekst Ustawy można znaleźć w: *Dziennik Ustaw* 2015 poz. 2082.

dokonyuje wyboru szeregu możliwości i alternatyw, których zwińczeniem powinien być rezultat spełniający oczekiwania danej osoby w stopniu co najmniej zadowalającym. Decyzję o adopcji dziecka najczęściej podejmują małżonkowie od 30 do 40 roku życia, których staż małżeński zawiera się w przedziale od 8 do 15 lat. Trzeba pamiętać, że podjecie decyzji o adopcji i wszczęcie działań w tym kierunku, to dość długi proces, który w przypadku każdej pary, a nawet każdej osoby przebiega nieco inaczej (Jarmołowska, 2007; Ładyżyński, 2009 a).

Adopcja jest coraz bardziej „atrakcyjna” wraz z kolejnymi niepowodzeniami alternatywnych terapii. Jednak większość kobiet nigdy nie traci całkowicie nadziei na posiadanie własnego biologicznego dziecka. Szanse upatrują w postępie medycyny, czy też nadzwyczajnej ingerencji Boga, jeśli jest to osoba wierząca. Dowodem na takie podejście do sytuacji są przypadki par, które zakończyły różnego rodzaju terapie bez upragnionego skutku i rozpoczęły proces przygotowywania do podjęcia roli rodziców adopcyjnych. Zdarza się i to nie tak rzadko, że osoby te, po pewnym czasie przerywają szkolenia, czy też okres oczekiwania na dziecko. Przekazują wtedy informację, że jednak będą mieli własne biologiczne dziecko, ponieważ w niewyjaśniony dla medycyny sposób, ich zmaganie z problemem bezpłodności znajdzie upragniony finał (Kozielecki, 2006; Ładyżyńska i Ładyżyński, 2000).

Małżonkowie chcący adoptować dziecko przeżywają wiele problemów, których nie spotykają rodzice biologiczni. Pierwszy i najważniejszy, to pogodzenie się z niemożnością posiadania dzieci biologicznych. Inne związane są z Przeczodzeniem całej procedury adopcyjnej. Osoby pragnące adoptować dziecko przystępują do procesu kwalifikacyjnego w wybranym przez siebie ośrodku adopcyjno-opiekuńczym. Początek stanowi rozmowa wstępna, na której małżonkowie są informowani o całym przebiegu procedury adopcyjnej i o wymaganych dokumentach. Gdy wymagana dokumentacja jest skompletowana, przeprowadzane są spotkania z psychologiem i pedagogiem oraz odpowiednie szkolenia dla przyszłych rodziców adopcyjnych. Dopiero po pomyślnym zakończeniu całego procesu rodzina może otrzymać propozycję przyjęcia dziecka (Giertuga-Milek, 2006). Dodatkowo pojawienie się dziecka nie zależy od samych rodziców, czy nawet pracowników ośrodka adopcyjnego, w którym kandydaci przechodzą kolejne etapy przygotowania do tej formy rodzicielstwa. Nikt nie jest w stanie zagwarantować, że w krótkim okresie od zakończenia szkolenia i uzyskania pozytywnej kwalifikacji znajdzie się dziecko, które będą gotowi przyjąć. Jednak doświadczenia innych małżeństw, które dzięki adopcji mogły podjąć pełnienie roli rodziców, pozwalają oczekiwać pomyślnego ukończenia zmagania małżonków w celu stworzenie pełnej rodziny.

Kolejne problemy dotyczą tożsamości rodzicielskiej, tworzenia więzi z adoptowanym dzieckiem, lęków o samo dziecko, a także obaw dotyczących braku

pełnego rozeznania co do środowiska pochodzenia dziecka. U wielu rodziców pojawia się także kryzys związany z wypełnianiem roli rodzica i niepewnością czy nie będąc rodzicem biologicznym mogą być rodzicami w płaszczyźnie psychicznej. Pojawia się niepokój o dziecko – lęk przed utratą, przed niewytworzeniem odpowiednio bliskich więzi, przed obciążeniami genetycznymi i społecznymi (Jaromołowska, 2007).

