

Najważniejsza jest obecność

Wsparcie uchodźczyń i migrantek w okresie okołoporodowym – doświadczenia Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

FUNDACJA
Polskie
Forum
Migracyjne



Koncepcja: Weronika Brączek

Redakcja tekstów: Urszula Engelmayer

Teksty: Dorota Borodaj, Kinga Gałuszka, Joanna Mikulska, Margo Sikora-Borecka

Projekt graficzny i skład: Alicja Kobza Studio

FUNDACJA
**Polskie
Forum
Migracyjne**

www.forummigracyjne.org

info@forummigracyjne.org



W latach 2022-2023 działania na rzecz kobiet w ciąży, młodych mam i dzieci z doświadczeniem uchodźstwa i migracji były realizowane przez Fundację Polskie Forum Migracyjne dzięki wsparciu Care International in Poland.

Warszawa, 2024

5 Wstęp

9 Przed wszystkim dobrostan

20 Sitora Yusupova

24 Małgorzata Skalska

28 Najważniejsze jest to, czego nie widać

39 Marianna Guzar

41 Lali Tvalchrelidze

44 Słucham, wspieram, towarzyszę

55 Marie

57 Ocalałe

68 Nina Ptak

70 Przełamać ciszę

79 Pamiętam

82 Co robimy w Fundacji Polskie Forum Migracyjne



Wstęp

W 2024 roku mija dziesięć lat, odkąd Fundacja Polskie Forum Migracyjne rozpoczęła realizację programu wsparcia okołoporodowego dla migrantek i uchodźczyń.

To program unikatowy w skali kraju. Cudzoziemki, których cięża, poród, połóg i wstępowanie w macierzyństwo przebiegają setki i tysiące kilometrów od ich domów i najbliższych, są w szczególnej sytuacji. Samotność, strach, redefiniowanie swojej tożsamości – to emocje i procesy, które mogą towarzyszyć zarówno migracji, jak i wczesnemu macierzyństwu. Łatwo sobie wyobrazić, jak mocno są one przeżywane, gdy wzajemnie się wzmacniają.

Nigdy nie miałyśmy wątpliwości, że mamy-uchodźczynie i mamy-migrantki powinny być szczególnie chronione i wspierane. Wiemy to z licznych badań: ryzyko występowania depresji okołoporodowej u uchodźczyń jest znacznie podwyższone, a z kolei ich dzieci narażone są na więcej ryzyk. To właśnie ochrona była w centrum naszego zainteresowania, gdy rozpoczynaliśmy ten projekt.

Ponadto zobaczyłyśmy w uczestniczkach projektu społeczność, która tworzy dla siebie kobiecą sieć wsparcia, wspólnie świętuje sukcesy, ale też dzieli się tęsknotą za bliskimi, przeżywa dobre i trudne chwile zarówno związane z adaptacją w nowym kraju, jak i w macierzyństwie. Kierowałyśmy się myślą, że „do wychowania dziecka potrzeba całej wioski” – i za cel postawiłyśmy sobie budowanie społecznej przestrzeni dla takich „wiosek”.

Kiedy w 2022 roku wybuchła pełnoskalowa wojna w Ukrainie, okazało się, jak bardzo tego rodzaju wsparcie uchodźczyń i migrantek w Polsce jest konieczne. W chwili pisania tej broszury w Polsce przebywa 1,8 mln cudzoziemców i cudzożemek, w tym niemal 1 mln uchodźczyń i uchodźców z Ukrainy, objętych ochroną tymczasową. Na naszych oczach Polska zmienia się w kraj wielokulturowy, wieloetniczny i wielojęzyczny, stojący przed ogromnymi wyzwaniami integracyjnymi. Pilotażowy „okołoporodowy” projekt okazał się cennym zasobem wiedzy i kompetencji, które dostrzegł nasz partner – CARE International in Poland – i wsparł nas w ich skalowaniu.

Zależało nam, aby projekt łączył różnorodne zadania i obszary w spójną całość, bo wiemy, że holistyczne projektowanie działań społecznych przynosi prawdziwą zmianę. Prowadziłyśmy zatem działania pomocowe: szkoły rodzenia, zajęcia edukacyjne z zakresu zdrowia reprodukcyjnego, oferowałyśmy też uczestniczkom wsparcie fizjoterapeutyczne i psychologiczne. Realizowałyśmy także działania integracyjne: włączałyśmy uczestniczki projektu w życie lokalnych społeczności, wspierałyśmy tworzenie się mechanizmów samopomocowych wśród uchodźczyń i migrantek. Wreszcie – zaczęłyśmy działać na rzecz systemowych zmian, ponieważ wierzymy, że potrzeby uchodźczyń i migrantek w systemie ochrony okołoporodowej są niewystarczająco dostrzegane przez polityków, urzędników i przez personel medyczny. Prowadziłyśmy szkolenia i webinaria, ucząc o psychologicznych skutkach migracji i specyficznej sytuacji mam-uchodźczyń, wspierałyśmy rozwój kompetencji międzykulturowych personelu medycznego. Przed nami kolejne cele: zabieganie o objęcie bezpłatną opieką okołoporodową wszystkich kobiet przebywających na terenie Polski, niezależnie od statusu pobytowego; włączenie do programu kształcenia pielęgniarek i położnych treści związanych ze wsparciem środowiskowym uchodźczyń i migrantek.

Traktujemy tę publikację jako element pracy z całym środowiskiem, które współtworzą szpitale, przychodnie, urzędy miast i gmin kształtujące lokalne polityki ochrony zdrowia czy wreszcie Ministerstwo Zdrowia. Ważnym jego elementem jest też nasze środowisko, a więc organizacje pozarządowe, zarówno te wspierające uchodźców i migrantów, jak i koncentrujące się na ochronie praw reprodukcyjnych czy profilaktyce zdrowotnej. Wierzymy, że zawarte w tej publikacji rozmowy i historie staną się inspiracją dla innych organizacji i instytucji. Temat jest i pozostanie aktualny, a my deklarujemy otwartość do dzielenia się doświadczeniami, które zbierałyśmy przez ostatnie dziesięć lat.

Ten projekt nie mógłby się wydarzyć bez niezwyklego zespołu Fundacji: Marta Piegat-Kaczmarczyk, psycholożka międzykulturowa, od samego początku projekt rozwija, współtworzy i jest matką chrzestną programu; Hanna Kamińska, Inna Padshakh, Małgorzata Skalska – to nasze wyjątkowe położne, które obdarzyły swoją wiedzą i uważnością setki przyszłych mam; Weronika Brączek, koordynatorka projektu, w spektakularny sposób wyskalowała projekt, dostosowując go do nowego kontekstu po 2022 roku, zachowując jednocześnie uważność na indywidualne potrzeby jego uczestniczek. Podziękowania płyną też do Anfisy Yakoviny, Marharyty Olshanskiej, Larisy Sugay i reszty Zespołu PFM.

Dziękujemy także ekspertkom Annie Bajkowskiej i Wioletcie Rębeckiej-Davie, które wniosły do naszej publikacji dodatkową wiedzę.

Dziękujemy CARE International in Poland za tę wspólną podróż i profesjonalne wsparcie naszej organizacji.

A przede wszystkim – jesteśmy wdzięczne uczestniczkom projektu, które obdarzyły nas zaufaniem. To dla nas zaszczyt, że mogliśmy Wam towarzyszyć!

Karolina Czerwińska,
Dyrektorka Programowa Fundacji Polskie Forum Migracyjne
(pierwsza koordynatorka programu wsparcia okołoporodowego w PFM)



Przede wszystkim dobrostan

Z **Agnieszką Kosowicz** i **Weroniką Brączek** o systemie opieki okołoporodowej i szkoleniach Fundacji Polskie Forum Migracyjne dla położnych rozmawia **Kinga Gałuszka**

W listopadzie 2023 roku zaprosiłyście do Warszawy położne z całej Polski, by rozmawiać o tym, jak sprawić, by migrantkom w Polsce – często z trudnymi doświadczeniami oraz nieznaną języka polskiego – rodziło się dobrze i bezpiecznie.

W.B.: Na szkolenie przyjechały panie z Rzeszowa, Bielska, Bydgoszczy czy Torunia. Wykazały się sporą determinacją, żeby spędzić z nami te dwa dni. Niektóre z nich to osoby na początku drogi zawodowej, inne z trzydziestoletnim doświadczeniem. Wszystkie czują potrzebę zmiany w swoich szpitalach i tego, żeby po prostu kobietom migrantkom rodziło się lepiej.

Ale też mam wrażenie, że to szkolenie – może nawet bardziej niż z komunikacji międzykulturowej – było warsztatem z dobrostanu, który przez te dwa dni mogłyśmy im zapewnić. Bez niego po prostu nie dałoby się pójść ani kroku dalej. Dałyśmy też paniom przestrzeń na złość i wyrażenie tego, z czym sobie nie radzą. Słuchać było kilka takich głosów.

No właśnie, nasze porodówki – co stało się szczególnie widoczne po wybuchu pełnoskalowej wojny w Ukrainie – są i będą w coraz większym stopniu środowiskiem wielokulturowym. Rodzą migrantki, rodzą uchodźczynie z całego świata i tym porodom towarzyszą doświadczenia i emocje, na jakie nawet świetne i doświadczone położne mogą nie być przygotowane.

W.B.: Zespół PFM od 2023 roku szkoli studentki położnictwa na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach w zakresie wielokulturowości: dziewczyny mogą bezpośrednio porozmawiać o wyzwaniach i poznać praktyczne rozwiązania. Ale przecież nie wszystkie położne, także większość specjalistek, które były na szkoleniu, miały taką możliwość. Nikt im nigdy nie powiedział: „Słuchajcie, złość i frustracja pacjentki, także migrantki, nie oznacza, że to złość na was. Oznacza tyle, że przychodzi do was osoba z wielkim bagażem doświadczeń, najczęściej trudnych, albo z pogrzebanymi marzeniami dotyczącymi tego, jak ten poród i pierwsze miesiące życia dziecka miały wyglądać”.

Mocno w tym kontekście wybrzmiewała trudna sytuacja położnych w warunkach hierarchiczności szpitala i dominującej roli lekarza – osoby obdarzanej szacunkiem nadanym z góry, z mocy autorytetu. Pojawiły się także rozmowy o systemie, w którym pracują, najczęściej niezapewniającym położnym tego, co powinien, czyli np. tłumacza, który pomógłby zrozumieć rodzającą i ułatwiłby pracę. Nie mówiąc o psychologu czy prawniku.

Jak wyglądały pierwsze szkolenia dla położnych, które organizowało PFM?

A.K.: Nasz program wsparcia migrantek w okresie okołoporodowym trwa od 2009 roku i przyjmuje różne formy. W 2014 roku rozpoczęliśmy współpracę z Fundacją Rodzić po Ludzku, która w tamtym czasie była o wiele bardziej niż my zaawansowana w myśleniu o systemie, a także zdążyła rozbudować sieć kontaktów i współpracę z położnymi. Mieliśmy więc jedną albo dwie grupy dwudziestokilkuosobowe, które zrekrutowała Fundacja Rodzić po Ludzku, a my zrobiliśmy dla nich szkolenie. Dwie osoby, które wzięły w nim udział, zaczęły z czasem współpracę z PFM i od wielu lat same szkolą innych. W tegorocznej edycji pojawiły się też dwie albo trzy, które w tym pierwszym szkoleniu uczestniczyły i postanowiły przyjechać jeszcze raz.

Była też wówczas z nami położna mająca doświadczenie pracy w Ha-dze. Dowiedziałam się od niej, że specyfika pracy położnej z kobietą pochodzącą z innej kultury to nie tylko kwestia innego języka czy zwyczajów. Mówiła też o tym, że na porodówki trafiają kobiety po obrzezaniu, i że okaleczenie narządów intymnych niesie ze sobą fizjologiczne skutki dla przebiegu porodu. Jeśli personel medyczny nie jest na to przygotowany, podczas przyjmowania porodu pojawiają się trudności. Świadczenie tej jednej osoby z międzynarodowym doświadczeniem pokazało nam wielość aspektów, o których trzeba pamiętać.

Od tamtej pory sporo się zmieniło w świadomości społecznej, wszyscy trochę lepiej rozumiemy wyzwania i doświadczenia związane z migracją. Same też wiecie dziś znacznie więcej na temat potrzeb migrantek w ciąży.

A.K.: To z pewnością osiągnięcie Weroniki i wielu lat pracy całego zespołu – dzięki temu wskoczyliśmy z naszą ofertą na nowy poziom. Ale też sam system dorósł do tego, żeby z nami rozmawiać. Dużo czasu nam zajęło i kosztowało sporo wysiłku, żeby w ogóle otworzono nam drzwi, byśmy mogły przekonać system i instytucje zdrowia, jak ważny to temat. Przyznam, że to mnie zaskoczyło, bo wydawało mi się, że nasza propozycja odpowiada na realne potrzeby i będzie przyjmowana z otwartymi ramionami. Mamy już doświadczenie pracy zarówno z położnymi, jak i innymi grupami zawodowymi oraz znamy relacje migrantek i migrantów, którzy trafiają na system nieprzygotowany do funkcjonowania w zróżnicowanym świecie. Możemy systemowi dużo zaoferować, a nasza wiedza i doświadczenia są po prostu przydatne.

Kompetencje naszego zespołu, który dziś pracuje z migrantkami, są nieporównywalnie większe niż to, z czym startowaliśmy – czyli z ogólną refleksją, że migrantki nie mają rozeznania w systemie opieki. Wiemy teraz o wiele lepiej, czego one nie rozumieją, albo czego nie rozumie system i gdzie potrzeby migrantek nie spotykają się z naszą ofertą.

Jak z perspektywy tej zmiany widzicie system opieki, w którym dziś rodzą migrantki?

A.K.: Przybycie do Polski wielu osób z Ukrainy – uciekających przed wojną – przyniosło nieoczekiwany skutek: nie trzeba tak wiele wysiłku, żeby udowodnić, że Polska nie jest już krajem homogenicznym. To doświadczenie ogólnopolskie i jednocześnie osobiste: ludzie widzą migrantów na ulicy; wiedzą, że oni też mają problemy. Widzą to także lekarze i personel medyczny. A jeszcze parę lat temu uważano, że obecność migrantów w Polsce to wydumany temat.

Natomiast nie zmieniła się rzecz zasadnicza: myślenie państwa o tym, kim jesteśmy jako społeczeństwo. Więc zarówno na poziomie tworzenia prawa, jak i funkcjonowania szpitali sytuacja nie ewoluowała na tyle, by uwzględnić potrzeby społeczności, która jest tak bardzo zróżnicowana.

Dlaczego tak się dzieje?

A.K.: Przez ostatnich osiem lat rządów (2015-2023 – red.) uwaga rządzących nie skupiała się na rozwiązywaniu realnych problemów osób postrzeganych jako mniejszości. Nie przyglądano się temu, jakim jesteśmy państwem: jak się zmienia społeczeństwo. Skupienie na polskości było dominujące – nie uwzględniano potrzeb rosnącej populacji, która nie jest rdzennie polska, nie posługuje się językiem polskim, nie jest biała, nie jest katolicka, za to może być np. obrzezana lub okaleczona. No i po prostu wyrasta z innych kontekstów.

Trzeba zobaczyć, jakie naprawdę jest społeczeństwo, które tworzymy. A jest ono zróżnicowane, składa się z wielu grup, które się różnią i wcale nie są tak małe albo marginalne. Na przykład Polacy o czarnym kolorze skóry: wydaje się, że to może kilka osób, albo że to w ogóle niemożliwe. A przecież ci ludzie istnieją, mają swoje stowarzyszenia. Albo osoby, które mają azjatyckie rysy, ale ostatni ich krewni, którzy mówili po wietnamsku, żyli dwa pokolenia temu. Takie osoby także tu są. Polska przez ostatnie dekady stała się krajem znacznie bardziej zróżnicowanym. Czas na przyjąć do wiadomości.



Program szkolenia dla położnych koncentruje się na kwestiach związanych z komunikacją międzykulturową i dobrostanem położnych w pracy, która odbywa się w trudnych warunkach na niemal każdym poziomie. Można odnieść wrażenie, że to, co proponujecie, może być wykorzystane szerzej – nie tylko do pracy w środowisku międzykulturowym.

W.B.: Z jednej strony program szkolenia obejmuje tematy związane z edukacją międzykulturową, a z drugiej rozmawiamy po prostu o relacjach i komunikacji. Podejmujemy na przykład kwestię tego, czy położne w ogóle czują się potrzebne i docenione w swoim miejscu pracy. A z tym bywa teraz najczęściej źle.

A.K.: Tę szerszą perspektywę naszych działań widać też choćby w edukacji. Często nasze praktyki dotyczące włączania dzieci z doświadczeniem migracji – słyszymy to od nauczycieli – przekładają się na włączanie dzieci, które są ofiarami bullyingu albo z jakiegoś powodu odstają od „średniej krajowej”. Naszym głównym wyzwaniem jest właśnie włączenie inności w sposób myślenia. Ale też samo mówienie o inności zakłada, że jest jakaś norma, a tę niestety definiujemy za ciasno. To, czego potrzebujemy – także w obszarze położniczym – to dostrzeżenie różnorodności życiowych sytuacji i sprawienie, by ludzie, którzy się różnią między sobą, odnaleźli się w systemie.

Jak teraz, dwa lata po eskalacji wojny w Ukrainie i związanej z tym masowej migracji do Polski, wyglądało przygotowanie do szkolenia? Jak tym razem dotarliście do uczestniczek?

W.B.: Tym razem było łatwiej – temat migrantek pojawił się wszędzie, także na porodówkach. Zresztą wiele położnych bardzo się angażowało: jeździły na granicę zarówno ukraińską, jak i białoruską. Czuły odpowiedzialność i osobistą potrzebę wspierania kobiet. Ale też wiele z nich działało w osamotnieniu – z tego wzięła się konieczność pracy systemowej. Skala zrobiła się ogromna. Wystarczy wspomnieć, że od końca lutego 2022 roku organizujemy jedną – dwie szkoły rodzenia w miesiącu, a nie jedną na kwartał jak przedtem; kontaktują się też z nami szpitale położnicze, aby przekierować do nas swoje pacjentki lub zamówić publikację *Jestem mamą w Polsce*.

Czy to znaczy, że widzicie gotowość do zmian?

W.B.: W którymś momencie – za namową Care International in Poland, jednego z naszych partnerów – skontaktowałam się z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych. Rozmowy trwały pół roku. Zaczęło się niewinnie:

wysłałyśmy Izbie ulotki, później był wywiad z Martą Piegat-Kaczmarczyk w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej”, który Izba wydaje i rozsyła do szpitali w całej Polsce. Rozmowa z naszą psycholożką trafiła więc do sześciu tysięcy placówek medycznych w kraju! Myślałam: być może przeczyta to jedna setna personelu, ale ten artykuł już tam zostanie. Skoro tak, to podziękujmy szerzej i wyślijmy informacje o szkoleniu dla położnych za pośrednictwem Izby. To partner idealny do wprowadzania zmian – o skali zasięgu w środowisku nieporównywalnej z naszym. W dniu, w którym rozmawiamy, rusza pierwszy webinar na stronie Izby. Zapisało się ponad pięćset osób. Na webinary ogłaszane na naszej stronie zgłaszało się po kilkadziesiąt.

Wartościowa była również współpraca z Fundacją Rodzić po Ludzku. Razem wznowiliśmy wspomnianą wcześniej publikację *Jestem mamą w Polsce*. Jest przeznaczona dla osób, które przyjechały do Polski z innych krajów i teraz oczekują narodzin swojego dziecka. Chcemy sprawić, żeby ten czas był dla przyszłych mam bardziej komfortowy, tak aby mogły poczuć się pewniej i wiedziały, czego oczekiwać od polskiego systemu ochrony zdrowia. Z okazji dnia uchodźców razem z Fundacją zorganizowaliśmy także wspólny webinar, na którym mogliśmy przedstawić między innymi prawne aspekty wspierania migrantek w szpitalach w okresie okołoporodowym.