### Zakończenie

Zasygnalizowane w niniejszym artykule zagadnienia mają pokazać wyjątkowy charakter rodzicielstwa adopcyjnego i jego bardzo złożoną wieloaspektową specyfikę. Dopełnienie wszystkich formalnych aspektów związanych z adopcją wymaga od kandydatów na rodziców adopcyjnych poświęcenia czasu i wielkiego wysiłku. Częste wizyty w różnych urzędach i instytucjach państwowych, wieloetapowe badania, szkolenia i procedury kwalifikacyjne nie pozostają bez wpływu na sferę emocjonalną przyszłych rodziców. Pojawiają się liczne obawy, trudności i zapytania, które w ciągu trwania procesu przygotowawczego, przynajmniej w części, powinny zostać wyjaśnione. Część z nich uzyska swoje wyjaśnienie dopiero po pewnym czasie od pomyślnej adopcji. Doświadczana w ten sposób uciążliwość procesu adopcyjnego jest jednak usprawiedliwiona głównym celem przysposobienia, a mianowicie dobrem dziecka.

### Bibliografia:

- Adamski F. (2006). *Rodzina*, (w:) Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku, t. V, E. Różycka (red.), (s. 306-311), Warszawa: Żak Wydawnictwo Akademickie.
- Aghanwa H., Dare F., Ogunniyi S. (1999), Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria, *Journal of Psychosomatic Research*, nr 2, pp. 117-123.
- Bidzan M. (2010), *Niepłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Braun-Gałkowska M. (2008). *Psychologia domowa*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Cybulska N., Tomala M., Niemczyk W., Głab G. (2009). *Współczesna diagnostyka i leczenie niepłodności*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 51-57), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Czyżkowska A., Rawińska M., Józwiak M. (2013). Komunikacja, relacje partnerskie oraz funkcjonowanie seksualne par leczących się z powodu niepłodności, *Studia Psychologica*, nr 2 (13), s. 7-14.
- Giertyga-Milek, K. (2006). Adopcja i rodzina zastępcza jako forma rodzinnej opieki dla dzieci opuszczonych i porzuconych. *Studia Lubuskie*, nr 2, s. 83-95.

- Guzikowski W. (2009). *Wybrane zagadnienia i aspekty niepłodności kobiecej*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 27-33), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Jarmołowska A. (2007). *Adopcja dziecka. Psychologiczna analiza decyzji u kobiet i mężczyzn*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Kalus A. (1999). *Upragnione macierzyństwo: doświadczenie sytuacji niepłodności*, (w:) *Oblicza macierzyństwa*, D. Kornas-Biela (red.), (s. 201-211), Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Klemetti R., Raitanen J., Sihvo S., Saarni S., Koponen P. (2010), Infertility, mental disorders and well-being – a nationwide survey. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 5 (89), pp. 677–682.
- Kozielecki, J. (2006). *Psychologia nadziei*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Ładyżyńska G. i Ładyżyński A. (2000). *Adopcja jest darem*. Wrocław: TUM Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Ładyżyński A. (2009 a). *Doświadczenie adopcji w narracji rodziców*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 101-110), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Ładyżyński A. (2009 b), *Społeczne i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Mendel A. (2009). *Psychologiczne aspekty diagnozy i leczenia niepłodności*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, red. E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska, (s. 73-80), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piechnik-Borusowska J. (2009). *Bezdzielnosc z wyboru w oglądzie socjologicznym*, (w:) *Niepłodność – zagadnienie interdyscyplinarne*, E. Lichtenberg-Kokoszka, E. Janiuk, J. Dzierżanowska (red.), (s. 111-119), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Piotrowski, A. (2013). *Tożsamość osobista w okresie wkraczania w dorosłość*. Wielichowo: TIPI.
- Powojewska A. (2014), *Długa droga do rodzicielstwa*, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, nr 4 (18), s. 162-170.
- Ustawa Kodeks rodzinny i opiekuńczy*, (w:) *Dziennik Ustaw 2015 poz. 2082*.  
<http://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultopisy/4917/1/1/Adopcje---przysposobienie-w-latach-2000-i-p.-2016.xlsx>, pozyskano: 12.11.2016.
- Ziemska M. (2001). *Zmiany w relacjach małżeńskich w cyklu życia rodziny*, (w:) *Rodzina współczesna*, M. Ziemska (red.), (s. 44-57), Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Zientarska B. (2008). *Społeczno-środowiskowe konteksty niepłodności*, (w:) *Zagrożenia zdrowia chorobami cywilizacyjnymi. Pedagogiczne konteksty badawcze*, J. Bulska (red.), (s. 133-156), Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Ziółkowska B. (2005) *Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych?* (w:) *Psychologiczne portrety człowieka*, A. Brzezińska (red.), (s. 423-468), Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.