Słyszałam na szkoleniu dużo wspierających słów, ale też jest jasne, że nowa wiedza i konieczność uczenia się nowych rzeczy może nieść ze sobą także opór słuchaczek – wynikający z ich przepracowania lub wypalenia.

W.B.: Dlatego nasze szkolenie zaczęło się od tego, że zapytałyśmy panie, w czym są dobre, z czego są zadowolone i co im dobrze wychodzi. Opowiedziały o mnóstwie świetnych rzeczy, które robią. To było wzruszające, kiedy rozmawiały o tym między sobą, a jednocześnie bardzo dla nich wzmacniające.

Ewaluacja po szkoleniu pokazała też pewną zmianę oczekiwań. W zgłoszeniach położne pisały, że kluczowe są dla nich „twarde” obszary, czyli zrozumienie prawnych aspektów czy różnic kulturowych. Tymczasem po zakończeniu zwracały uwagę na „miękkie” działania, czyli jak po prostu być i towarzyszyć. Na samym końcu szkolenia Hania Kamińska, współprowadząca, rozdała każdej uczestniczce małe koperty z ręcznie wypisanymi cytatami z wypowiedzi swoich pacjentek, które już po porodzie jako położna odwiedzała w domach. Były to słowa wdzięczności – wcale nie za dostęp do tłumaczy na

porodówkach lub do prawników, ale za to, że położna trzymała za rękę czy wypowiadała imię. To były chwile, które wspomnienie o porodzie uczyniły pięknym.

Jak powstawał program szkolenia?

W.B.: Bazowałyśmy na wieloletnim doświadczeniu PFM oraz na solidnym zapleczu merytorycznym osób realizujących ten program. Są to położne znające podstawy prawne wspierania migrantek, psycholożki z doświadczeniem pracy międzykulturowej. Jest również fizjoterapeutka i zarazem interwentka kryzysowa, pisząca doktorat z antropologii na temat migracji. Wszystkie są świetnymi ekspertkami. Poza tym wysłałyśmy także ankietę do położnych z pytaniami, co robią do tej pory i w jakim obszarze chciałyby się doszkolić. Dopasowałyśmy program do tych potrzeb, ale zadbałyśmy też o tematy kluczowe, czyli np. wprowadzenie do tematu migracji.

Jakie zagadnienia dotychczas niepodjęwane mogłyby się znaleźć w kolejnych edycjach?

W.B.: Sporo myślimy o tematyce gwałtów wojennych i związanej z tym traumie transgeneracyjnej, a także o tym, co mówi się w kontekście straty okołoporodowej. To wszystko oznacza nie tylko duży obszar wiedzy, ale także i ogromny zakres potencjalnej współpracy z różnymi podmiotami. Póki co zaczęliśmy od Niebieskiej Linii, więc już teraz możemy nawzajem uzupełniać naszą wiedzę. Ale na pewno nadal na pierwszym miejscu wśród tematów szkoleń powinno być wszystko to, co wiąże się z dobrostanem położnych.

Zatrzymajmy się na chwilę przy realnych problemach ludzi – tych bardzo trudnych – w kontekście opieki okołoporodowej.

W.B.: To na przykład brak ubezpieczenia albo brak (z różnych powodów) legalizacji pobytu migrantek. Takie osoby mają zupełnie inną drogę do systemu ochrony zdrowia – nie mają dostępu do bezpłatnej opieki – pomimo tego, że przecież ma zdarzyć się cud: urodzi się człowiek. Są też nadużycia, które zdarzają się w ośrodkach dla uchodźców, np. kobiecie w dziewiątym miesiącu ciąży, która jest tam od jej samego początku, nie zrobiono żadnego badania, chociaż zgłaszała, że chciałaby je mieć. Jak to możliwe, skoro te placówki mają obowiązek zapewnić ochronę dziecku, czyli też zbadać matkę? Powinna mieć takie same prawa jak każda inna kobieta. Albo na przykład taka sytuacja: przyjeżdża do ciężarnej lekarz, który ani nie posługuje się żadnym znanym jej językiem, ani nie

korzysta z pomocy tłumacza. I gdy kobieta mówi mu, że ją boli i że rodzi, ten zaleca jej środek przeciwbólowy.

Nie ma jasności co do pakietu medycznego, który ma do dyspozycji pacjentka w ośrodku. Z założenia to ma być pomoc podstawowa. Jednak w przypadku kobiet w ciąży dyskusyjny jest, co to dokładnie znaczy. Pacjentki nie wiedzą, na co mogą liczyć.

Co dziś, na tym etapie działań, można uznać za przykład dobrych praktyk czy korzystnych zmian idących w kierunku celu, jakim jest bezpieczny i dobry poród migrantek?

W.B.: Na pewno współpraca szpitali z organizacjami zajmującymi się wspieraniem migrantów. Kiedy lekarz czy położna nie ma wystarczających zasobów lub wiedzy, jak wesprzeć osoby z doświadczeniem migracji prawnie czy psychologicznie, może przekierować pacjentki do nich. To także wcześniej wspomniane szkolenie studentek położnictwa oraz współpraca z Naczelną Izbą. Wiele szefowych oddziałów położniczych z całej Polski, które spotkałam niedawno na konferencji w Izbie, mówiło mi: przyjeździe do nas.

A na przyszłość?

A.K.: Myślę, że być może to także jest nasza rola, by zapewnić położnym regularny kontakt, chociażby online. Po to, by miały poczucie, że nie są same, by mogły omówić różne wyzwania, czy choćby się wyżalić.

W.B.: Chciałybyśmy dalej się szkolić i szkolić innych, chciałybyśmy też, żeby powstawały w innych miastach takie szkoły rodzenia jak nasze, i żeby w związku z tym do nas były mniejsze kolejki. Ważne jest także, by zabiegać o uwzględnienie migrantek w systemie bezpłatnych szkół rodzenia, dostępnych dla wszystkich osób, które płacą podatki. Myślę, że na poziomie wojewódzkim czy we współpracy z prezydentami miast możemy wiele zdziałać. Marzy mi się, żeby zapewnić położnym dostęp do tłumaczy.

Do których drzwi trzeba pukać, żeby skutecznie zabiegać o lepsze standardy opieki okołoporodowej migrantek?

A.K.: Zamierzamy pukać do parlamentu i rządu, głównie do Ministerstwa Zdrowia, ale i do naszych darczyńców, którzy z jednej strony mają pieniądze, a z drugiej mają czasami możliwości prowadzenia rozmów na ważne dla nas tematy na wysokim szczeblu.

Często dyskutujemy w fundacji, jaka jest nasza rola: czy powinniśmy się skupiać bardziej na pomocy ludziom, czy raczej zabiegać o zmiany systemowe. Moim zdaniem musimy robić i jedno, i drugie, bo dopiero to połączenie daje realny wpływ. Kiedy prowadzę rozmowy na szczeblu ogólnorządowym, to jestem słuchana, gdy przytaczam konkretne przykłady i praktyki, gdy potrafię powiedzieć, co nie działa albo które przepisy są martwe i dlaczego. Abstrakcyjna rozmowa o teorii nie przynosi potrzebnych skutków. Dopiero znajomość realnych problemów prawdziwych ludzi daje jakiegokolwiek możliwości zabiegania o zmiany systemowe.

Agnieszka Kosowicz – prezeska i założycielka Fundacji Polskie Forum Migracyjne. Na rzecz uchodźców i osób ubiegających się o status uchodźcy pracuje od 2000 r. Jest inicjatorką różnorodnych działań na rzecz uchodźców i migrantów w Polsce, autorką i współautorką publikacji na temat uchodźców, migrantów i integracji.

Weronika Brączek – koordynatorka programu skierowanego do kobiet w okresie okołoporodowym w Fundacji Polskie Forum Migracyjne. Od 2009 roku inicjuje działania skierowane do osób z doświadczeniem migracji w Polsce oraz do Polonii i Polaków za granicą.

POTRACIÓ
SEJUCAACI

POTRACIÓ

1
LUCAS

ZUC
LUCAS
LUCAS

TESTE
- SLA

Sitora Yusupova

Po przyjeździe do Polski mieliśmy z mężem bardzo dużo szczęścia, bo trafiłam na wspaniałą polską rodzinę, która się nami zajęła. Nie wiem nawet, co by było, gdyby nie ich pomoc. Jednak nawet to wsparcie nie uchroniło mnie przed złymi doświadczeniami, związanymi z opieką ginekologiczną i porodem w Polsce.

Nie stać mnie na prywatną opiekę, muszę umawiać się zawsze na NFZ. Kiedy staraliśmy się o ochronę międzynarodową, musieliśmy korzystać z opieki Petra Medica. Potem, kiedy już otrzymaliśmy ochronę, korzystałam zawsze z rejonowej przychodni. Jeszcze nigdy nie udało mi się trafić tą drogą na dobrego ginekologa. Zawsze, kiedy dzwonię umówić się na wizytę i podaję nazwisko, zostają mi przydzieleni lekarze, prawie zawsze mężczyźni, do których inne kobiety nie chcą się zapisywać. Mają zawsze dużo wolnych terminów, a ja nie mam wyjścia, mimo że proszę, by nie umawiać mnie do mężczyzn. To samo dzieje się, kiedy pomagam na przykład Afgankom, które wspieram w ramach Polskiego Forum Migracyjnego – dla nich również trudno mi jest znaleźć lekarzkę, a nie lekarza. Mam wrażenie, że to wynika ze złej woli, nie ma w przychodniach odruchu, by zadbać o takie pacjentki, a prośba o kobietę ginekolożkę jest traktowana jak fanaberia. W czasie ciąży bardzo się stresowałam, byliśmy wtedy jeszcze w procedurze uchodźczej – w dziewiątym miesiącu musiałam się stawić na przesłuchanie, policja przychodziła do domu, w którym mieszkaliśmy, bez zapowiedzi. W takich chwilach bardzo się bałam, a wizyty u lekarzy za każdym razem zwiększały ten stres.

Poród był dla mnie strasznym doświadczeniem. Dostałam bóle wieczorem, pojechałam do szpitala z mężem i moją polską mamą, która ze swoją rodziną nas przyjęła. Nie miałam wtedy jeszcze przyznanej ochrony, nie miałam paszportu, zabrałam ze sobą skierowanie do szpitala. Wcześniej mi powiedziano, że to wystarczy, by przyjąć mnie na oddział. Kobieta na recepcji na mnie nakrzyczała. Najpierw nie chciała mnie przyjąć, potem mówiła, że za poród będę musiała zapłacić 3,5 tysiąca złotych. Strasznie się bałam, że stanie się coś złego z dzieckiem albo że będę musiała rodzić w domu. W końcu zostałam przyjęta, ale miałam wrażenie, że robiono wszystko, żeby pozbyć się mnie stamtąd jak najszybciej. Mało też rozumiałam z tego, co się wokół mnie mówiło – wtedy, na recepcji i potem, podczas porodu i pobytu w szpitalu.

Podano mi kroplówkę, chyba na wywołanie skurczy, a potem cały czas pospieszano. Nie czułam, że jestem gotowa do porodu, miałam rozwarcie na osiem centymetrów i czułam, że jeszcze nie czas, pamiętam, że ktoś naciskał mi brzuch, pękło mi krocze. Po porodzie miałam je zszywane, ale strasznie bolało, szwy się rozeszły, musieli poprawić szycie i robili to bez znieczulenia.

Nawet kiedy nie rozumiesz języka, to czujesz, kiedy ktoś mówi do ciebie złe rzeczy. I to czułam w tym szpitalu. Nikt mi niczego nie tłumaczył. Nie miałam sił, a lekarka powiedziała mi, że muszę na drugi dzień wyjść ze szpitala. Nie zgodziłam się, z dzieckiem było wszystko ok., ale ja byłam obolała, nie wyobrażałam sobie, że w takim stanie wychodzę. Lekarka mówiła: u nas kobiety wychodzą ze szpitala po paru godzinach! Ja zostałam na cztery dni. Kiedy mąż musiał zostawić mnie z córką samą, pomogła mi Polka, która leżała ze mną na sali poporodowej. Miała już drugie dziecko i wiedziała, że moja córeczka płacze, bo trzeba jej zmienić pieluszkę. Byłam w takim stanie, że na to nie wpadłam. Ona też pomogła mi ją pierwszy raz przewinąć, zaoferowała, że pomoże mi ją wykąpać.

Po porodzie zaczęłam mieć bardzo poważne problemy ginekologiczne, cierpieć na endometriozę, przez półtora roku miałam też depresję poporodową. Nie chciałam myśleć o kolejnych dzieciach. U lekarzy słyszałam, że bardzo bolesne miesiączki, których nie miałam przed porodem, są normalne, tak samo jak normalny jest ból podczas stosunku, który też zaczął się dopiero po narodzinach córki. „To niech pani nie współżyje, jak boli” – powiedział mi jeden lekarz. Miałam silne bóle kręgosłupa, fizjoterapeuta powiedział mi, że to po porodzie. Do dziś, kiedy mijam ten szpital, boli mnie całe ciało.

Żeby wyjść z depresji, poszłam do psychiatry, brałam leki, zaczęłam też pracę z psycholożką. To ona kazała mi wypisać wszystkie marzenia i cele, jakie mam. Było tego chyba z sześćdziesiąt punktów. Najważniejsze dla mnie było to, że chcę pracować z kobietami. Kilka miesięcy później zaczęłam pracę w Polskim Forum Migracyjnym. Kocham to, co robię, dostaję tu niesamowite wsparcie, bardzo pomagają mi superwizje, które mam dwa razy w miesiącu. Uczę się, jak lepiej pomagać kobietom. Na początku byłam dla nich dostępna o każdej porze, pomocna we wszystkim. Nauczyłam się stawiać granice. Znam kobiety, które mieszkają tu prawie dziesięć lat, mają kilkoro dzieci, które się tu urodziły, a nawet nie mówią po polsku. Przyznam, że to mnie złości. Tłumaczę im, że muszą się uczyć języka, że dzieci nie mogą być ich tłumaczami, że są tu trzy razy dłużej niż ja, a nie potrafią same załatwić najprostszycich spraw.

Pomoc potrafi uzależniać. Kiedyś usłyszałam od urzędniczki, jak mówiła o jednej z kobiet: „Po co jej kolejne dziecko, jak tego jednego nie potrafi ogarnąć”. Bez znajomości języka nie mogą też podjąć lepszej pracy. Ja obiecałam sobie, że taka nie będę. Doszło nawet do tego, że z naszą córką nie rozmawialiśmy po tadżycku. Kiedyś wróciła z przedszkola i pożałowała się, że dzieci mówią, że nie jest Polką. Przyszłam wtedy do jej grupy na zajęcia, opowiadałam o Tadżykistanie, mówiłam dzieciom, że moja córka tak jak ja jest i Tadżyczką, i Polką. Miałyśmy na sobie tradycyjne stroje, uczyłyśmy dzieci tańców i tadżyckiego. Byłam zaskoczona, że córka zna tyle słów. W domu nie chciała, żebyśmy rozmawiali z mężem po tadżycku, a nasz polski często poprawiała. Psycholożka poradziła, byśmy zaczęli ją uczyć naszego ojczystego języka, używać po tadżycku słów relacyjnych: „kocham cię”, „stęskniłam się za tobą”. Ona teraz bardzo to lubi. Wiem już, że nie zgubi języka polskiego, będzie w nim pewnie rozmawiać z siostrą lub bratem.

Drugiej ciąży nie planowałam, byłam pewna, że będę mieć problem, by w ogóle w nią zająć. Kiedy okazało się, że spodziewamy się kolejnego dziecka, bardzo się bałam.

Córka bardzo czeka na rodzeństwo, ja teraz już także czekam. Widzę, jak córka całuje mój brzuch i czuję, że instynkt macierzyński znów się we mnie budzi. Wciąż bardzo się boję przyszłości i tego, czy poradziemy sobie finansowo, czy dam radę sama się nimi zajmować, kiedy mąż będzie w pracy. Mamy wspierać pediatrę, znajomą tej rodziny, do której trafiliśmy po przyjeździe do Warszawy. Jak jej o tym mówię, to ona śmieje się i odpowiada: „Sitora, będzie tak jak teraz, tylko zamiast z jednym dzieckiem, będziesz do mnie przychodziła z dwójką”. To mi pomaga, przegania czarne myśli. Szykuję się też na poród. Mówię już dużo lepiej po polsku, będę rozumieć, co do mnie mówią, wcześniej zamierzam przejść się po kilku szpitalach, spróbować porozmawiać z lekarzami i położnymi. Mam też specjalny zeszyt – zapisuję sobie w nim różne ważne informacje, przepisy prawne. Jeśli ktoś znów będzie mnie źle traktować, powiem głośno po polsku: znam swoje prawa, płacę tu podatki, nie zgadzam się. Żeby zobaczyli, że jestem człowiekiem.

Sitora Yusupova: dziennikarka z Tadżykistanu, przyjechała do Polski z mężem, w kwietniu 2018 roku. Musieli uciekać ze względu na groźby, jakie dostawali (Sitora nie zgodziła się na współpracę z prorosyjskimi władzami). Kiedy opuszczali swój kraj, była w czwartym miesiącu ciąży. Spędzili półtora miesiąca, próbując przekroczyć granicę na przejściu Brześć-Terespol. Mimo że deklarowali złożenie wniosków o ochronę międzynarodową, polscy pogranicznicy wielokrotnie odmawiali im wstępu do Polski. W końcu się udało. Po przekroczeniu granicy Sitora i jej mąż spędzili jeszcze kilka tygodni w ośrodku dla cudzoziemców w Białej Podlaskiej. Stamtąd trafili do Warszawy, gdzie ugościła ich polska rodzina. Tu przyszła na świat ich córka. Od 2022 roku Sitora współpracuje z Polskim Forum Migracyjnym jako asystentka międzykulturowa w szkole.

Małgorzata Skalska

Każdy poród jest częścią pierwotnego doświadczenia, z którym wiążą się lęki wspólne wszystkim kobietom. Niezależnie, czy rodzi migrantka, czy Polka. Mimo że kultura narzuca nam różne wzorce zachowań i oczekiwań związanych z tym wydarzeniem, to wszystkie czujemy to samo. Jednak my położne zawsze musimy mieć świadomość, jak zmieniającym człowieka doświadczeniem jest rodzenie nie na swojej ziemi.

Wszyscy przyklejamy innym łatki związane z narodowością czy kolorem skóry, opieramy się na stereotypach, które z jednej strony ułatwiają nam funkcjonowanie w życiu, ale z drugiej często nie pozwalają zobaczyć prawdziwych problemów konkretnego człowieka. Ja także mogę wpaść w tę pułapkę, choćby wtedy, gdy migrantce uczestniczącej w szkole rodzenia odruchowo przypiszę np. określony sposób reagowania na poród. To przecież bardzo ludzkie. Więc gdy tylko czuję, że popadam w rutynę w prowadzeniu zajęć, to zawsze zadaję sobie pytania, jak ja bym się czuła, będąc zmuszoną rodzić w obcym języku albo w ogóle nie rozumiejąc tego, co mówi do mnie położna czy lekarz.

Razem z Marharytą Olshanską prowadzimy w PFM szkoły rodzenia dla grup ukraińskich. Często mówi się, że Polska i Ukraina są bliskie kulturowo. Ale właściwie na każdym zajęciach dowiaduję się czegoś nowego o tym, jak dziewczyny postrzegają poród, czego się boją. Czasami jest to mocno związane z elementami kulturowymi, ale zwykle dotyczy tego pierwotnego poziomu, o którym mówiłam.

Bywa, że to, co nieznanne, wywołuje wśród personelu obawy, a także reakcję wycofania, która źle wpływa potem na opiekę. Niemniej najważniejsze jest to, co zawsze staram się komunikować na zajęciach: w kluczowym momencie porodu słowa nie są potrzebne, oprócz tych: damy radę. Ważny jest dotyk, ekspresja twarzy, uśmiech. Mam przekonanie, że kiedy rodzimy, to wszystko odbywa się na tym podstawowym poziomie i jeśli położna ma doświadczenie, to urodzimy w każdym języku.

Problemem jest za to kwestia kontynuacji opieki okołoporodowej. Zawsze podkreślamy, jak ważna jest rola położnej środowiskowej – osoby sprawującej opiekę nad dzieckiem i nad mamą w okresie tuż po porodzie. To ona przyjdzie do domu młodych rodziców, wyłapie wszelkie problemy i pokieruje dalej. Ale tutaj niestety pojawia się bariera języko-

wa i wtedy migrantki często zostają same. To jest problem systemowy. Natomiast to od naszej komunikacji z pacjentką zależy, czy wyjdzie ze szpitala z wiedzą, jak karmić i jak opiekować się dzieckiem. I to jest już proces żmudny.

Zarówno w pracy położnej, jak i w ogóle każdej osoby z personelu medycznego obserwacja oraz uważność powinny być zawsze na pierwszym miejscu. Empatia i doświadczenie – to podstawy naszej pracy. Wiem, że dobry kontakt można wypracować, dzięki temu, że spędzimy z pacjentką trochę czasu. Ale niewątpliwie jednak jako położne potrzebujemy szkoleń i przygotowania z zakresu komunikacji międzykulturowej. To ważne, ponieważ rzetelna wiedza na temat danej kultury wpływa na to, jak będziemy odbierać zachowanie pacjentek albo jakie pytania zadamy podczas wywiadu przy omawianiu planu porodu. Wtedy, jak w przypadku choćby osób z Afganistanu, nie będziemy musiały czekać, aż para powie nam, że nie życzy sobie obecności męskiego personelu podczas porodu. W sieci mamy do dyspozycji mnóstwo materiałów dotyczących edukacji międzykulturowej, łatwo można z nich skorzystać, jednak z całą pewnością nie zastąpi to szkoleń, których bardzo nam brakuje.

Położna, tak samo jak pielęgniarka, jest pierwszym kontaktem i pierwszym obserwatorem. Chwała tym lekarkom i lekarzom, którzy chcą nas słuchać, bo komunikacja w zespole terapeutycznym jest bardzo ważna, a wiadomo, że lekarze są przeciążeni pracą i na rozmowę z pacjentką często nie starcza im czasu. Kobiety, które spotykamy w sali porodowej, są bardzo różne, niezależnie od tego, czy to migrantki, czy osoby urodzone tutaj. Czasem trudno pracuje się z Polką, która mówi przecież tym samym językiem, a jednak nie nawiązuje dialogu z położną, nie chce rozmawiać, nie odpowiada na komunikaty, pytania czy sugestie.

Także my same bardzo różnie postrzegamy pacjentki, w tej kwestii nie różnimy się niczym od innych ludzi. Gdyby tak posłuchać całego personelu, który miał do czynienia z daną pacjentką, bardzo często można odnieść wrażenie, jakby każdy mówił o kimś innym. Twarz kobiety leżącej na patologii ciąży jest różna od twarzy tej samej kobiety, gdy ta leży potem na położnictwie. Doświadczenie ciąży, porodu i połogu zmienia – to jest po prostu inny stan świadomości. Mnie samej trudno czasami rozpoznać pacjentkę, bo inaczej zachowuje się na każdym etapie, wchodzi w różne interakcje. Dla jednej położnej może być trudnym przypadkiem w komunikacji. Inna nie widzi żadnego problemu, świetnie się rozumieją. Tak po prostu jest.

Na pewno brakuje nam w szpitalach narzędzi ewaluacji i ankiet, bo mimo wszystko dobrze byłoby otrzymywać informację zwrotną. Teraz nie wiadomo: a może pacjentka, o której myślimy, że nie dostała od nas wszystkiego, czego potrzebowała, tak naprawdę jest zachwycona? Tyle że nie okazała tego w sposób, w jaki my uważamy, że powinna.

Zasadnicze kwestie, które w tej chwili wydają mi się trudne w naszej pracy – i pewnie będzie ich coraz więcej – wiążą się z relatywizmem kulturowym. Myślę, że nam Polkom trudno jest prowadzić porody, podczas których ważną rolę odgrywa mężczyzna. Są społeczności czy narodowości przyzwyczajone do tego, że ojciec jest obecny w sali porodowej i w dodatku to on podejmuje wszelkie decyzje, łącznie z tą, czy kobieta skorzysta ze znieczulenia. Bardzo paternalistyczny układ. Poza tym w naszym systemie podmiotem opieki jest kobieta, a nie osoba towarzysząca.

Pewnym wyzwaniem są też sytuacje, kiedy rodzi kobieta nieznająca nawet podstawowych wyrażen w języku angielskim, a mężczyzna z powodu nakazów swojej kultury czy wyznania nie jest obecny przy porodzie. Więc wtedy – miałam takie doświadczenia – cały czas jesteśmy z nim na telefonie. Dobrze byłoby mieć możliwość wcześniejszego spotkania z taką parą, która by nam wyłożyła, jak to widzi, bo w trakcie porodu nie ma już na to czasu. To są bardzo delikatne sprawy, dla mnie trudne.

Chciałabym także, abyśmy mieli świadomość, że są różne migrantki i różne potrzeby. Zupełnie wyjątkową grupą były uchodźczynie z Ukrainy, które przyjechały tuż po wybuchu wojny i musiały rodzić w Polsce. Bardzo dużo było wtedy porodów przedwczesnych, bardzo dużo było też utrat. To były kobiety w totalnym szoku. Problem z komunikacją nie wynikał z bariery językowej, tylko z ich stanu psychicznego. Innym przypadkiem są pary, które wiedzą, że będą tutaj przez jakiś czas, znają już polski system medyczny, chodzą na zajęcia i się uczą.

Nigdy nie spotkałam się z negatywną reakcją na to, że musieliśmy postawić pacjentkom migrantkom i ich rodzinom granicę związaną z naszym systemem organizacyjnym. Na przykład taką, że cała rodzina nie może przesiadywać na korytarzu szpitalnym albo wejść na salę porodową. Jasno komunikujemy, że musimy dbać o bezpieczeństwo innych pacjentek. Myślę, że naszym obowiązkiem jest świadomość relatywizmu kulturowego i uczenie się innych kultur, ale to oczywiście musi iść w parze z poszanowaniem funkcjonujących tutaj zasad.

Spisała **Dorota Borodaj**

Małgorzata Skalska – położna i doula specjalizująca się w edukacji okołoporodowej. Od 2017 r. prowadzi zajęcia przygotowujące kobiety do porodu. Od 2022 r. współpracuje z Fundacją Polskie Forum Migracyjne. Pracuje w jednym z warszawskich szpitali klinicznych, opiekując się rodzającymi, a także młodymi mamami i noworodkami.

Najważniejsze jest to, czego nie widać

O szkołach rodzenia dla cudzoziemek z **Martą Piegat-Kaczmarczyk**,
Inną Padshakh i **Hanną Kamińską** rozmawia **Kinga Gałuszka**

Wszystko zaczęło się niemal na sali porodowej...

M.P.-K.: Kiedy urodziłam moje pierwsze dziecko i leżałam już w sali, podczas obchodów lekarze pytali nas wszystkie: „Jak się pani czuje? Karmi pani piersią? Czy wszystko w porządku?”. Łóżko w łóżko ze mną leżała Wietnamka, która wszystkim przytakiwała. Ale widziałam, że się męczy. Próbowwała odciągać sobie mleko laktatorem – na stojąco, a nawet na czworakach, klęcząc. Nic jej z tego nie wychodziło. Płakała. Ilekroć przychodził lekarz, kiwała głową, że wszystko w porządku. Za którymś razem go zatrzymałam, i powiedziałam, że ta pani ma kłopoty z karmieniem i że wcale nie jest u niej wszystko dobrze. Zrobiłam to bez konsultacji z nią, ale czułam, że sytuacja jest podbramkowa. Faktycznie jej pomogli: dziecko nauczyło się jeść z piersi i wszystko dobrze poszło. Dopiero potem jej wyjaśniłam, że rozmawiałam z lekarzami. Była bardzo wdzięczna.

To mi dało do myślenia. Skoro ja – matka 29-letnia, ogarnięta życiowo – jestem w szpitalu w totalnym stresie i panice, to co musi czuć Wietnamka, która nie umie się dogadać z personelem. Wyobraźmy to sobie: rodzic-dziecko pośród ludzi, którzy cię nie rozumieją i których ty nie rozumiesz. Jakie to jest napięcie! Zaczęliśmy eksplorować temat w fundacji i okazało się, że jest luka w systemie. Tak wymyśliłyśmy szkoły rodzenia dla migrantek – pierwszy tego typu projekt w Polsce.

Pierwsze zajęcia ruszyły pięć lat później...

M.P.-K.: Tyle trwało planowanie, szperanie w temacie, sprawdzanie, analizowanie różnych badań. Jeździłyśmy też na konferencje i opowiadałyśmy o projekcie. Czułyśmy się trochę jak cyrk. To oczywiście żart, ale tak mniej więcej nas odbierano, gdy mówiłyśmy, że robimy zajęcia dla rodzających cudzoziemek. „Cudzoziemki? No tak, faktycznie są, i też przecież rodzą” – słyszałyśmy. W 2014 roku projekt wdrożyłyśmy w życie. Tym razem rodziłam moje drugie dziecko. Gdy leżałam w sali przedporodowej, zadzwoniła do mnie Agnieszka Kosowicz z informacją, że podpisałyśmy umowę i zaczynamy.

Od początku zakładaliście też, że program będzie opierał się na idei kontynuowania wsparcia po porodzie.

M.P.-K.: To wynikało ze specyfiki funkcjonowania migrantek, w którą wpisane jest to, że ich życie jest poszatkowane na różne etapy. Więc ciągłość wsparcia w ich przypadku jest istotna. Zdarzało się, że dziewczyny poznawały

w szkole rodzenia położną, z którą potem rodziły, a po porodzie przychodziły do mnie na grupę wsparcia. To było coś, na czym zależało nam najbardziej – żeby spotkania odbywały się w zrozumiałym dla nich języku i żeby były nieprzerwane. Od momentu, gdy trafia do nas kobieta w ciąży, zaspokajamy jej potrzeby związane z rodzicielstwem i trwa to do etapu żłobka czy przedszkola. W tym czasie pojawiają się inne tematy: kolejne dzieci, rozwody, wszystko to, co niesie z sobą życie.

Jak wyglądał harmonogram tych działań w pierwszych latach?

M.P.-K.: Miałyśmy jedną szkołę na kwartał. Od razu po zajęciach uruchamiałyśmy grupy wsparcia. Potem, gdy grupy chciały pracować z nami dłużej niż pół roku, łączyłyśmy je w jedną większą.

Kto brał udział w waszych zajęciach?

M.P.-K.: To były przepiękne grupy. Przychodziły Ukrainki, Białorusinki, Rosjanki – były wszystkie razem. Zdarzały się też Indonezyjki czy Tadżyjki. Robiliśmy podział na język angielski i rosyjski, chociaż to nie zawsze się sprawdzało. Przez kilka lat równolegle toczyły się zajęcia w tych dwóch grupach. Dziewczyny przychodziły z coraz większymi dziećmi i potem z kolejnymi, wspierały się nawzajem.

W ciągu niemal dziesięciu lat od pierwszej szkoły rodzenia rzeczywistość migrancka w Polsce bardzo się zmieniła, szczególnie oczywiście od 2022 roku, kiedy nastąpiła eskalacja wojny w Ukrainie...

M.P.-K.: Nie zmienił się rodzaj problemów, zmieniła się tylko ich intensywność. Jest po prostu o wiele więcej kobiet, które są w potrzebie. Do tego doszła grupa samodzielnych mam – ale to tylko na samym początku wojny. W pierwszych miesiącach kobiety przyjeżdżały same, w zaawansowanej ciąży. Uciekały przed wojną – bez mężów, i nie wiedziały, czy ich spotkają, czy ojciec pozna dziecko, czy dziecko pozna ojca. To była charakterystyczna grupa bardzo samotnych i bardzo przestraszonych dziewczyn, dla których to wszystko wydarzyło się nagle. Teraz jest już inaczej.

Haniu, jesteś jedną z położnych, które współpracują z PFM prawie od początku projektu.

H.K.: Byłam wolontariuszką Fundacji Rodzić po Ludzku. Tam poznałam Martę, która prowadziła szkolenie dla położnych – nauczyła nas, na czym polegają różnice kulturowe i dlaczego Wietnamka kiwa głową na tak,

ale myśli zupełnie co innego. Pracowałam wtedy w zwykłym powiatowym szpitalu w Piasecznie, gdzie rodziło bardzo dużo Wietnamek i Czeczenek. Nie potrafiłyśmy nawiązać z nimi prawdziwego kontaktu. Więc dla mnie jako położnej tamto szkolenie było przełomowe i bardzo potrzebne.

Do PFM trafiłam w 2015 roku. Wcześniej prowadzeniem szkół rodzenia od strony położniczej zajmowała się Martyna Grygiel-Kaczmarek, która przekazała mi to zajęcie, ponieważ postanowiła skupić się na pracy w szpitalu.

M.P.-K.: Pamiętam, że akurat w 2015 roku rząd pozamrażał fundusze dla NGO-sów, więc i nasza sytuacja finansowa była tragiczna. Czekałyśmy na pieniądze przyznane nam w konkursach międzynarodowych, które nigdy nie przyszły. Mogłyśmy zrobić tylko cztery szkoły rodzenia na rok, bez możliwości udzielania konsultacji po porodzie. Wszystkie nasze działania były okrojone do absolutnego minimum.

W 2022 roku projekt ruszył z nową siłą...

H.K.: Najpierw oprócz standardowych zajęć ze szkoły rodzenia włączyłyśmy indywidualne konsultacje dla kobiet w ciąży. W połowie roku rozpoczęłyśmy również konsultacje poporodowe i to też był strzał w dziesiątkę. Wiedziałyśmy, że dziewczyny ich potrzebują. Bardzo się cieszę, że mamy taką możliwość, bo zawsze nam tego brakowało.

Haniu, prowadzisz grupy anglojęzyczne...

H.K.: Pracuję w tandemie z psycholożką Anfią Yakoviną. Na nasze zajęcia przychodzą z reguły osoby otwarte, które bardzo chętnie korzystają także z konsultacji po porodzie. Policzyłam, że od kwietnia, czyli w ciągu dziewięciu miesięcy odbyłam pięćdziesiąt sześć konsultacji dla kobiet różnych narodowości z piętnastu krajów. Nie liczę mężczyzn pochodzących czasami z jeszcze innych miejsc. Większość dziewczyn potrzebuje konsultacji laktacyjnej, bo karmienie piersią to jest główny problem, z którym się mierzą. Czasem są to też jakieś sprawy pielęgnacyjne, a czasem po prostu chcą się upewnić, że wszystko robią dobrze. Często mamy konsultację antykoncepcyjną po połogu.

W ciągu 2023 roku łącznie udzieliłyśmy ponad trzystu konsultacji indywidualnych. A każda z nich, przynajmniej ta domowa, trwa dwie-trzy godziny.



Czego się boją migrantki przed porodem?

H.K.: Oprócz tego, że koncentrują się na tym, co inne kobiety w ciąży, żeby wszystko przygotować i kupić, to dochodzi im jeszcze stres związany z formalnościami, np. z zarejestrowaniem dzieci. Duży lęk wiąże się także z tym, czy odnajdą się w systemie ochrony zdrowia. Zawsze zachęcam je, żeby nie dzwoniły do przychodni, tylko poszły same albo wysłały partnera, bo przez telefon często trudno się dogadać po angielsku.

Są zleknione, że nie rozumieją lekarza; czasem piszą do mnie, żeby się upewnić, czy dobrze zrozumiały, albo wysyłają zdjęcia z wizyt. Przy czym oczywiście Polki też są zestresowane, bo pediatrzy bywają przecież różni. Słyszę historie o tym, jak młoda mama po wizycie czuje się fatalnie, bo lekarz zrugął ją za wszystko. To już kwestia systemowa. Stresujący może być także kontakt z położną, chociaż nie jest aż tak źle, bo są położne, które nie obawiają się komunikacji w języku angielskim.

Co migrantki opowiadają o swoich porodach?

H.K.: Mają dobre wspomnienia. Pamiętajmy jednak, że mam relacje wyłącznie z Warszawy, gdzie jest wybór placówek i gdzie już na zajęciach szkoły rodzenia radzimy, który szpital wybrać, w zależności od potrzeb konkretnej kobiety.

Dziewczyny są wdzięczne, że miały opiekę, że nie nacięto im krocza albo że miały możliwość urodzenia w wodzie lub w takiej pozycji, w jakiej chciały, że mogły przytulać dziecko, zanim pępowina została odcięta. Dla nas to już jest oczywistość.

Czasem kuleje opieka poporodowa, ale sama jestem położną i wiem, że jedna położna może mieć pod opieką na dyżurze nawet dwadzieścia kobiet po porodzie. Nie jest możliwe, żeby nad każdą z nich pochylić się na dłużej.

Wróćmy na chwilę do Wietnamek, od których niejako wszystko się zaczęło. Jak wyglądają wasze doświadczenia z tą liczną i nadal słabo zintegrowaną w Polsce społecznością?

M.P.-L.: Wietnamskie rodziny nie zgłaszają się do szkół rodzenia. A wiemy od Wietnamek, które spotykamy w różnych miejscach, że brakuje im zarówno wiedzy, jak i wsparcia. Parę lat temu przygotowałyśmy

program przeznaczony dla nich – z ich strony była potrzeba, a z naszej gotowość. Ale pojawiła się bariera: to, że robiłyśmy zajęcia w naszej siedzibie, okazało się zbyt czasochłonne dla par, zwłaszcza gdy miały przyjechać razem, poświęcić cały weekend i w tym czasie nie pracować. Jest to społeczność, która bardzo dużo pracuje, a kobiety w ciąży często nie korzystają ze zwolnień lekarskich.

Więc gdy parę lat temu pojechaliśmy razem z tłumaczem do Wólki Kosowskiej, najbliższej miejsc, gdzie całymi dniami pracują, to okazało się, że dziewczyny były bardzo zainteresowane. Były wdzięczne za wszystkie informacje, które im przekazałyśmy. Zadawały mnóstwo bardzo ciekawych pytań, np. jak prosto ze szpitala wrócić z dzieckiem do pracy. Były zadowolone z informacji, że mogą niemowlę nosić w chuście i że ono wcale nie musi spać na hałdzie dżinsów w hali. Więc nawet jeśli kobieta potrzebuje wrócić do pracy, to jednocześnie może spełniać się jako dobra, troskliwa mama, która jest blisko dziecka.

Niestety nie udało nam się przenieść tych zajęć z powrotem do nas. A mobilna szkoła na dłuższą metę to zadanie karkołomne. Natomiast gdyby co którąś szkołę przeznaczać dla wietnamskiej społeczności, to z pewnością mielibyśmy pełne sale.

Jak wygląda praca z grupami rosyjsko- i ukraińskojęzycznymi?

- I.P.:** Te pierwsze szkoły tuż po wybuchu wojny – o tym mówiła już Marta – były tylko dla mam, które niedawno przyjechały, z ogromnym lękiem w oczach, bez żadnego wsparcia wokół. To było bardzo trudne. Staraliśmy się przede wszystkim zbudować wspólnotę i na początku przekazywać nie tyle wiedzę medyczną, co dawać wsparcie psychiczne. One tego naprawdę bardzo potrzebowały. Dopiero później wchodziłyśmy w temat porodu. Wyjaśniałyśmy, jak funkcjonuje system ochrony zdrowia w Polsce, żeby były świadome, czego mogą oczekiwać, a do czego niekoniecznie były przyzwyczajone.

Wiem, że dziewczyny z Ukrainy są przerażone tym, że do porodu w Polsce nie zawiezie ich karetka...

- I.P.:** W Polsce staramy się jak najdłużej zostać w domu, w komfortowych dla siebie warunkach. W Ukrainie jest inaczej – rodzące wolą jechać do szpitala wcześniej, żeby być pod obserwacją aż do samego porodu. Polki czekają do ostatniej chwili i przyjeżdżają na własną rękę.

Inno, jak w perspektywie twojego ukraińskiego doświadczenia położnej patrzysz na standardy związane z opieką okołoporodową w Polsce i w Ukrainie?

I.P.: W Ukrainie standardem jest obecność lekarza przy porodzie, który prowadzi ciążę. W Polsce jest zupełnie inaczej: nie tylko mała jest szansa na to, że ten sam ginekolog będzie przyjmował poród, ale w ogóle w Polsce lekarz rzadko bywa przy porodzie. Szczególnie jeśli wszystko przebiega bez problemów, a matka i dziecko czują się dobrze. Wszystko zależy od położnych, które są bardzo profesjonalne.

Słyszę od dziewczyn, że spodziewają się od lekarza prowadzącego ciążę, że wypisze jakieś leki czy suplementy. A tymczasem, jeśli wszystko jest w porządku i wyniki badań są dobre, to lekarz w Polsce nic nie przepisuje, podczas gdy w Ukrainie zawsze wychodzi się z receptą. W związku z tym czują, że tu lekarz nie poświęca im wystarczającej uwagi.

A pozytywne zaskoczenia?

I.P.: W Ukrainie jeśli kobieta ma w szpitalu umówionego lekarza, to wtedy otrzyma opiekę i będzie traktowana dobrze. Tylko że za to wszystko trzeba słono zapłacić. Więc tutaj w Polsce są zdziwione, że to samo można dostać za darmo – od położnej, która po prostu pracuje na oddziale i jest na dyżurze. Wszystkie obowiązujące tu standardy, o których mówiła Hania, to przyjemna niespodzianka. To akurat jest fajne, a szczególnie ważne było dla kobiet, które przyjechały tu urodzić na początku wojny i były w bardzo trudnej sytuacji.

Wojna trwa już tak długo, więc i wasze grupy musiały się zmienić?

I.P.: Teraz kobiety przychodzą na zajęcia z partnerami. Są o wiele spokojniejsze. Zadają już konkretne pytania o szpitale, w których mogą rodzić, a także o sposoby porodów. Są bardziej świadome. Mieszkają tu już jakiś czas i przyzwyczyły się do systemu.

Program waszej szkoły rodzenia jest podzielony na kilka modułów. Pierwszy dotyczy spraw formalnoprawnych, drugi dobrostanu psychicznego kobiety w połogu i wspierającej roli partnera w tym okresie, kolejny – kwestii czysto położniczych, aż w końcu zagadnień związanych z opieką nad noworodkiem. Czy z perspektywy dotychczasowego doświadczenia są obszary, o które chcielibyście rozszerzyć program?

M.P.-K.: Odpowiedź na to pytanie jest złożona, bo zakładamy dużą elastyczność za każdym razem, w związku z tym, że każda grupa jest inna. Gdy poja-



wiły się dziewczyny tuż po 24 lutego 2022 roku, wiedziałyśmy, że z nimi musimy pracować przede wszystkim na ich zasobach, na budowaniu społeczności. Natomiast na pewno nie możemy podejmować tematu relacji z partnerem po porodzie. Wiadomo, że to był temat bardzo bolesny.

Przy każdej grupie badamy oczekiwania. I choć ramowy program zajęć jest zawsze taki sam, to staramy się manewrować tematami okołoporodowymi, psychologicznymi, wychowawczymi czy migracyjnymi. Multi-dyscyplinarność w tej pracy jest bardzo ważna.

Są też takie tematy, których byśmy nie wymyśliły i nie mogły zaplanować, np. co zrobić przy rejestracji dziecka, jeśli jego ojciec nie jest mężem rodzącej i do tego tutaj go nie ma, albo co ma zrobić matka, gdy poda nazwisko ojca, czego konsekwencją może być jego deportacja?

Zatrzymajmy się na koniec przy temacie dobrostanu psychicznego. W szkołach rodzenia poświęćcie mu sporo czasu, robicie to w sposób bardzo rzeczowy – nazywając po imieniu np. temat depresji poporodowej. Mówicie: jest taka jednostka chorobowa i także może być częścią tego doświadczenia.

M.P.-K.: Obserwujemy, że wiele dziewczyn, które znamy ze szkół czy grup wsparcia, sięga po pomoc psychologiczną i psychiatryczną, które podczas szkoły rodzenia trochę im odczarowujemy. Często mówią, że wcześniej nigdy w życiu nie poszłyby do psychologa, bo myślały, że psycholog, a jeszcze bardziej psychiatra, to już ostateczność.

Tymczasem wszystkie badania pokazują, że u kobiet z doświadczeniem migracji ryzyko wystąpienia depresji poporodowej jest o wiele wyższe. Ma to związek z wysokim poziomem lęku i niepewności co do jutra oraz często z wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami.

Według mnie – z punktu widzenia psycholożki pracującej z traumą dziecięcą – sprawą kluczową w przypadku szkół rodzenia jest coś, czego nie widać wprost. Czyli to, że praca z kobietami w okresie okołoporodowym jest najważniejszym elementem ochrony dzieci przed ewentualnym późniejszym krzywdzeniem i traumą. Bo jeżeli rodzice albo sama kobieta, jeśli jest samodzielną mamą, w tym bardzo newralgicznym okresie uzyska wsparcie, zrozumienie i akceptację dla swoich różnych, także trudnych emocji, to będzie dla swojego dziecka bezpieczniejszą osobą. Te pierwsze wzorce przywiązania są kluczowe dla całego naszego życia.

Hanna Kamińska – położna, z Fundacją Polskie Forum Migracyjne współpracuje od 2015 r. W ramach projektu „Jestem mamą w Polsce” i we własnej szkole rodzenia edukuje i wspiera młodych rodziców różnych narodowości mieszkających w Polsce. Doświadczenie zdobyła w szpitalach św. Anny w Piasecznie i św. Zofii w Warszawie. Propaguje porody domowe.

Inna Padshakh – położna i doula, od 2022 r. współpracuje z Fundacją Polskie Forum Migracyjne jako edukatorka w programie kobiecym. Wspiera migrantki w okresie okołoporodowym, w kwestiach związanych z byciem rodzicem w Polsce, przygotowaniem do porodu w polskich szpitalach i systemem opieki zdrowotnej w Polsce. Ma pod opieką kobiety w ciąży i z małymi dziećmi w miejscach długoterminowego pobytu i centrach kryzysowych.

Marta Piegat-Kaczmarczyk – psycholożka międzykulturowa, certyfikowana terapeutka TSR. Prowadzi terapię dzieci i młodzieży w doświadczeniach uchodźstwa, traumy, przemocy czy dyskryminacji. Wspiera migrantki i uchodźczynie w kryzysach okołoporodowych, prowadzi międzykulturowe szkoły rodzenia, grupy wsparcia i warsztaty dla rodziców oraz zajęcia na studiach podyplomowych na UW.

Marianna Guzar

To był 2015 rok i druga edycja szkoły rodzenia, którą prowadziły Marta Piegat-Kaczmarczyk i Hanna Kamińska. Zajęcia odbywały się po polsku z tłumaczeniem na rosyjski. Język nie stanowił dla mnie problemu, bo studiowałam wcześniej w Polsce i dobrze znałam polski. Jednak byłam wtedy mocno zestresowana z powodu mojej sytuacji. Straciłam akurat pracę, musiałam szybko uregulować pobyt w Polsce i starać się o nowe pozwolenie. Do tego dochodziło mnóstwo strachu, jak pewnie u większości przyszłych matek: czy sobie poradzimy, co nas czeka? Jak pójdzie poród?

Zajęcia trwały dwa dni, były intensywne, ale nie męczące. Dobrze pamiętam, że na końcu wyszliśmy tacy spokojni. Wszystkie zmartwienia zostały za drzwiami. Miałam wrażenie, że już wszystko wiem, łącznie ze szczegółami: jakie środki do kąpieli są dobre dla dziecka, które kremy wybrać itd.

Miałam urodzić pierwsze dziecko i to wszystko, czego się dowiedziałam w szkole rodzenia, było zupełnie nowe i bardzo ciekawe. Dowiedziałam się, jak przygotować się do porodu, jak wybrać najlepszy dla mnie szpital, kiedy zgłosić się do izby przyjęć.

Myślę, że gdybym była w Ukrainie, moim ojczystym kraju, też nie miałabym wcześniej pojęcia, jak to wygląda. Wydaje mi się, że nie ma między nami aż tak wielkich różnic, jeśli chodzi o opiekę okołoporodową. Co prawda w Ukrainie można się umówić na poród z lekarzem, który prowadzi ciążę. Jednak to kosztuje – w szpitalach państwowych to umowa słowna – płaci się nieoficjalnie i wtedy można mieć pewność, że on faktycznie będzie z kobietą w sali porodowej.

W szkole rodzenia byliśmy w grupie osób z Białorusi, Ukrainy i Rosji. Na naszych zajęciach niewiele osób mówiło po polsku. Zaprzyjaźniłam się wtedy z dziewczyną, która bardzo dobrze знаła angielski, opowiadała, że w tym języku bez problemu komunikowała się z położną przed porodem. Ale i tak bardzo się bała, że nie będzie mogła przypomnieć sobie odpowiednich słów albo że położna czy lekarz przyjmujący poród po prostu nie będą mówić po angielsku. A przecież kiedy rodzące dziewczyny nie mówią w żadnym zrozumiałym tutaj języku, to strach się potęguje.

Pamiętam też, że na moim mężu zrobiło wrażenie, gdy na zajęciach Marta opowiadała o roli ojca w opiece nad dzieckiem już po wyjściu ze szpitala: co i jak robić, jak wspierać i odciążać żonę. Był zaskoczony, że ojciec może to wszystko robić. Mieliśmy takie zadanie, żeby wypisać na kartkach nasze oczekiwania i zobowiązania dotyczące podziału obowiązków. Mam te kartki do tej pory! I gdy on czasami narzekał, że jest zmęczony albo niewyspany, to ja mu te kartki pokazywałam: o, tu mam na piśmie twoją deklarację. Śmiałyśmy się oczywiście, ale uważam, że to był świetny pomysł. Mój mąż już wcześniej mówił, że chce się angażować, żeby było partnersko, ale po szkole rodzenia był na to w stu procentach zdecydowany.

Miałam rodzić naturalnie i kiedy pojawiły się już częste skurcze, pojechaliśmy do szpitala, o którym też dużo wiedziałam i czułam się z tym bezpiecznie, ale dziecko źle się ułożyło i skończyło się cesarką. Dowiedziałam się w izbie przyjęć, że nie ma wolnej sali operacyjnej, ale na szczęście trafiłam na bardzo dobrego lekarza, który wszystko zorganizował. Dobrze to wspominam.

Po porodzie niemal wszystkie zaczęłyśmy przychodzić na spotkania grupy wsparcia dla mam-migrantek, prowadzoną przez Martę Piegat-Kaczmarczyk. Miało to trwać rok, ale przeciągnęło się aż do trzech lat. I gdyby się dało, to chciałybyśmy spotykać się jeszcze dłużej. Było to fantastyczne wsparcie dla nas i naszych dzieci.

Spisała **Kinga Gałuszka**

Mariana Guzar – konsultantka, tłumaczka, autorka materiałów informacyjnych dla cudzoziemców w Polsce. Pracuje w zespole Info/Protection PFM. Udziela konsultacji, informacji cudzoziemcom nt. ich praw i obowiązków w Polsce, legalizacji pobytu, zatrudnienia oraz integracji.

Lali Tvalchrelidze

Trafiłam do szkoły rodzenia w PFM, kiedy mieszkałam już w Polsce od dziesięciu lat. Ta szkoła odpowiadała mi najbardziej, bo zajęcia odbywały się w weekend, a nie w dni powszednie popołudniami czy wieczorami jak inne. To było dla mnie ważne z powodu pracy mojego partnera – chciałam, żebyśmy chodzili razem.

Przełomem na tych zajęciach był dla mnie temat połogu. Zresztą w ogóle to największe odkrycie w całej mojej okołoporodowej historii. Człowiekowi się wydaje, że jak już urodzi, to będzie się dobrze czuć, i sprawa się kończy. Moja mama chciała przyjechać z Gruzji, żeby mnie wspierać. U większości moich znajomych cudzoziemek tak było – po porodzie pojawiała się mama albo siostra. Natomiast ja myślałam, że skoro nic mi nie dolega, to lepiej, żebyśmy byli tylko we trójkę, ułożymy sobie życie z dzieckiem. Jeśli mama będzie we wszystkim wyręczała mojego partnera, to potem bardzo trudno będzie mi go wciągnąć z powrotem w obowiązki. Niestety poród skończył się cesarką, były komplikacje i oczywiście kiepsko się czułam. Plułam sobie w brodę z powodu mamy. Ale w moich stronach – zresztą nie tylko tam – o tym, że w połogu jest ciężko, w ogóle się nie mówiło.

W kulturze gruzińskiej milczy się także na temat menstruacji. Nie wolno nawet powiedzieć, że ma się okres. Gdy kobieta urodzi, to przez cztery dni po porodzie mieszka w rodzinnym domu. Myślałam, że to tylko po to, żeby łatwiej było w opiece nad noworodkiem. Ale potem doczytałam, że m.in. w kulturach afrykańskich kobieta jest oddalana na okres krwawienia w połogu jako nieczysta. Myślę, że i w Gruzji na tym to polega.

Pamiętam, że gdy przyjechałam na studia do Polski w 2001 roku, moja koleżanka rodziła w Gruzji. Opowiadała, że w szpitalu nakrzyczano na nią, bo pobrudziła krwią prześcieradła. Dzisiaj już tamtejsze porodówki są na wysokim poziomie. Ale szkoły rodzenia nadal nie są popularne. Trzeba bardzo chcieć, żeby ją znaleźć. Nie ma w ogóle świadomości tego, czym jest poród. To jest kultura, w której po prostu trzeba rodzić. Jak urodzisz pierwsze dziecko, to pytają, kiedy drugie, jak jest drugie, to kiedy trzecie. Możesz w Gruzji mieć pięć tytułów profesorskich, ale nie jesteś dorosłą kobietą, póki nie urodzisz. Ale o dobrostan kobiety nikt się nie troszczy, tylko – jak w każdej bardziej tradycyjnej kulturze – bardziej

o spełnienie oczekiwań społecznych. Irytuje mnie, że nikt nie uświadamia kobietom, że samo urodzenie dziecka to nie wszystko.

Każda informacja, którą usłyszałam w szkole rodzenia, była ważna. Przygotowywałam się do porodu pierwszego dziecka, więc nie wiedziałam, jak to ma wyglądać. Mówiłam już dobrze po polsku, ale mogę sobie wyobrazić, jak ciężko musi być osobie, która nie zna ani języka, ani zasad obowiązujących w szpitalach, ani swoich praw. Niektóre przyjeżdżają przecież z odległych regionów, zacofanych, gdzie rodzi dziesięć kobiet w jednej sali, nie wiedząc, że są standardy, dotyczące np. nacięcia kroczka czy znieczulenia. W różnych krajach są różne zwyczaje. Kiedy tutaj poród z mężem czy partnerem to jest rzecz całkowicie normalna, to w Gruzji gdybym powiedziała, że chcę rodzić z partnerem, to powiedzieliby, że zwariowałam. Mężczyzna nie powinien oglądać „takich rzeczy”.

Uważam, że każda kobieta zanim pójdzie rodzić, powinna być świadoma tego, co się z nią będzie działo. Wiedza to podstawowa siła, która pomaga. Czasem ważne są także aspekty prawne i uświadomienie migrantkom i ich mężom, jakie trzeba mieć dokumenty albo że w ogóle obowiązkowe jest zarejestrowanie ciąży i prowadzenie jej przez lekarza. Niektóre potrafią do siódmego miesiąca nie zrobić ani jednego badania krwi i USG. Albo myślą, że jeśli tu się znalazły i są w ciąży, to powinny rodzić bezpłatnie. To, co nazywają sześciomiesięczną wizą, jest zwykle tylko zezwoleniem na pracę, a mężowie często nawet nie zgłaszają żon do ubezpieczenia. A potem, gdy chcą zgłosić, to okazuje się, że mąż wcale nie jest mężem, tylko partnerem – bo przyjechali z kraju, gdzie parę, która zaczyna mieszkać razem, traktuje się jako małżeństwo.

Na spotkaniach były dziewczyny z Indii, Filipin, Azji Centralnej, Armenii, Gruzji, Azerbejdżanu, Białorusi, Ukrainy i Rosji. Co nas łączyło? To, że każda najbardziej się troszczy o bezpieczeństwo i zdrowie dziecka. Oraz temat babci. Wszystkie dziewczyny opowiadały – niezależnie od wieku, kraju czy kultury – o swoich mamach, które wiedzą najlepiej, że masz nie smarować dziecka olejkami z drogerii, tylko zagotować olej rzepakowy i to wklepywać dziecku, a potem nie pudrem, tylko czymś jeszcze innym. Przecież wychowały już całe pokolenie i wiedzą najlepiej. I że w ogóle tak jak ty robisz, to jest źle.

Gdy moje dziecko miało już trzy miesiące, zaczęłam chodzić na grupę wsparcia dla mam migrantek, które prowadziła Marta Piegat-Kaczmarczyk. Uważam, że to zmieniło moje macierzyństwo i pomogło mi znieść wiele trudów, przezwyciężyć duże problemy. Mogłam spotkać inne

mamy i zrozumieć, że nie tylko moje dziecko tak dużo płacze. Każde spotkanie było poświęcone konkretnemu tematowi, np. jeśli dziecko źle śpi, to jak można sobie z tym poradzić. Dzięki grupie wsparcia miałam też poczucie sprawczości, że próbuję coś zrobić, żeby sobie pomóc.

Spisała **Kinga Gałuszka**

Lali Tvalchrelidze – od lat pracuje przy projektach skierowanych do cudzoziemców mieszkających w Polsce. W PFM pełni rolę specjalistki ds. obsługi beneficjentów i beneficjentek.

Słucham, wspieram, towarzyszę

Z psycholożką **Agnieszką Carrasco-Żylicz** o pracy z uchodźczyniami z granicy polsko-białoruskiej rozmawia **Dorota Borodaj**

Jest pani psycholożką, pracuje pani z uchodźczyniami, które przeszły przez granicę polsko-białoruską. Jak zaczął się ten rozdział w pani życiu zawodowym?

Zaczęłam współpracę z Fundacją Polskie Forum Migracyjne jeszcze przed kryzysem na granicy. Dołączyłam do projektu, który dotyczył standardów diagnozy dzieci i rodzin. Jestem terapeutką systemową, miałam doświadczenie pracy z rodzinami mieszanymi, ale dotychczas byli to ekspaci, a nie uchodźcy czy uchodźczynie. Kiedy zaczął się kryzys na granicy, dołączyłam do grupy wolontariuszy psychologów. Byłam pod telefonem, udzielałam wsparcia psychologicznego aktywistom niosącym pomoc humanitarną w lesie.

Kiedy zaczęłam pracę w PFM, organizacja liczyła kilkanaście osób. Potem wybuchła wojna w Ukrainie i właściwie na moich oczach zaczęły pączkować kolejne zadania, przychodziły kolejne osoby. Wybuch tej wojny przeżywałam już z nimi. Pracę z kobietami w Ośrodku Recepcyjnym dla Cudzoziemców w Dębaku rozpoczęłam w styczniu 2022 roku. Jestem też w kontakcie z tymi, które opuściły już ośrodki. Uchodźczynie pochodzą głównie z Kamerunu, Nigerii, Republiki Demokratycznej Konga, Wybrzeża Kości Słoniowej, a nawet Tanzanii. W większości osoby te są ofiarami prześladowań, przemocy, tortur czy handlu ludźmi. Należą do tak zwanej grupy wrażliwej. Do Polski dostały się szlakiem migracyjnym, właśnie przez granicę polsko-białoruską. Najczęściej doświadczyły push-backów, a potem przebywały wiele tygodni w strzeżonych ośrodkach dla cudzoziemców na terenie całej Polski.

Te nowe zadania były dla pani wyzwaniem?

Były czymś, na co byłam gotowa, od dawna chciałam pracować z osobami z doświadczeniem uchodźczym. Sama mam kawałek takiej historii w najbliższej rodzinie. Rodzina mojego ojca pochodzi z Chile. Po przewrocie Pinocheta siostra ojca miała 48 godzin na ucieczkę. Musiała zostawić cały dobytek i uciekać z czwórką dzieci. Dotarli do Europy korytarzem humanitarnym Czerwonego Krzyża. Dostali się do Antwerpii, tam obca rodzina pomagała im przez pół roku – dzięki tym ludziom mojej ciotce i jej dzieciom udało się przetrwać. Mogła się usamodzielnić, moi kuzyni wykształcili się już w Europie. Tematy i emocje związane z adaptacją, integracją, z kryzysem psychicznym, które temu mogą towarzyszyć, znałam dobrze z obserwacji i towarzyszenia bliskim. Z kolei mój ojciec wyemigrował do Pragi na studia, tam poznał moją mamę. Więc mam w najbliższej rodzinie zarówno doświadczenie typowo uchodźcze, jak i migracyjne, z którym nie wiąże się taka trauma.

To ważne, żeby doprecyzowywać, czym są te różne doświadczenia – uchodźstwa i migracji rozumianej jako wybór niezwiązany z przymusem.

Tak, ale w obu przypadkach jest do wykonania ogromna praca, by osadzić się w tej nowej rzeczywistości. Mam tu na myśli również pracę psychologiczną, która pomoże połączyć w sobie teraźniejszość z przeszłością i wyobrazić sobie przyszłość. Pomoże też zaakceptować wykorzenienie. Ta praca dotyczy nie tylko osób, które opuściły swój kraj pochodzenia, ale również kolejnego pokolenia. Obserwuję to także wśród moich bliskich. Moi kuzyni, którzy wychowywali się już w Belgii czy Francji, nie czują, że odnaleźliby się na powrót w Ameryce Południowej, ale nie są też do końca osadzeni w Europie. Znajdują się gdzieś pośrodku. Ja nie miałam tego problemu, korzenie mojego ojca składają się raczej na jakiś rodzaj dodatkowego zasobu. Całe życie obracałam się w środowiskach migranckich. Gdy zaczęłam współpracę z Polskim Forum Migracyjnym, kontakty z osobami z innych kręgów kulturowych miałam już oswojone. Natomiast w kwestii pracy z kobietami po traumie uchodźczej wchodziłam na nowy dla siebie grunt.

Na czym polegała ta nowość?

W klasycznej, gabinetowej pracy terapeuta umawia się z pacjentami na konkretne zasady. Kiedy zaczęłam pracę z kobietami, które przeszły przez granicę polsko-białoruską, szybko rozumiałam, że muszę dotychczasowe metody odłożyć na półkę. Pracuję tu głównie z kobietami z Afryki Zachodniej i zauważyłam, że trudno im prosić o pomoc, potrzebują czasu, zanim się otworzą. Robią to, gdy powstanie między nami jakiś rodzaj relacji, w której poczują się bezpiecznie. To są też często kobiety w trybie przetrwania. Nie chcą się przywiązywać ani otwierać, bo to wydaje im się niebezpieczne. Do tego, jeśli mówimy o kobietach, które są w ciąży lub właśnie urodziły, dochodzi kwestia ciała i psychiki, które przechodzą przez rewolucyjny moment. To bywa trudne do udźwignięcia nawet bez całej uchodźczej traumy. Klasyczne podejście do pomagania jest na wstępie po prostu niemożliwe. Zaczynam od towarzyszenia i pozyskania zaufania.

A potem?

Idę za nimi, odpowiadam na to, czego potrzebują, wspieram w codzienności. Nie mogę zakładać żadnych scenariuszy. Muszę być uważna, podążać za nimi, nie odbierać im sprawczości, bo bardzo dużo już jej utraciły. Staram się okazywać podziw dla ich siły, woli

walki z przeciwnościami, odkrywać i pokazywać ich niezliczone zasoby, które w sobie noszą.

Od czego uciekają?

W Polsce i szerzej, w Europie, skupiamy się na migracji ekonomicznej, klimatycznej, wspominamy o wojnach. A kobiety traktują często migrację jako akt walki o przyszłość swoich dzieci. Chcą je chronić, dać im godne życie, docierają w tej drodze do granic swojej godności, czasem wręcz do granic przetrwania, ale uciekają. Bywa tak, że biorą ze sobą w drogę dziecko albo zostawiają je z krewnymi i potem, gdy udaje im się dostać pracę, każdy grosz odkładają na ściągnięcie tego dziecka do siebie. Czasem kobieta ma wspierającą, kochającą rodzinę, która składa się na tę jej podróż. Czytałam raporty dotyczące zbiorowych gwałtów w Kongu i poznałam kobiety, których bliscy tylko w wysłaniu córki do Europy widzą nadzieję na jej bezpieczeństwo. Są też w tych opowieściach kobiet, z którymi pracuję, historie przemocy ekonomicznej i fizycznej, jakiej doświadczają ze strony mężczyzn, jest historia o matce, która za urodzenie dziecka z albinizmem doświadcza prześladowań i została brutalnie wyrzucona ze społeczności. To są momenty, w których odczuwam wielki bunt i niezgodę, odrzucam argumenty o różnicach kulturowych, tracę obiektywizm. Poznałam kobiety ze społeczności, w których rodzice wybierają dziewczynce męża, kiedy tylko ta się urodzi. I ten ślub odbywa się, gdy kobieta ma szesnaście lat, a jej mąż jest często dużo starszy od niej, czasem też ma już inne żony. O antykoncepcji nie ma mowy, więc ona zaraz po tym ślubie zaczyna rodzić dzieci. To jest jej rola, cel, który wyznacza jej społeczeństwo. I my patrzmy na tę kobietę, zupełnie pozbawioną swoich praw i możliwości decydowania o sobie, z taką naszą zachodnioeuropejską dezaprobatą. A dla niej ta ucieczka to jest często akt heroizmu, jakiejś niebywałej odwagi.

Z czego ją czerpią?

Te, które poznałam – na pewno z miłości do dzieci. Tych, które dopiero mają się urodzić, tych, które zabierają ze sobą w podróż i tych, które muszą zostawić z bliskimi. Moje pacjentki pochodzą z miejsc, gdzie nierzadko żyły w naprawdę wielkiej biedzie, mają za sobą ciężkie dzieciństwo. Często pochodzą z wielodzietnych rodzin, musiały od dziecka opiekować się młodszym rodzeństwem, dbać o dom, ciężko fizycznie pracować. Dlatego, nawet jeśli rodzą w Polsce pierwsze dziecko, to potrafią już opiekować się noworodkiem. Mają też doświadczenie opieki nad kobietą w połogu, bo pomagały w ten sposób matce. Często nie miały innego wyjścia, ale – nie idealizując tego doświadczenia – widzę,



że mogą z niego czerpać tu, w Polsce, gdy nie ma przy nich matek czy siostr, które mogłyby im pomóc.

A inne kobiety, inne uchodźczynie? Ośrodek dla cudzoziemców to nie jest miejsce, gdzie ktokolwiek powinien zostawać na dłużej, ale wiemy, że w praktyce jest inaczej. Czy mają tam szansę wytworzyć się więzi, które mogą zastąpić te rodzinne?

Zacznijmy od tego, że nie ma żadnego pomysłu na to, jak wspierać tam kobiety w okresie okołoporodowym. Za państwo robią to w dużej mierze organizacje pozarządowe, między innymi nasza. W ośrodkach umieszcza się osoby przypadkowo, nikt nie sprawdza, czy kobieta jest w ciąży, nikt nie zastanawia się, w jaki sposób będzie musiała zadbać o swoje potrzeby, również te psychologiczne. Mimo że oficjalnie mają zapewnioną opiekę medyczną, to będąc w otwartym ośrodku nie jest im łatwo prosić o wsparcie, kiedy na przykład lekarz dyżurny traktuje je bez życzliwości czy nawet z pogardą. Nie znają języka, w dodatku on jest mężczyzną, a one mają za sobą doświadczenie gwałtu i napaści w kraju pochodzenia. Trudno im też prosić o wsparcie psychologiczne, bo gabinet psychologa znajduje się obok gabinetu naczelnika ośrodka. To odstrasza, zniechęca. Ośrodki nie służą też zawieraniu międzykulturowych przyjaźni, tam są wymieszane osoby z różnych krajów, różnych narodowości, a nawet jeśli trafią się osoby z podobnego kręgu kulturowego, to w grę mogą wchodzić jakieś regionalne antagonizmy. I kolejna rzecz, niesprzyjająca budowaniu tam sieci wsparcia, to traumy, z którymi te kobiety przyjeżdżają do środka. Opieka okołoporodowa nad taką dziewczyną to osobny, wielki temat. One na wstępie są o wiele bardziej narażone na poronienia, przedwczesny poród, problemy z pokarmem czy depresję poporodową. A system jest wobec nich bezduszny. Bezduszna bywa też opinia publiczna, która pyta: „dlaczego wybrała się w tak niebezpieczną drogę”, „dlaczego narażała dziecko”, „dlaczego zostawiła dziecko i uciekła sama”, „dlaczego ruszyła, skoro była w ciąży” i tak dalej.

Ja nie pytam. Nie przesłuchuję tak, jak robią to urzędnicy. Czekam na to, co same zechcą mi opowiedzieć i w zaufaniu powierzyć...

Kiedy już się otworzą, co mówią?

Jedna z kobiet opowiadała mi, że szła przez las i niosła swoje bliźnięta – jedno miała zawiązane w chustce na brzuchu, a drugie na plecach. Mówiła, jak całą swoją uwagę skupiała na tym, by się nie potknąć i nie upaść na któreś z tych dzieci. Do Polski trafiła jednak tylko z jednym dzieckiem. Opowiedziała mi, że drugi maluch umarł w drodze, zachorował, jej współ-

towarzysze pomogli pochować go w lesie. Nie wiem, po której stronie granicy to było, nie wiem, którego dnia drogi, możliwe, że ta kobieta sama nie potrafiłaby dziś tego określić. Jej głowa była nastawiona na to, żeby przeżyć, wyjść z tego lasu. Miała jeszcze jedno dziecko, które musiała uratować. Inna opowiadała, że podczas zatrzymania przez służby poroniła. Powiedziała o tym strażniczce, a ta dała jej tampon. Wyobraźmy sobie teraz tę traumę, której doświadczyła: traci ciężę i w tym bardzo trudnym dla niej momencie nie otrzymuje nie tylko wsparcia, ale i niezbędnej pomocy.

Strażniczka mogła jej nie zrozumieć?

Problem leży głębiej. Tym kobietom się nie wierzy. Mówi, że jest w ciąży? Pewnie udaje, żeby nie trafić z powrotem na białoruską stronę. Opowiada o dziecku, które gdzieś miała, a teraz go nigdzie nie widać? Zmyśla. Krwawi? To pewnie miesiączka. Mam takich przykładów wiele.

Tymczasem taka kobieta całą sobą wchodzi w tryb przetrwania. To powoduje, że potem, kiedy wraca pamięcią do traumatycznych wydarzeń, wiele rzeczy się zaciera. Pamięć staje się fragmentaryczna, wypiera część wspomnień, bo umysł cały czas jest w tym trybie nastawionym na przetrwanie. Dlatego osoby mogą mylić chronologię, opowiadać, że coś – na przykład wędrówka – trwała miesiąc, a spędziły w lesie tydzień czy dwa. Taką splątaną opowieść łatwo podważyć. Trauma, którą przeżyły, działa na ich niekorzyść.

Pani im wierzy?

Ja mam za zadanie wysłuchać, kiedy osoba będzie gotowa opowiadać. A będzie, gdy poczuje się na nowo bezpiecznie. Człowiek w traumie potrzebuje opowiedzenia swojej historii, wyrażenia uczuć, opisanie bolesnych zdarzeń. Towarzyszę kobietom, daję im czas, pozwalam, by same odsłaniały po kawałku swoją historię, tyle ile chcą. Z tych strzępków opowieści powoli wyłania się pełniejszy obraz tego, co je spotkało i z czym musimy pracować. To praca, która uczy mnie pokory i elastyczności.

Na czym to polega?

W przypadku kobiet z doświadczeniem uchodźstwa nie można na początku pracy terapeutycznej umówić się na konkretne zasady czy określić celów. Składają się na to różne powody – po pierwsze trauma, o której wspomniałam. Po drugie różnice kulturowe. Po trzecie – tryb, w jakim dana kobieta działa w momencie, gdy się spotykamy. Czy już

poczuła się bezpiecznie, czy ciągle jeszcze „ucieka”. Ta kobieta, która opowiadała mi o śmierci jednego z dzieci, całą siłą włożyła w opiekę nad drugim. Dużo mówiła o jego przyszłości, o tym, że chce, aby poszło do szkoły, wykształciło się. Martwiła się, że jej synek mało mówi, że nie ma kontaktu z innymi dziećmi, które mówią w języku francuskim. Opowieść o tym, co przeżyła w trakcie drogi, sączyła się pojedynczymi zdaniami, gdzieś „przy okazji”. Musiałam z tego sama złożyć jakiś pełniejszy obraz. To częste doświadczenie w tej pracy, z tymi konkretnymi kobietami.

Jakie mają potrzeby, szczególnie jeśli chodzi o uchodźczynie w okresie okołoporodowym?

One potrzebują na początku dużego wsparcia w odnalezieniu się na przykład w systemie opieki zdrowotnej. Potrzebują kogoś, kto pomoże im zapisać się do przychodni, ale też wynająć mieszkanie, będzie takim pilotem, który na początkowym etapie poprowadzi je za rękę. I w odpowiednim momencie tę rękę puści, bo nie chodzi o to, by te osoby stały się zależne od pomocy. Przydałby się model, w którym polskie rodziny brałyby pod opiekę osoby czy rodziny uchodźcze i stawały się na jakiś czas ich przewodnikami. Wspierały w usamodzielnianiu się i odzyskaniu kontroli nad życiem.

Tak się trochę stało, kiedy wybuchła pełnoskalowa wojna w Ukrainie. Polskie rodziny i całe miasta otwały swoje drzwi.

Czyli da się, potrafimy, nawet w tak wielkim kryzysie, jakim jest wojna i ucieczka kilku milionów osób do naszego kraju. Myślę, że w ten sposób radziliśmy sobie też z własnym lękiem przed tą wojną. Pokazaliśmy, że mamy w sobie ten potencjał, zarówno w społeczeństwie, jak i w państwie, by takie kryzysy rozwiązywać. Tymczasem na granicy polsko-białoruskiej fundujemy tym ludziom traumę. Szczególnie odnoszę się tu do sytuacji kobiet, z którymi pracuję. One wyrwały się często z takiej biedy i przemocy, że wydawałoby się, że nic gorszego już ich nie spotka. Zdarza się też, że wyjeżdżają z Polski, nawet gdy wszystko jest już na dobrej drodze do uzyskania przez nie ochrony. Poznałam kobiety, które próbowały się tu osadzić – rodziły dzieci, albo zapisywały je do żłobka czy przedszkola. To, co przeżyły na granicy, nie dawało o sobie zapomnieć, dodatkowo w placówkach, urzędach, przychodniach lub na ulicy spotykały się z nieprzyjemnymi, czasem wprost rasistowskimi zachowaniami. Nie czuły się tu bezpiecznie, a przecież o to bezpieczeństwo walczą od początku – dla siebie i dla swoich dzieci. Kiedy dowiadywałam się, że taka kobieta jednak wyjechała, czułam smak porażki. Nie w sensie osobistym, ale porażki systemu, który mógł o nie lepiej zadbać.



Jak pani rozumie tę porażkę?

System działa, kiedy potrafi zadbać o najsłabszych. I wśród nich są właśnie uchodźczynie w okresie okołoporodowym. Tymczasem w Polsce system ich nie widzi, traktuje jak anonimowe przypadki. Po jednej stronie są jacyś urzędnicy i ja nawet rozumiem, że oni nie widzą w tych dokumentach i tabelkach konkretnej osoby, tylko numer sprawy. Nie widzą konkretnych potrzeb, które za tymi numerami się kryją. Osobnym tematem są problemy zdrowotne, z którymi mierzą się dzieci. Dużo wśród nich jest wcześniaków wymagających stałych kontroli, rehabilitacji, dodatkowego wsparcia w rozwoju. Jeśli jakiejś kobiecie czy rodzinie uda się ściągnąć do Polski starsze dzieciaki, to one często też wymagają opieki medycznej – mają nieleczone zęby albo schorzenia, które nie były dobrze lub wcale leczone w kraju pochodzenia: próchnicę, choroby krwi, niezdiagnozowane obciążenia genetyczne. Ich mamy też leczą u nas choroby, z którymi przyjechały: mięśniaki, powikłania po malarii, zdarza się, że mają duże problemy ginekologiczne, spowodowane na przykład gwałtami, które przeszły, poprzednimi porodami, okaleczeniami. Tu pojawiają się równoległe dwie opowieści, obie prawdziwe. Jedna jest taka, że polski system nie ma im dużo do zaoferowania. Urząd do Spraw Cudzoziemców organizuje przetargi i podpisuje umowę z zewnętrzną firmą świadczącą pomoc medyczną dla cudzoziemców. Niestety lekarze nie mają przygotowania, czasem też wrażliwości, koniecznych w pracy z pacjentkami z olbrzymim bagażem traumy. One mają szczególne potrzeby związane z kontaktem z nimi, poprowadzenia ich diagnostyki i leczenia. Zwłaszcza jeśli chodzi o okres ciąży czy połogu. Nie chcę generalizować, bo wśród lekarzy spotykałam osoby bardzo oddane i pomocne, ale mam ogólne wrażenie, że robi się raczej minimum. Gdy kobieta otrzymuje już ochronę międzynarodową i usamodzielnia się, musi zarejestrować się w ZUS-ie. Żeby to zrobić, musi pracować albo zarejestrować się w urzędzie pracy. Żeby szukać pracy, osoba powinna być w dobrym stanie zdrowia, a te kobiety, o których mówimy, często muszą to zdrowie dopiero mocno podreperować, albo nie mogą podjąć pracy ze względu na dzieci. W związku z tym nierzadko trafiają do MOPS-ów, to daje im jakieś minimalne ubezpieczenie. Wszystko razem pokazuje nam, w jak trudnej sytuacji jest taka kobieta z małym dzieckiem, w obcym kraju, bez wsparcia bliskich, w systemie, który nie pomaga jej wejść na rynek pracy w pełni sił, a co za tym idzie – lepiej się zintegrować.

A ta druga, równoległa opowieść?

Jest taka, że kobiety i ich dzieci w Polsce nawet przy tym minimum mają tu o niebo lepszą opiekę medyczną niż w kraju pochodzenia. Doceniają to

i są wdzięczne za możliwość otrzymania pomocy medycznej, diagnozy, badań. Znam również piękne historie z sal porodowych i oddziałów szpitalnych, gdzie położne, zwłaszcza te z młodszego pokolenia, stawały na wysokości zadania i z wielką uważnością i wrażliwością zajęły się pacjentkami, wiedząc, że to uchodźczynie. One bardzo to doceniają.

Czy jest jeszcze jakaś wiedza, lekcja szczególnie dla pani ważna, którą dostaje pani w pracy z nimi?

Przekonałam się, że w pomaganiu i wspieraniu uchodźczyń trzeba okazać się wiarygodną. To, czy te kobiety mogą na mnie liczyć, czy nie rzucam słów na wiatr, w ich oczach mnie weryfikuje. Muszę być ostrożna w tym sensie, że dbam o zachowanie zawodowych granic, ale z drugiej strony – kiedy któraś z nich dzwoni do mnie wieczorem, bo jej dziecko ma wysoką gorączkę, to nie mogę jej powiedzieć, że ma zadzwonić jutro o 14.00. Albo odmówić pomocy, bo choroba jej dziecka to nie moja działka. Jednocześnie zawsze bardzo w Polskim Forum Migracyjnym zachęcamy kobiety, żeby jak najszybciej zaczęły uczyć się polskiego. Pomagam im, gdy mnie potrzebują, ale też namawiam je, by coraz częściej radziły sobie z jakimiś wyzwaniami same.

Wielokrotnie z ciekawością, ale też podziwem i zachwytem obserwuję, jak matki okazują czułość, bliskość swoim dzieciom. W Afryce dzieci od samego urodzenia towarzyszą matkom niemalże w każdej czynności życiowej. Są noszone w chustach, nosidłach, ciągle przy mamie. Bardzo lubię patrzeć, w jaki sposób matki uspokajają dzieci, jak się z nimi bawią, jak im śpiewają. W jak naturalny, spontaniczny sposób je karmią i pielęgnują. Czasem widząc je, zastanawiam się, ile potrzeba odwagi, determinacji, aby urodzić dziecko w nieznanym kraju daleko od bliskich. Bez wsparcia i towarzyszenia innych kobiet. Ile potrzeba siły i akceptacji, aby urodzić dziecko, które poczęło się z gwałtu. Możemy się różnić, nie rozumiemy nawzajem swoich kultur, zachowań, uwarunkowań, z których wychodzimy. Ale łączy nas, kobiety, wola życia, potrzeba wolności i walka o dobre życie dla naszych dzieci. To bardzo dużo jak na początek.

Agnieszka Carrasco-Żylicz – psycholożka i psychoterapeutka. Pracuje w zespole psychologów PFM z dorosłymi, młodzieżą oraz rodzinami z doświadczeniem migracji. W życiu prywatnym próbuje połączyć swoje chilijskie i polskie korzenie i dwie tak różne kultury.

Marie

Szłam do Polski przez las. Kilka razy wypychano mnie z powrotem na Białoruś, a ja znowu przechodziłam na polską stronę. Byłam w większej grupie, chowaliśmy się między drzewami, nagle zobaczyliśmy, że jedzie policja (G. używa takiego określenia na służby mundurowe – prawdopodobnie była to Straż Graniczna – przyp. red.). Wszyscy uciekli, ja nie miałam siły. Byłam wtedy bardzo słaba, czułam, że jeśli znów mnie wyrzucą, to umrę w tym lesie. Policjanci podeszli do mnie. Jeden z nich zaczął mnie uspokajać. Mówił, żebym się nie bała, że jedzie do mnie pogotowie. Powtarzał, że wszystko będzie dobrze. I naprawdę tak było, pojechałam do szpitala, a potem już nie wróciłam do lasu. Zostałam w Polsce. To był pierwszy dobry policjant, którego tu spotkałam. Z tego szpitala trafiłam do obozu zamkniętego w Białej Podlaskiej i tam dowiedziałam się, że jestem w ciąży.

Bardzo się bałam, bo to nie była ciąża, której chciałam. Przechodziłam ją fatalnie, psychicznie i fizycznie. Ciągłe wymiotowałam, miałam palpitanie, mdłości, czasami wydawało mi się, że się duszę, nie mogłam oddychać. Do tego martwiłam się: co powiem temu dziecku, jak mnie kiedyś zapyta o ojca? W Białej Podlaskiej badał mnie dobry lekarz, zawsze mogłam do niego przyjść, kiedy źle się czułam. Potem przenieśli mnie do Linina, to już nie był zamknięty obóz, ale tam była gorsza opieka, na wszystko dostawałam jedną, taką samą tabletkę. Z Linina trafiłam do Dębaka. Byłam sama, czułam się coraz gorzej, aż poznałam dziewczynę z Kamerunu, ona też była w ciąży. I ta dziewczyna zamieszkała w Krakowie, a potem powiedziała, żebym do niej dołączyła. Dzięki niej poznałam kobiety z fundacji, też z Krakowa, które mi pomagały, kiedy musiałam coś załatwić, jedna przywiozła mi torbę z rzeczami do szpitala. Poznałam też inną Polkę, pracowała w tym samym budynku, w którym wynajmujemy mieszkanie. Pokazała mi w internecie różne filmy o tym, jak się przygotować do porodu, masowała mi brzuch. Rozmawiałam też z koleżanką, z którą mieszkam. Ona urodziła dziecko kilka miesięcy przede mną, dużo już wiedziała, dzięki temu trochę mniej się bałam.

Przed porodem wciąż fatalnie się czułam, musiałam mieć kroplówki. Kiedy zwymiotowałam krwią, lekarz zdecydował, że po porodzie trzeba mi będzie zrobić dokładne badania i że będę miała cesarskie cięcie. Bałam się tej operacji. W szpitalu miałam bardzo dobrą opiekę. Pierwszego dnia

był tam lekarz, który troszkę mówił po francusku, a kolejnego dnia przyszedł inny, który mówił świetnie. W dniu operacji nie było go na oddziale. Pielęgniarki przyniosły do sali telefon i zadzwoniły do niego. W czasie cesarskiego cięcia cały czas mówił do mnie przez głośnik w telefonie, tłumaczył, co się dzieje, uspokajał. Potem, jak przyszedł do pracy, od razu do mnie zajrzał. Moja ciąża była niechciana i trudna, ale dzięki temu miejscu mój poród był piękny.

Spisała **Dorota Borodaj**

Marie ma 20 lat. Pochodzi z Kamerunu. Pracowała w urzędzie i odkryła tam nieprawidłowości. Kiedy zaczęto jej za to grozić, zdecydowała się na ucieczkę do Europy. Dotarła do Rosji, gdzie osoba, która miała otoczyć ją opieką, wykorzystywała ją seksualnie. Marie ruszyła na zachód nowo otwartym szlakiem migracyjnym przez Białoruś. Po kilku push-backach, udało jej się złożyć wniosek o ochronę międzynarodową w Polsce. Wychowuje tu córkę, uczy się polskiego. Imię bohaterki zostało zmienione.

Ocalałe

O wspieraniu osób, które doświadczyły gwałtów wojennych,
z psychotraumatolożką **dr Wiolettą Rębecką-Davie** rozmawia
Joanna Mikulska

Od rozpoczęcia wojny w Ukrainie jest pani rozchwytywana przez polskie media.

Tematem gwałtów i przemocy również okołoporodowej zajmuję się 25 lat. Może to niezręczne, co powiem, ale od wybuchu tej wojny stałam się „panią od gwałtów”.

Jak pani na to reagowała?

Miałam poczucie, że to jest moja odpowiedzialność, aby dzielić się tym, co mam. Z drugiej strony często czułam wściekłość. Nie chciałyby mnie pani widzieć wtedy, gdy słyszałam od dziennikarza bądź dziennikarki: „Piszę reportaż, czy mogłaby mi pani podać namiary do zgwałconych kobiet?”. Byłam wściekła nie dlatego, że wiedzę na ten temat trzymam dla siebie czy dla wybranych, ale jestem wyczulona na niezdrową ekscytację, która jest traumatyzująca i retraumatyzująca, oraz na mechaniczne traktowanie tego tematu.

Skąd ta ekscytacja?

Na początku wojny obudziły się nieprzepracowane traumy naszych babć, wszyscy chcieli o tym rozmawiać. Latami represjonowany lęk przed gwałtem ujrzał światło dzienne.

Teraz to się urwało, jakby tego tematu nie było, co jest dokładnie odwrotnie proporcjonalne do tego, co dzieje się w Ukrainie. Nie chcę oczywiście umniejszać tamtych przypadków z początku wojny, bo w grupie uciekających z Ukrainy były też osoby ocalałe z gwałtów, ale uważam, że to początkowe zainteresowanie było efektem paniki i magicznego myślenia, że możemy coś zrobić, by temu okrucieństwu zapobiec.

Dlaczego tych przypadków jest dziś więcej?

Bo dopiero teraz ludzie wracają z rosyjskiej niewoli. Musimy pamiętać, że mówiąc o ocalałych z gwałtów wojennych, myślimy o osobach cywilnych, ale również o żołnierzach. Nie zapominajmy, że gwałt jest strategią pozyskiwania informacji. Gwałt i tzw. *water boarding* to są dwa rodzaje tortur, które stosuje się pod każdą szerokością geograficzną. Topienie i przemoc seksualna dają prawie stuprocentową pewność, że uzyska się informacje.

Jak sobie z tematem traumy radzą w Ukrainie?

Teraz bardzo intensywnie pracuję z Ukraińcami i oni naprawdę wiele robią i dobrze sobie radzą. Organizują szkolenia, wdrażają techniki i strategie pracy stabilizująco-psychologicznej, współpracują ze światowymi specjalistami od traumy – to robi wrażenie. Jednak potrzebne tam są jeszcze zmiany na poziomie kulturowo-społecznym, by o gwałtach mówić w sposób otwarty, jako o traumatycznej konsekwencji wojny, a nie je ukrywać. To jest bardzo duży problem w Ukrainie, szczególnie w kontekście żołnierzy.

Oni często są przede wszystkim postrzegani jako bohaterowie.

A bohater nie może być zgwałcony. Seksualność w każdej kulturze opartej na religii monoteistycznej została obciążona wstydem i poczuciem winy, a tym samym wszystko, co dotyczy przemocy seksualnej, również jest tym obarczone. Gwałt wojenny wciąż jest postrzegany w kategoriach wstydu dla ofiary, a nie dla gwałciiciela.

Podczas swoich podróży kilkadziesiąt razy przemierzyła pani Ziemię dookoła. Gdzie spotkała pani dobre systemy wsparcia dla osób, które doświadczyły traumy wojennej po gwałcie?

Złożoność potrzeb związanych z doświadczeniem przemocy seksualnej opisuje tzw. *war rape survivors syndrome*. Osobom z takim doświadczeniem pomagamy psychologicznie, społecznie, prawnie i medycznie. Efektywny system pomocy nie zaniedbuje żadnego z tych obszarów.

Najlepszy sposób pracy z ocalałymi z gwałtów wojennych zobaczyłam w ośrodku City of Joy w Kongu, gdzie do osób, które przeżyły gwałty wojenne (czasem wielokrotne) i doświadczyły stygmy społecznej, podchodzi się holistycznie, zajmując się ciałem i emocjami.

Jak powstało to miejsce?

W Kongu, przy granicy z Rwandą, istniała już Panzi Clinic, czyli szpital, w którym doktor Denis Mukwege (razem z Nadią Murad w 2018 roku został laureatem Pokojowej Nagrody Nobla „za wysiłki mające na celu zaprzestanie używania przemocy seksualnej jako narzędzia wojny i konfliktów zbrojnych”) pracował głównie z ocalałymi: między innymi robił zabiegi usuwania fistuli, przetoki odbytniczo-pochwowej, czyli nieprawidłowego połączenia odbytnicy z pochwą, co u kobiet jest bardzo często

konsekwencją brutalnego gwałtu. Panzi Clinic ma świetne zaplecze chirurgiczne, prowadzi również ciężę z gwałtów.

Ale doktor Mukwege widział, że medyczne zabezpieczenie ocalałych i ich kilkutygodniowy pobyt w szpitalu, nie spowodują, że wrócą w pełni gotowe do funkcjonowania w świecie. Kilkanaście lat temu klinikę odwiedziła Eve Ensler, amerykańska dramatopisarka, autorka *Monologu waginy*, która jest też aktywistką ruchu feministycznego i od dziesięcioleci pracuje na rzecz ocalałych z gwałtów. Choć objechała konflikty zbrojne na całym świecie, to po wizycie w Kongu stwierdziła, że tak przerażających historii kobiet nie słyszała nigdzie indziej. Przeprowadziła kampanię w Stanach i zebrała pieniądze, za które udało się kupić grunt przylegający do Panzi Clinic, aby stworzyć miejsce wspierające kobiety ocalałe z gwałtów w powrocie do społeczeństwa.

Faktycznie, gdyby zrobić jakiś ranking, to Kongo jest jednym z najbardziej okrutnych miejsc na świecie. Mówi się, że najgorzej urodzić się kobietą we wschodniej części Konga. Niczego gorszego chyba nie ma w kontekście prawdopodobieństwa bycia zgwałconą.

Z czego to wynika?

W tych regionach Konga, gdzie występują minerały rzadkie, walczą między sobą grupy wpływu i działają tzw. militia. Na te tereny wysyłane są komanda, zajmują wioski, po czym palą, zabijają, gwałcą. Kobiety, które przeżyją, są wcielane do tych grup jako „żony” czy „służące”. I z nimi wędrują. Dochodzi do kolejnych, często wielokrotnych gwałtów. Kobiety, którym udaje się uciec, często muszą wrócić do swojego domu, na pole, aby zabezpieczyć żywność dla siebie i ocalałych dzieci, bo mężowie i synowie najczęściej są zabijani. Jednak teren jest nadal kontrolowany przez te zbrojne grupy, podejmują więc ryzyko: będą miały co jeść, ale może tak się zdarzyć, że zostaną zgwałcone. I to się wiąże ze stygłą.

Na czym ona polega?

Wszystkie okropieństwa dzieją się na oczach całej społeczności, nie da się niczego ukryć. Zgwałcona osoba musi trafić do szpitala, musi przejść serię zabiegów. Nie ma w ogóle możliwości, żeby to było tajemnicą, bo dostęp do pomocy medycznej jest tam dużo bardziej utrudniony niż w Europie, nie da się tego zrobić po cichu. Gwałt naprawdę jest kwestią społeczną w tamtej rzeczywistości.

Zgwałcone dziecko jest wykluczane z grupy. Zgwałcone młode dziewczyny stają się łatwym łupem dla kolejnych gwałcicieli. I z tym wszystkim pracuje się w City of Joy, w ośrodku, który powstał obok Panzi Clinic.

Jak działa ośrodek?

Pracują tam kobiety, które same przeżyły gwałty i otrzymały pomoc w ośrodku, potem wykształciły się na pracownice społeczne lub skończyły studia pielęgniarstwa i same zaangażowały się w pracę ośrodka. City of Joy to jest miejsce absolutnie magiczne, mimo że adresowane do osób po przerażających przejściach. Trafiają tam zgwałcone dzieci z obciętymi rękami i nogami, kobiety, którym wrzucono do pochwy granat. Niemniej jest to jedno z najbardziej optymistycznych, pozytywnych i dobrych miejsc, w jakich kiedykolwiek byłam. Korzysta się tam z tego, co w lokalnej kulturze jest leczące, jak na przykład kręgi kobiet.

Kobiety zawsze coś robią wspólnie: piorą, gotują, szyją, a przy okazji rozmawiają ze sobą. To ogromna wartość i zasób. Kręgi mają wymiar terapeutyczny, pomagają regulować emocje, budować wsparcie, przepracowywać stygmę związaną z gwałtem. Zbiera się grupa około 60-80 kobiet, często młodych dziewcząt, które są razem po tym doświadczeniu, opowiadają swoje historie i nad tym pracują. Trzeba pamiętać, że w wielu kulturach słowo gwałt nie istnieje: tak jest w suahili używanym we wschodniej Afryce czy w języku kinyarwanda używanym w Rwandzie.

Tam jednym z języków urzędowych jest francuski, a w nim jest słowo gwałt. Ale jeżeli ktoś chciałby powiedzieć o tym doświadczeniu w języku kinyarwanda, to używa słowa „potrząsanie”. W grupie kobiet o podobnych doświadczeniach nazywać rzeczy po imieniu jest dużo łatwiej.

Czyli nazwać gwałt gwałtem, ale i znaleźć język do opisu ciała, które tego gwałtu doświadczyło?

Spotyka się grupa dziesięciu kobiet, siadają i mają opisać swoją waginę. Wyobraża pani sobie, jak trudne to zadanie? Szczególnie waginę, która przeżyła gwałt. Dla części tych kobiet ta wagina jest zniszczona, bo gwałty bywają straszliwie okrutne. Można powiedzieć, że to jest na nowo budowanie wiedzy i języka do opisu siebie samej po tym traumatycznym doświadczeniu. Co więcej, myślę, że dużo łatwiej przychodzi to kobietom w Kongu niż byłoby w Ukrainie czy w Polsce. W europejskiej kulturze ciała nie należą do nas, tylko do branży modowej, kalkulatorów BMI (wskaźnik masy ciała), kościołów. Zrobiliśmy naszym, szczególnie kobiecym, ciałom coś strasznego. W Kongu,

mimo gwałtów, przemocy, patriarchy i nieustających wojen, ciała kobiet przynależą do nich dużo bardziej niż nasze u nas. To jest fenomen.

Poproszę o jakąś historię.

Miałam możliwość bycia świadkinią pracy w takiej grupie. Jedna z kobiet opowiadała o swoim strasznym doświadczeniu i zaczęła płakać. Płakała i płakała. Mówiąc moim językiem: weszła w stan dysocjacji. Ta grupa nie była prowadzona przez terapeutę, ale przez dwie bardzo doświadczone kobiety, jedna z nich była pielęgniarką. Pozostałe dziewczyny, również ocalałe, wstały, otoczyły ją, z własnych ciał zrobiły jakby kokon wokół tej, która płakała i zaczęły się z nią poruszać. Ona weszła w rodzaj transu. Zaczęła skowyczeć. Otaczające ją kobiety zaczęły płakać, część zaczęła śpiewać, część przyłączyła się do skowytu. Wszystko wydarzyło się w bardzo naturalny sposób. Ona, w centrum grupy, była w procesie pracy z własnym ciałem i z własną traumą, przy konkretnym cielesnym doświadczeniu wsparcia innych kobiet. Bardzo bym chciała, żeby wszędzie tak wyglądała praca z ciałem dla ocalałych z gwałtów.

Siłą tego ośrodka jest oddolność, ale też to, że pracują tam ocalałe.

Tak, myśląc o pracy kobiet ocalałych z gwałtów, koniecznie trzeba wspomnieć inną inicjatywę doktora Mukwege. W tym samym roku, w którym otrzymał Nagrodę Nobla, została uruchomiona międzynarodowa organizacja o nazwie SEMA, co w suahili znaczy „powiedz”. Zrzesza kobiety ocalałe z gwałtów na całym świecie – wychodzi się tam z założenia, że osoby ocalałe będą najlepiej zrozumiane przez inne ocalałe. Nie ma znaczenia wykształcenie, nie trzeba być przeszkoloną przez psychologów, w Ukrainie szefową SEMY jest kobieta, która jest kosmetyczką. One organizują szkolenia, douczają się, ale jest to wtórne wobec woli i gotowości rozumienia tych, które doświadczyły przemocy seksualnej. Uważam, że nie ma większych bohaterek niż te kobiety. Proszę sobie wyobrazić: przeżyła pani te wszystkie straszliwe rzeczy, a potem wraca pani do rodziny, dzieci, do codziennych obowiązków, musi pani pracować i jeszcze znajduje pani siłę, aby opowiadać światu o tym, co się pani przydarzyło. Na tym polega bohaterstwo, że po przeżyciu okrucieństw znajduje się siłę, by żyć dobrze.

Ważny w tym jest też ten aspekt społeczny i polityczny. W Kosowie osoby ocalałe z gwałtów dostają status bohatera czy bohaterki wojennej.

Kosowo naprawdę zagospodarowało prekursorsko cały obszar wsparcia dla ocalałych z gwałtów. Tam się odbyła i wciąż trwa rewolucja spo-

łeczna. Mówimy o kraju muzułmańskim, którego podstawą jest patriarchat wynikający z dominacji mężczyzn i oczywiście religii, gdzie kobiety są podporządkowane. Tam, oprócz tych zmian związanych z budowaniem nowego kraju, wychodzeniem z traumy, budowaniem tożsamości, ma miejsce wielka rewolucja kulturowa, którą zrobili i robią kobiety. Prezydentką Kosowa kolejny raz jest kobieta, działa tam sporo organizacji pozarządowych, które przez ostatnie lata od zakończenia wojny wykonały olbrzymią pracę. W Kosowie osoby po doświadczeniu gwałtów wojennych mogą ubiegać się o rozpoznanie i przyznanie – co wiąże się też z pieniędzmi – statusu osoby ocalałej i bohaterki wojennej czy bohatera wojennego.

Na jakiej podstawie otrzymuje się ten status?

Przede wszystkim nie ma obowiązku znalezienia sprawcy. Czasem wiemy, kto był naszym oprawcą, ale zdarza się i tak, że nie wiemy i to nie jest nasza wina. Czy w związku z tym ten gwałt nie powinien być rozpoznany i uznany? Kosowo poszło w kierunku myślenia, że trzeba gromadzić taki materiał, jaki po prostu jest możliwy.

To znaczy opowieści ocalałych?

Opowieści przede wszystkim. Robiłam tam szkolenie, które było związane przede wszystkim z tym, jak rozumieć traumę i jak przeprowadzać wywiad z ocalałymi: jakie pytania zadawać, jak rozróżnić prawdę od kłamstwa. Dlaczego na przykład osoba ocalała dzisiaj mówi o tym, a następnego dnia o czymś zupełnie innym, kolejnego znowu jeszcze o czymś? Okazuje się, że na tym zasadza się dysocjacja i tak działa trauma. Po doświadczeniu tak straszliwie przeciążającym nie siadam naprzeciwko pani rozluźniona, by paść sobie fajeczkę, zacząć opowiadać po kolei, co mi ktoś strasznego robił. Właśnie te fragmenty, które nie tworzą całości, ta sprzeczność, to wycofanie, to deliberowanie są dokładnie tym, co stanowi o prawdziwości traumy gwałtu.

Pani książka *Rape: a History of Shame Diary of the Survivors* właśnie jest w ten sposób skonstruowana. Oddaje pani głos ocalałym, mogą mówić tak, jak chcą.

To było bardzo dla mnie ważne, bo chodziło mi o to, żeby te osoby miały swoją narrację, a nie moją, zmiękczoną. Oberwałam za to, mówiono, że te teksty trudno czytać, bo są takie naturalistyczne.

Ludzie zachowują bardzo różne dowody świadczące o gwałcie, czasem są to przedmioty. Podczas warsztatów w Kosowie poznałam osobę, która od dwudziestu czterech lat spała na materacu, na którym została zgwałcona. I bardzo nie chciała tego materaca zmienić.

Ja bym założyła, że osoba ocalała nie będzie chciała mieć do czynienia z przedmiotem związanym z tym doświadczeniem.

Jednak z psychologicznego punktu widzenia, jeśli rozumie się dynamikę traumy, to jest to bardzo logiczne. Miejsce, gdzie dokonano zbrodni, gdzie ta osoba została pozbawiona woli i możliwości decydowania, zaczęło być pod jej pełną kontrolą. Ten materac pozwalał jej mieć poczucie, że ma wpływ na swoje życie.

Czy ten materac w tym przypadku stał się dowodem w sprawie?

Ta kobieta miała też dziecko urodzone w wyniku tego gwałtu, materac był dodatkowym elementem całej historii. Natomiast my mamy takie społecznie uproszczone myślenie, ugruntowane prawem rzymskim, że musimy mieć dowód: DNA albo jakieś choroby: HIV, weneryczne, no albo dziecko. W Kosowie na szczęście osoby nie muszą mieć tych wszystkich dowodów, by otrzymać status ocalałej. Czasami są też świadkowie. W Rwandzie pierwsze historie osób, które zostały rozpoznane jako ocalałe, pochodziły nie bezpośrednio od nich, ale właśnie od świadków.

Może to będzie brzmiało trochę arogancko, ale dobrze wyszkolony psychotraumatolog z dużą kliniczną wiedzą będzie wiedział, kto kłamie, a kto nie. Ja do tej pory nie poznałam kobiety, która powiedziała by mi nieprawdziwą historię przemocy seksualnej. Dlaczego? Dlatego że nikt nie chce być w pozycji ofiary gwałtu. Za gwałtem zawsze idzie stygma.

Pani często określa te osoby, które doświadczyły gwałtu nie jako ofiary, tylko jako ocalałe, już na poziomie języka zmieniając hierarchiczność sytuacji.

Już mi się wiele razy za te „ocalałe” dostało. Kobiety mówiły: „Przestań, ja się wcale dzisiaj nie czuję ocalałą. Dzisiaj czuję się beznadziejnie”. Ja bym oczywiście chciała, żeby one czuły się właśnie bohaterkami. Ale one często nie chcą nimi być, nie chcą być zamykane w jakimś pudełku. To jest właśnie społeczna presja: włożę cię w to pudełko, abyś do niego pasowała.

Na co powinny być wyczulone osoby, które opiekują się kobietami w ciąży w wyniku gwałtu?

Temat opieki okołoporodowej dla kobiet po gwałtach wojennych jest bardzo szeroki, bo dotyczy szerokiego spektrum różnych sytuacji, na które kobiety się decydują. Nigdy nie wiemy, jak kobieta odniesie się do tego doświadczenia i do tego dziecka. Nie ma gotowych skryptów. Jedną z możliwości jest aborcja. Jestem feministką i choć oczywiście jestem za pełnym prawem do aborcji, to nigdy nie zachęcałabym do tego żadnej kobiety. Są też takie, które decydują się urodzić i to też jest zrozumiałe. Niektóre chcą oddać te dzieci do adopcji. Może być też tak, że kobieta nie chce tego dziecka, a potem zmienia zdanie. Albo wpada w depresję, czyli odrzuca dziecko, ale potem wraca do tej relacji, próbuje ją budować. Ambiwalencja może być bardzo złożona i trwać długo.

Aby dobrze zrozumieć taką kobietę, trzeba wejść w głęboki i długi proces towarzyszenia jej. Wymaga to zaangażowania z dwóch stron i nie jest proste.

Jednej z bohaterek mojej książki zamordowano całą rodzinę, została zupełnie sama, w ciąży z gwałtu. Miała czternaście lat i urodziła córkę. Dla niej zajście w ciążę było błogosławieństwem, na tym zbudowała sens życia. Nie przez terapię, tylko przez to, że urodziła dziecko. Miała niezwykłą więź z tą córką.

Poród bywa dla nich dodatkową traumą.

W odzyskiwaniu siebie po gwałcie wojennym część pracy polega na tym, aby odzyskać poczucie wpływu na swoje ciało i na swoje życie. Myślę, że dla ocalałych z gwałtów ogromne znaczenie ma możliwość swobodnego wyboru pozycji, w której rodzą – jest to dla nich związane z odzyskaniem kontroli nad ciałem.

Jedyną zarejestrowaną organizacją zrzeszającą dzieci urodzone z gwałtów wojennych jest stowarzyszenie Forgotten Children of War działające w Bośni i Hercegowinie.

Dwa lata temu wprowadzono zmianę prawną, o którą walczono ponad dwadzieścia lat. W Bośni nie można było zarejestrować dziecka, jeśli ojciec był nieznan. Dlatego dziecko z gwałtu na bośniackich kobietach prawnie nie istniało. Dodatkowo, jak nie było ojca, to zazwyczaj wiadomo było dlaczego, a to wiązało się ze stygmatem społeczną i ostracyzmem.

A z jakich technik pani korzysta, pracując z tymi wszystkimi konsekwencjami?

Korzystam z metodologii, którą sama wypracowałam i która nazywa się SERS. To są cztery kolejne kroki, czy też fazy pracy, które pozwolą odzyskać poczucie siebie po doświadczeniu masywnej traumy gwałtu wojennego. Trauma gwałtu paraliżuje, ocalała schodzi do stanu zamrożenia i nie wie, co się dzieje. Pierwszym krokiem jest stabilizacja (*stabilization*) – pozwala jej tu i teraz odzyskać kontakt z ciałem. Drugi krok, edukacja (*education*) dotyczy tego, że trzeba ocalałej powiedzieć, czym jest gwałt wojenny, z czym w jego wyniku może się zetknąć, z jakimi represjami społecznymi, i że nie jest to jej winą. Trzeci krok to przekierowanie myślenia (*redirection*), czyli zmiana myślenia zarówno tej osoby, jak i osoby, która ją wspiera. Ostatni krok to samoregulacja (*self-regulation*), permanentna praca nad zasobami i technikami – danie ocalałej świadomości zasobów i narzędzi, po które może sięgnąć. To jest też praca nad budowaniem języka: im więcej i szybciej zacznie ona o tym doświadczeniu mówić otwarcie, tym lepiej.

A może ocalała chce o nim zapomnieć?

Z perspektywy wiedzy o traumie nie da się zapomnieć. Można ją wyprzeć, można ją zdysocjować, negować, ale ona jest. Ważne, aby dać zrozumienie osobie z takim doświadczeniem, nie pospieszać, ale też nie zostawiać jej samej. Oferować wsparcie i zintegrowany system pomocy społecznej.

dr Wioletta Rębecka-Davie – psychoanalityczka, psychotraumatolożka, członkini International Psychoanalytical Association, Women's Therapy Center Institute NYC, członkini zarządu Women's Chapter International, wiceprezeska Polish Center of Torture Survivors, członkini zarządu Institute Humanitarian Conflict Resolution NYC, badaczka *war rape survivors syndrome* w Touro University Los Angeles, autorka książki *Rape: a History of Shame Diary of the Survivors*.



Nina Ptak

W Stowarzyszeniu na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego „Nomada” prowadzę zespół zajmujący się wspieraniem migrantek i uchodźczyń z doświadczeniem przemocy. Nasz dział powstał w odpowiedzi na potrzeby, jakie zaczęłyśmy identyfikować w momencie eskalacji rosyjskiej inwazji na Ukrainę. Społeczność ukraińska mieszkająca we Wrocławiu, gdzie działa „Nomada”, już przed nasileniem wojny była jedną z największych w Polsce, a po 24 lutego 2022 r. znacznie powiększyła się o osoby uchodźcze, z których około 90% stanowiły kobiety i dzieci. Wtedy właśnie zaobserwowałyśmy duży wzrost poziomu przemocy domowej – zarówno wśród osób już mieszkających we Wrocławiu, jak i nowo przybyłych.

W Polsce działa niewiele organizacji profesjonalnie zajmujących się przemocą wobec kobiet, a tym bardziej wobec kobiet niepolskich – do tej pory nie ma żadnej specjalizującej się tylko w tej problematyce. Nasze stowarzyszenie od lat zajmowało się obszarem związanym z przemocą motywowaną uprzedzeniami, przez co rozwój w kierunku oferowania wsparcia osobom doświadczającym GBV był dla nas naturalną odpowiedzią na rosnące potrzeby. Od roku staramy się rozwijać – szkolimy siebie i innych, zbieramy zasoby oraz budujemy skoordynowaną sieć łączącą policję, MOPS-y i wszystkich, którzy w jakiś sposób działają w zakresie przeciwdziałania przemocy czy reagowania na przemoc.

W ubiegłym roku zorganizowałam trzydniowy, stacjonarny warsztat prowadzony przez Wiołę Rębecką-Davie. Był skierowany do osób pracujących w obszarze wsparcia psychologicznego, ale też do pracowników i pracownic humanitarnych czy socjalnych wspierających uchodźczynie z Ukrainy. Wydaje mi się, że to szkolenie było szczególnie ważne dla osób, które wcześniej nie miały styczności z tematem gwałtu i przemocy seksualnej na wojnie, a dowiedziały się o nim przy okazji eskalacji rosyjskiej inwazji. Sam fakt, że gwałt jest przez prawo międzynarodowe oficjalnie uznany za broń wojenną i zbrodnię przeciwko ludzkości, był dla niektórych nowością. Wiola dzięki swojemu ogromnemu doświadczeniu w pracy z ocalałymi potrafi świetnie wytłumaczyć zachowania i reakcje osoby, która doświadczyła traumy złożonej (CPTSD). Poznanie etapów radzenia sobie z traumą, przez jaką przechodzi osoba ocalała, jest niezwykle ważne, aby móc tworzyć środowisko wspierające jej proces zdrowienia.

Tym, co chyba najlepiej zapamiętałam ze szkolenia, i na co sama kładę duży nacisk w swojej pracy, jest wpływ społecznego postrzegania gwałtu na zdrowienie osoby ocalałej z przemocy seksualnej. Gwałt nadal wiąże się ze stygmatem, a przecież osoba z takim doświadczeniem powinna czuć wsparcie i akceptację bliskich i otoczenia, nie zaś odrzucenie i naznaczenie. Ale też ważne jest, aby nie była traktowana jak ofiara pozbawiona wszelkiej sprawczości, której mówi się, jak powinna się zachować wobec tego doświadczenia.

Wsparcie specjalistyczne i środowiskowe mocno się łączą. Wiem, jak trudne do zbudowania jest wsparcie środowiskowe. Podnoszenie świadomości, przełamywanie tabu i stereotypów, ogromna praca rzecznicza wymagają nie tylko wysiłku, ale i czasu. I choć ten aspekt nie był dla mnie nowy, to zapadł mi w pamięć, bo w swojej pracy szukam szlaków do przetarcia, wyzwań i koncentruję się na tworzeniu dla nich rozwiązań.

Dodatkowo szkolenie Wioli mocno zahaczało o self-care i o motywacje osób pracujących w tym obszarze. Rozmawiałyśmy, jak regulować własne emocje, żebyśmy były w stanie udzielać wsparcia długofalowo bez popadania we wtórną traumatyzację. Rzadko zwraca się uwagę, jak bardzo praca z ocalonymi jest obciążająca psychicznie. A przecież to ważne, że trzeba zadbać o siebie, by pomagać dobrze i profesjonalnie.

Spisała **Joanna Mikulska**

Nina Ptak – specjalistka ds. przemocy ze względu na płeć, w Stowarzyszeniu na Rzecz Integracji Społeczeństwa Wielokulturowego „Nomada” prowadzi zespół zajmujący się wspieraniem osób migranckich i uchodźczych z doświadczeniem GBV (gender-based violence) oraz wspiera koordynację, komunikację i fundraising.

Przełamać ciszę

O wspieraniu kobiet po poronieniu i stracie okołoporodowej z psychoterapeutką **Anną Bajkowską** rozmawia **Margo Sikora-Borecka**

Ważnym obszarem pani pracy jest psychoterapia okołoporodowa.

Dziesięć lat temu rozpoczęłam pracę jako psychoterapeutka w Fundacji Nagle Sami, która powstała, żeby wspierać osoby z doświadczeniem żałoby, osoby po stracie. Była też jednym z pierwszych miejsc kierujących pomoc do kobiet i ich bliskich w obliczu poronienia i straty okołoporodowej. Tam uczyłam się im towarzyszyć i wspierać je w tym niezwykle trudnym czasie. Dowiedziałam się, jakie są ich potrzeby, jakich obszarów taka strata dotyka, jak reaguje otoczenie.

Kilka lat później stworzyłam szkolenie dotyczące wsparcia osób z doświadczeniem poronienia i doświadczeniem straty okołoporodowej dla psychologów, psychoterapeutów, położnych i innych osób ze środowiska okołoporodowego. To właśnie na tym warsztacie spotkałam osoby z Fundacji Polskie Forum Migracyjne.

Uczestniczki z PFM pewnie wniosły nową perspektywę.

Ich perspektywa i doświadczenia pokazały nam, jak wiele aspektów, między innymi kulturowych, potrzebujemy wziąć pod uwagę, by świadomie i z sensem wspierać w takiej sytuacji osoby migranckie i uchodźcze. Ich doświadczenie poronienia czy straty okołoporodowej łączy się z wcześniejszymi utratami, z brakiem stabilności, brakiem swojego miejsca czy zbudowanej sieci społecznej. Często nie wiemy też, czego doświadczyły wcześniej, a są to niejednokrotnie bardzo trudne lub wręcz traumatyczne przeżycia. Do tego dochodzą bariera językowa, strach o status prawny, o kwestie związane z ubezpieczeniami. A także różnice kulturowe, na które otoczenie – czasem także personel medyczny – może zareagować zaskoczeniem, rezerwą, a nawet niechęcią. Gdy zbierzemy to wszystko razem, możemy dostrzec, jak trudno jest im odnaleźć wówczas jakiegokolwiek ramy poczucia bezpieczeństwa.

Co może zrobić personel medyczny z pierwszej linii, który widzi swoją pacjentkę tylko przez chwilę?

Dać pierwsze dobre doświadczenie wspierającego kontaktu, tego, że jest widziana, słyszana i ważna w swoim przeżyciu. To jest nie do przecenienia, bo dzięki temu ta pacjentka może wyjść z oddziału z poczuciem większej sprawczości, z większym zaufaniem do siebie i do innych. Dzięki temu może być bardziej gotowa do sięgnięcia po pomoc później, jeśli będzie tego potrzebowała. To może również być jednym z czynników wpływających na to, jak będzie przeżywała utratę czy proces żałoby.

Czasami pobyt w szpitalu przynosi dodatkowe trudne, a niekiedy nawet traumatyczne doświadczenia. Dlatego dobry, oparty na szacunku, empatyczny kontakt jest naprawdę niezwykle ważny, a w kontekście migrantek i uchodźczyń nabiera jeszcze większego znaczenia. Z badań wynika, że są nawet do dwóch razy bardziej narażone na wystąpienie depresji poporodowej, a także że mają znacząco wyższe wyniki na skali lęku w obliczu przeżytej utraty.

Czy zawsze ten kontakt jest właściwy?

Mamy w Polsce standardy opieki okołoporodowej, też w sytuacjach szczególnych, które wiele kwestii określają. Wiemy, jak ważne jest poszanowanie prawa do intymności, do godności, do przekazania informacji. Jednak historie, które słyszę, pokazują, że z ich praktycznym zastosowaniem wciąż bywa różnie. Zasady postępowania w szczególnych sytuacjach to nie jest protokół ani przepis, to raczej pewna postawa, sposób myślenia i otwartość.

Dotyczy to kobiet w ogóle, niezależnie od ich sytuacji życiowej i osobistej.

Sposób reagowania danej pacjentki wynika z jej indywidualnych doświadczeń, ale też z kontekstu kulturowego, trzeba jednak pamiętać, że wszyscy jesteśmy zanurzeni w kulturze, która wpływa na nasze przekonania, choć nie zawsze jesteśmy tego świadomi. Jednym z podstawowych narzędzi pracy w zawodach pomocowych jest świadomość samego siebie – tego, co myślę, co czuję, co uważam. Dzięki tej świadomości możemy te przekonania wziąć w nawias i otworzyć się na drugą osobę, usłyszeć, czego ona potrzebuje.

To są często w pierwszej kolejności rzeczy, których kobiety w chwili straty ciąży potrzebują, niezależnie od kręgu kulturowego, z którego się wywodzą.

Tym, co bardzo często pamiętają osoby, z którymi spotykam się w gabinecie, są drobne rzeczy, drobne gesty wsparcia. Ktoś przyniósł dodatkowy koc, ktoś zadbał, żeby zasunąć parawan, pozwolił bliskiej osobie pobycić dłużej po godzinach odwiedzin albo przyniósł szklanekę herbaty, przytrzymał za rękę. Ale też, że powiedział wprost, że mu przykro. I wiele z tych przykładów to przykłady kontaktu niewerbalnego, ale nasyconego komunikatem „widzę cię, a to, co się z tobą dzieje, jest dla mnie ważne”.

Czyli zauważenie i obecność są ważne.

Tak, bo nieobecność drugiego człowieka, której czasami doświadczają kobiety po stracie, to rodzaj dodatkowego opuszczenia. Tej nieobecności szczególnie dużo jest w historiach migrantek. Często dlatego, że personel medyczny, nie wiedząc, co powiedzieć, jak zareagować, a czasem napotykając barierę językową, po prostu się wycofuje. I choć nie wiemy, jakie będą dalsze losy pacjentki i czego będzie potrzebowała, to to jest coś, co na pewno możemy jej dać przez ten krótki czas spotkania na oddziale. Od małości, odkąd przychodzimy na świat, potrzebujemy, żeby na nas reagowano. W ten sposób uczymy się o sobie. Tak też czerpiemy wsparcie od otoczenia i czerpiemy z relacji. Myślę, że to uniwersalny pierwszy krok. Niezależnie od tego, co się wydarzy dalej, ile będzie czasu w tej konkretnej relacji.

W Polsce zaczynamy coraz więcej mówić o żałobie po utratkach okołoporodowych.

Rozmawiamy o znaczeniu pożegnania, mówimy też o prawach, które daje system opieki: do pochówku, do skróconego urlopu macierzyńskiego. Mamy coraz większą świadomość, jak ważne to może być dla pacjentki i jej bliskich. Wciąż wypracowujemy dobre praktyki, dotyczy to również sytuacji, w których pojawia się pacjentka, która pochodzi z innego kręgu kulturowego. Może być tak, że jej sposób nadawania znaczenia doświadczeniu, jej reakcje czy potrzeby różnią się od tego, do czego jesteśmy przyzwyczajeni. W wielu kulturach strata ciąży, dziecka, jest stratą cichą – niejednokrotnie nie ma też, nie ma silnej ekspresji emocji. Może to wynikać z przekonania, że zachowanie powściągliwości chroni kobietę.

Uważność i otwartość na to, jakie znaczenie kobieta nadaje np. poronieniu i jak je przeżywa, to podstawa. W ramach jednego kręgu kulturowego możemy przecież przyjmować bardzo różne postawy, m.in. ze względu na religię/ateizm czy środowisko, z którego się wywodzimy. Dlatego tak ważne jest, by żadnej kobiecie nie narzucać swoich przekonań.

Nie zawsze będzie to narzucanie przekonań, czasem jest to po prostu wyraźny rozdźwięk czy różnica między tym, co przeżywa lub czego potrzebuje kobieta po stracie, a co dostaje od otoczenia. Już sam sposób mówienia o tym doświadczeniu, nadawania znaczeń, formułowania pytań może być przyczyną tego rozdźwięku. Trudno może być kobiecie, kiedy słyszy, że zarodek obumarł czy że ciąża jest nieprawidłowa, bo to może być dla niej niemożliwe do połączenia z jej wewnętrzną perspektywą, że umarło jej dziecko. I na odwrót, jeśli utrata przeżywana jest przez nią jako strata ciąży, a w otoczeniu czy od personelu medycznego usłyszy nakłanianie do pożegnania, wykonania badań genetycznych czy zorganizowania pochówku, to może poczuć się bardzo niezrozumiana.

Czasami, choć na szczęście rzadko, w tym kontekście padają też zdania: „Powinna pani to zrobić”, „Może pani jeszcze żałować”. Takie słowa mogą mieć ogromną moc, zupełnie jak zaklęcia. Potrafią zapisać się w pamięci i przypominać przez lata. Dlatego tak ważne jest, abyśmy brali odpowiedzialność za wypowiedzane słowa. Istotne jest zatem jak to, co mówimy, współbrzmi z tym, jakiego języka i jakich słów używa nasza rozmówczyni. Czy mówi o zarodku, czy o dziecku? A może o istocie? O zakończeniu ciąży czy o śmierci?

Wierzę, że słowa mają ogromną moc w tym sensie, że nadają znaczenie naszemu doświadczeniu. Zatrzymajmy się na chwilę przy samym słowie „poronić”. Poroniłam, czyli ja to zrobiłam. Jest w tym słowie zawarta pewna sprawczość, czy może decyzja. Dla niektórych osób bardzo blisko jest od takiej myśli do poczucia winy, szukania przyczyn, tego co się wydarzyło, w sobie. Dlatego sama często mówię „przeżyłaś poronienie”, „doświadczyłaś poronienia” i wielokrotnie słyszałam o tym, że ta wydałaby się niewielka zmiana potrafi przynieść wielką ulgę.

Można zapytać: „Jak mogę ci pomóc przejść przez to doświadczenie zgodnie z twoimi potrzebami”?

Tak. I pewnie nie wszystko będzie możliwe, ale jeśli coś możemy, to warto zrobić to w zgodzie z tą potrzebą. I znów – najpierw wziąć w nawias swoje zaskoczenie tym, że ktoś reaguje inaczej albo że potrzebuje czegoś innego, niż nas uczono.

Czy przeżywanie straty i żałoby jest uniwersalne?

I tak, i nie. Uniwersalne jest na pewno to, że w obliczu różnych życiowych wydarzeń przeżywamy utratę. Strata jest faktem, oznacza, że czegoś już nie ma, albo że coś straciliśmy. Coś było i tego nie ma. Jeśli chodzi o sam proces żałoby, to jest ona dla mnie jednym ze sposobów, w jaki przeżywamy stratę. Jeśli strata jest tym, czego nie ma, to żałoba jest tym, jak przeżywamy ten brak. Pojawia się wówczas, gdy wcześniej pojawiło się emocjonalne zaangażowanie, więź czy miłość.

Sam przebieg procesu żałoby, jego dynamika, jego rozumienie są bardzo indywidualne. Wpływają na niego takie czynniki, jak choćby nagłość utraty, wcześniejsze doświadczenia, zasoby i sieci wsparcia, które mamy wokół. Na rozpoczęcie procesu żałoby, na jego przebieg wpływać mogą też różnice kulturowe, różnice związane z wierzeniami, religią, czyli kwestie uniwersalne i zarazem indywidualne.

Warto tu też podkreślić, że żałoba to proces naturalny, adaptacyjny. To reakcja na utratę i na jej kontekst. To coś, co potrzebujemy po prostu przeżyć.

Co utrudnia proces żałoby?

W kontekście doświadczenia poronienia czy utraty okołoporodowej niezwykle trudne mogą być okoliczności, w których ta strata miała miejsce. Wspomnienia ze szpitala, reakcje (lub ich brak) ze strony personelu medycznego, czasami jedno wypowiedziane nieopatrnie zdanie, które zostaje w pamięci naprawdę na długo. Zdarza się, że ramię w ramię z historią straty i żałoby idzie historia traumy. Niejednokrotnie to właśnie jest powód, dla którego kobiety szukają wsparcia w gabinecie psychoterapeutycznym.

Jakie słowa nie powinny padać?

To jest niestety nieprzebrane morze przykładów. „O co ty tak płaczesz? Po tej ciąży?” i warianty tego komunikatu: „W ósmym tygodniu to jeszcze nie dziecko”, „Proszę pani, nie pani pierwsza, nie ostatnia”, czy, choć brzmi to wręcz niewyobrażalnie, „Pierwsze śliwki robaczywki”. Są też takie zdania, które mają nieść pocieszenie czy nadzieję, ale tak naprawdę są niezwykle trudne i zazwyczaj przynoszą tylko poczucie niezrozumienia: „Wszystko będzie dobrze”, „Jesteś jeszcze młoda”, „Niedługo będzie kolejne dziecko”. I jestem nawet w stanie założyć, że pod nimi kryją się dobre intencje, natomiast zupełnie nie przystają do tego, co może czuć osoba po stracie. Do jej rozpacz, tęsknoty, bezradności. Tam często zupełnie nie ma przestrzeni, żeby myśleć o tym, co będzie kiedyś, planować czy mieć nadzieję. A myśl o tym, że być może będzie mieć kolejne dziecko, nie pocieszy jej wtedy, kiedy opłakuje to konkretne, które nosiła pod sercem, którego ruchy już być może czuła, któremu wybrała imię. To są takie zdania, które nawet jeśli płyną z dobrego miejsca, to mogą być odebrane jako unieważnienie tego doświadczenia i mogą ranić.

Co zatem może być pomocne?

Przede wszystkim powiedzenie wprost, że nam przykro. Zauważenie naszej rozmówczynie, jej uczuć, jej trudu. Pomocne może być także przekazanie informacji, nazwanie tego, co może się dziać. Taki element psychoedukacji.

Można zaproponować rozmowę z psychologiem, jeśli jest dostępny na oddziale. Można też przekazać pacjentce materiały, w których znajdzie informacje o możliwościach pomocy – przewodniki po instytucjach udzielających wsparcia, treści wspierające od strony psychologicznej: opisujące doświadczenia reakcji na stratę, przebieg procesu żałoby w kontekście utraty okołoporodowej czy doświadczenia poronienia, a także informacje o przysługujących prawach i o tym, jak krok po kroku można z nich skorzystać.

Czy są takie słowa, które kobiety z doświadczeniem straty chciałyby usłyszeć?

Myślę, że dla każdej z nich może być to coś indywidualnego i osobistego. Ale często słyszę, że ważne byłoby po prostu pytanie: o to doświadczenie, o to, co się wydarzyło. Potrzebują, żeby ta historia wybrzmiała.

„Czy chcesz ze mną porozmawiać?“, „Czy chcesz się ze mną tym podzielić?“, „Czy mogę jakoś pomóc?“, „A jak jest teraz?“ – to są pytania, które będą otwierały kontakt.

Bo nie ma takich słów – i z tym złudzeniem możemy się od razu rozprawić – które zmniejszą ból i sprawiają, że cierpienie znika. Nie ma też uniwersalnych słów pocieszenia, sprawiających, że drugiemu człowiekowi na pewno będzie lżej. Jednocześnie, gdy jesteśmy otwarci, gdy pokazujemy swoją gotowość do towarzyszenia, do słuchania, to sprawiamy, że mniej jest w tym doświadczeniu osamotnienia, a smutek będzie wybrzmiewał. I to jest jedno z niezwykle ważnych zadań w czasie żałoby, żeby zrobić miejsce na uczucia, żeby wybrzmiały. Na różne sposoby, ale żeby je przeżyć i móc to zrobić także w relacji, bo tego jako ludzie potrzebujemy.

Czyli słuchać i nie bać się odezwać?

Tak, i to jest też często to, o czym mówią kobiety po doświadczeniu poronienia czy okołoporodowej utraty: „Mam wrażenie, że ludzie się mnie boją“, „Mam wrażenie, że mnie unikają, milkną“, albo że: „Nagle zapada cisza albo rozmawiamy o jakichś bardzo trywialnych, powierzchownych rzeczach“, „Nikt mnie nie pyta o to doświadczenie“. To jest to dodatkowe, wtórne osamotnienie. W doświadczeniu poronienia i straty okołoporodowej jest morze ciszy. Ta cisza jest jeszcze bardziej dojmująca dla kobiet, które przeżywają tę stratę w obcym kraju, bez wsparcia bliskich, z obcym językiem dookoła. I tak jak wspomniałam wcześniej – ważnym zadaniem nas, osób wokół, jest przełamywanie tej ciszy.

Anna Bajkowska – psycholożka i psychoterapeutka Gestalt. Specjalizuje się w pomocy osobom cierpiącym z powodu kryzysów osobistych oraz trudności w bliskich relacjach. Ważny obszar jej terapeutycznej praktyki stanowi psychoterapia okołoporodowa, w tym wsparcie kobiet i par z doświadczeniem poronienia i straty okołoporodowej.



Pamiętam

Położne prowadzące szkoły rodzenia w PFM odwiedzają rodziny w ich domach już po narodzinach dzieci. W czasie wizyt konsultacyjnych, o których opowiadają Hanna Kamińska, Inna Padshakh i Marta Piegat-Kaczmarczyk, kobiety dzielą się także swoimi przeżyciami dotyczącymi porodu w warszawskich szpitalach.

Relacje, które zebrała Hanna Kamińska, są świadectwem pozytywnych doświadczeń. Mocno jednak wybrzmiewa tu kontekst trudności i wyzwań związanych m.in. z barierą językową i kulturową. Bardzo ważne jest tu znaczenie tzw. kompetencji miękkich personelu medycznego. Dzięki nim trudności rodzących kobiet z doświadczeniem migracji mogą zostać zminimalizowane na tyle, aby poród uczynić bezpieczniejszym i lepszym – dla matek i dla ich dzieci.

Pamiętam uśmiech położnej, w czasie porodu czułam się bezpiecznie.

Sunita, Filipiny

Kiedy rodziłam, położna była taka cierpliwa, jak mama...

Sophie, Francja

Urodziłam dziecko bez nacięcia krocza! Jestem taka szczęśliwa!

Teresa, Ukraina

Nie rozumiałam słowa po polsku, ale położna z uśmiechem pomogła mi przystawić dziecko do piersi. Karmiłam 12 miesięcy!

Megi, Gruzja

Trzymała mnie za rękę na sali operacyjnej – była jak anioł!

Peris, Kenia

Położna przytuliła mnie i powiedziała, że dam radę urodzić. Ciągle to pamiętam!

Karima, Afganistan

Położna zapytała, czy chcę być zbadana przez lekarzkę zamiast lekarza – jestem jej wdzięczna.

Amina, Afganistan

Bałam się, że nie mam mleka, ale położna mi pokazała, że mleko leci i że jest go tyle, ile trzeba.

Parivinder, Indie

Położna napisała mi zalecenia laktacyjne po angielsku, to było takie miłe!

Mara, USA

W szpitalu wszyscy byli dla mnie tacy mili, a ja tak mało mówię po polsku!

Haneen, Jordania

Ważenie u położnej to była najlepsza część wizyty u ginekologa. Zawsze miała czas, aby odpowiedzieć na moje pytania.

Mara, USA

Położna w domu rozmawiała z moją mamą, dogadały się, mimo że żadna nie znała języka swojej rozmówczynie.

Anfisa, Ukraina

Co robimy w Fundacji Polskie Forum Migracyjne

- prowadzimy szkoły rodzenia dla migrantek i uchodźczyń,
- prowadzimy grupy wsparcia dla kobiet, mam niemowląt i małych dzieci,
- prowadzimy warsztaty podnoszące kompetencje rodzicielskie/ opiekuńcze,
- udzielamy konsultacji położniczych, pomagamy w prowadzeniu ciąży,
- prowadzimy indywidualne konsultacje małych dzieci z fizjoterapeutką,
- szkolimy personel medyczny na temat opieki okołoporodowej w zróżnicowanym kulturowo środowisku,
- prowadzimy zajęcia dotyczące udzielania pierwszej pomocy dla niemowląt, zajęcia muzyczno-sensoryczne oraz jogę dla kobiet w ciąży i kobiet z małymi dziećmi,
- przekazujemy wsparcie finansowe i rzeczowe kobietom w ciąży i z małymi dziećmi,
- wydaliśmy praktyczny informator dla młodych mam migrantek *Jestem mamą w Polsce* w trzech wersjach językowych,
- pracujemy w punktach stałego zakwaterowania, w gabinetach, interwencyjnie w domach i przez telefon z migrantkami i uchodźczyniami z całej Polski.

W latach 2022–2023 nasze działania wspierała Care International in Poland, organizacja zajmująca się dostarczaniem pomocy humanitarnej i wspieraniem długoterminowych projektów rozwojowych.

Dzięki tej współpracy pomogliśmy 1300 kobietom z 56 krajów.

📍 Tadżykistan 📍 Ukraina 📍 Białoruś
📍 Azerbejdżan 📍 Kirgistan
📍 Czeczenia 📍 Kongo 📍 Afganistan
📍 Armenia 📍 Łotwa 📍 Kanada
📍 Polska 📍 Australia 📍 Iran 📍 Rosja
📍 Albania 📍 Pakistan 📍 Brazylia
📍 Algieria 📍 Irlandia 📍 Kazachstan
📍 Hiszpania 📍 Somalia 📍 Rwanda
📍 Nepal 📍 Egipt 📍 Indie 📍 Kenia
📍 Portugalia 📍 Włochy 📍 Rumunia
📍 Bułgaria 📍 Mołdawia 📍 Litwa
📍 Nigeria 📍 Francja 📍 Zimbabwe
📍 Boliwia 📍 Jordania 📍 Kamerun
📍 Irak 📍 Wielka Brytania 📍 Wietnam
📍 USA 📍 Filipiny 📍 Niemcy 📍 Meksyk
📍 Kolumbia 📍 Indie 📍 Etiopia
📍 Tanzania 📍 Izrael 📍 Mali 📍 Gruzja
📍 Sri Lanka

Przeprowadziłyśmy dla nich:

28

szkół rodzenia

937

konsultacji
położniczych

730

konsultacji
fizjoterapeutycznych

4

kursy pierwszej
pomocy dla rodziców
małych dzieci

6

kursów masażu
Shantala, doradztwa
laktacyjnego

26

zajęć „Joga i wsparcie
dla kobiet w ciąży”

26

zajęć „Mama Joga
z Dziećmi”

29

warsztatów
umuzyczniająco-
-sensorycznych dla
małych dzieci i ich
opiekunów

23

spotkania z cyklu
„Jak być rodzicem
i nie zwariować”
skierowanych
do rodziców
mających trudności
wychowawcze

11

warsztatów „MAMY
to!” dla mam z małymi
dziećmi

11

warsztatów „Your
Journey to Self-
compassion” (grupa
wsparcia dla kobiet
prowadzona w języku
angielskim)

stałe cotygodniowe
grupy wsparcia dla
kobiet ukraińsko-
i rosyjskojęzycznych
oraz konsultacje ze
specjalistami

W 2023 roku także:

Realizowaliśmy szkolenia dla położnych i pracowników służb medycznych:

- dwudniowe stacjonarne pogłębione szkolenie dla 28 położnych z całej Polski,
- cykl szkoleń online dla 173 położnych i studentek położnictwa,
- cykl webinarów we współpracy z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych skierowanych do 1078 osób z 16 województw,
- webinar z Fundacją Rodzić po Ludzku, który zobaczyło 1800 osób.

Wysłaliśmy ponad 120 paczek z publikacją *Jestem mamą w Polsce* do szpitali położniczych, ośrodków zdrowia, ośrodków pomocy społecznej i organizacji wspierających migrantki w całej Polsce.

Zrealizowaliśmy film pod tytułem *Kołysanki i opowieści o macierzyństwie*, w którym kobiety z różnych stron świata: Ukrainy, Tadżykistanu, Wenezueli, Jordanii, Czeczenii, Wietnamu, Afganistanu i Mongolii podzieliły się opowieściami o zwyczajach związanych z macierzyństwem w krajach ich pochodzenia.

Zadania na przyszłość:

- szkolenia dla studentów i studentek położnictwa i pracowników służb medycznych dotyczące wsparcia migrantek w okresie okołoporodowym i z zakresu postępowania wobec dziecka z doświadczeniem traumy,
- ułatwienie dostępu do wykonywania zawodu dla położnych w szpitalach i położnych środowiskowych pochodzących spoza Polski,
- angażowanie tłumaczy w szpitalach położniczych i pediatrycznych,
- ochrona dzieci po odebraniu praw rodzicielskich,
- popularyzacja profilaktyki zdrowotnej wśród migrantek i ich dzieci (m.in. edukacja dotycząca szczepień),
- tworzenie sieci współpracy z organizacjami i instytucjami wspierającymi kobiety, w tym kobiety z doświadczeniem migracji.

Fundacja Polskie Forum Migracyjne

www.forummigracyjne.org

tel. +48 692 913 993

info@forummigracyjne.org

Oferujemy wsparcie (stacjonarnie i online):

- psychologiczne dla dzieci i dorosłych,
- prawne,
- caseworkerskie (w załatwianiu konkretnych spraw, np. edukacyjnych, zdrowotnych, urzędowych),
- edukacyjne (szkolimy osoby pracujące w szkołach, specjalizujemy się w asystenturze międzykulturowej),
- doradczyń zawodowych,
- konsultanta ds. legalizacji pobytu,
- doradcy ds. działalności gospodarczej,
- położnych,
- inne, szczególnie skierowane do kobiet, osób z niepełnosprawnościami, młodzieży, dzieci, seniorów, rodziców i opiekunów, nauczycieli.

Nasze wsparcie jest bezpłatne! Wspieramy wszystkich migrantów, migrantki, uchodźców i uchodźczynie, niezależnie od kraju pochodzenia! Mówimy w językach polskim, angielskim, ukraińskim, rosyjskim, hiszpańskim, białoruskim, francuskim i innych.

Włącz się w budowanie otwartego i różnorodnego społeczeństwa w Polsce.

Wspieraj działania Fundacji Polskie Forum Migracyjne!

- wpłacając darowiznę przez stronę (PayU):
<https://forummigracyjne.org/donate>,
- wpłacając darowiznę (jednorazową lub cykliczną) na konto bankowe:
Fundacja Polskie Forum Migracyjne 79 1050 1025 1000 0023 1482 7813
Kod SWIFT: INGBPLPW Kod IBAN: PL79 1050 1025 1000 0023 1482 7813,
- przekazując 1,5% podatku: nasz nr KRS 0000272075.

Każda forma wsparcia jest dla nas niezmiernie cenna i pozwala nam realizować naszą misję.