

Agnieszka Kosowicz
Marta Piegat-Kaczmarczyk

Kobiety świata

– wielokulturowość
w opiece okołoporodowej



Jestem
mama
w Polsce

PFM
POLSKA FUNDACJA
MIGRACYJNA

Fundacja
Rodzić po Ludzku

Autorki tekstu:

Agnieszka Kosowicz
(Polskie Forum Migracyjne)

Marta Piegat-Kaczmarczyk
(Polskie Forum Migracyjne)

Konsultacja:

Joanna Pietrusiewicz, Anna Otffinowska
(Fundacja Rodzić Po Ludzku)

Publikacja dostępna na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Na tych samych warunkach 3.0 Polska



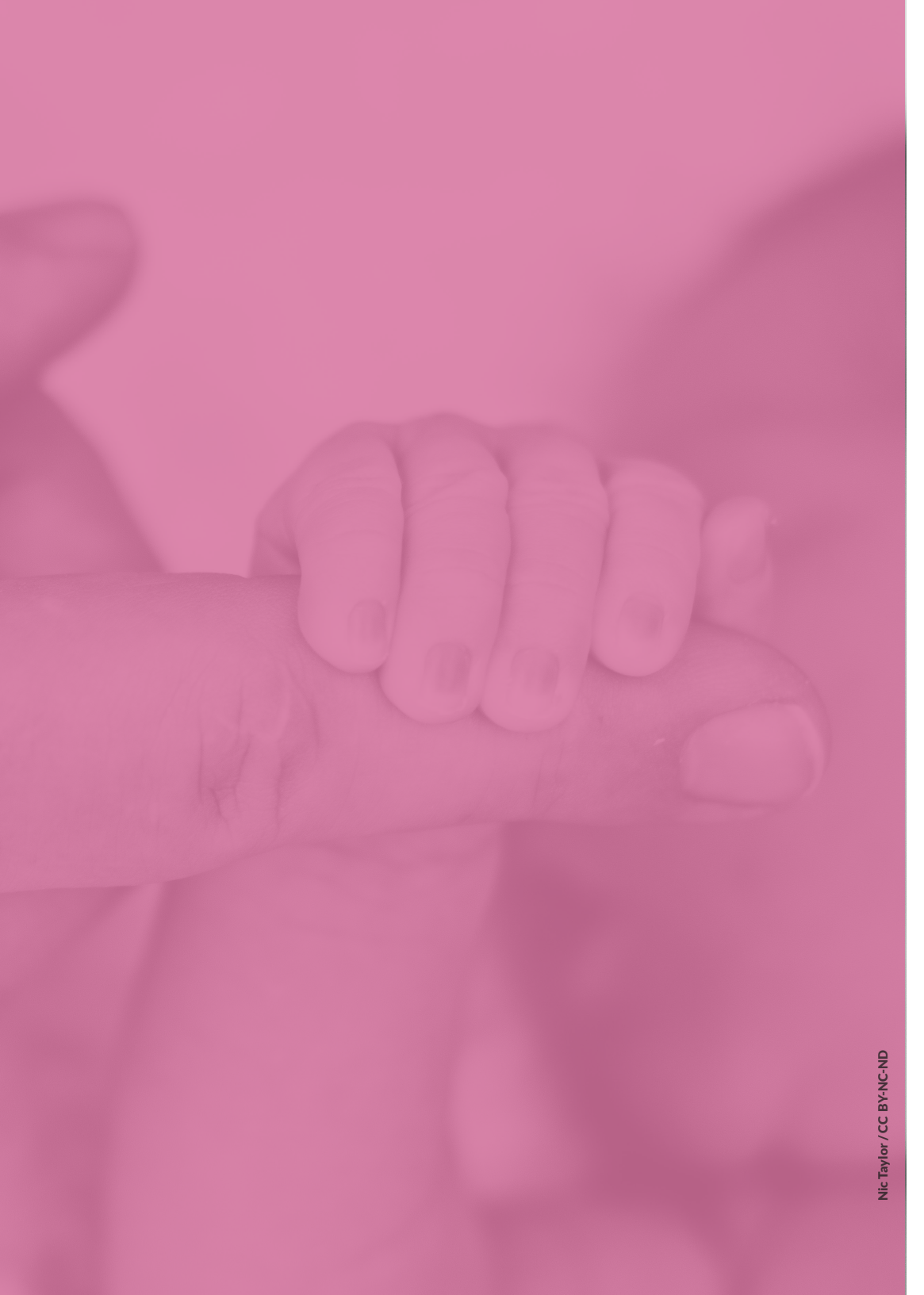
Izabelin, 2015



Projekt „Jestem mamą w Polsce” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich i budżetu państwa, w edycji 2013.

Spis treści:

	Wstęp	3
	Psychologiczne i społeczne konsekwencje migracji	4
	Wymiary kultury – różnice kulturowe w zakresie norm, wartości i zwyczajów okołoporodowych	6
	Opieka okołoporodowa nad kobietami z różnych kręgów kulturowych – praktyczne wskazówki	11
	Migrantki z Wietnamu i innych krajów azjatyckich	11
	Migrantki z krajów muzułmańskich	16
	Migrantki z krajów afrykańskich	19
	Komunikacja międzykulturowa na sali porodowej	23
	Cudzoziemki rodzące w Polsce – aspekty prawne	26
	Polecana literatura	29
	Informacje o autorkach	30



Wstęp

Wszędzie na świecie kobiety zachodzą w ciążę i rodzą dzieci. Pod względem fizjologicznym ciąża i porody przebiegają wszędzie w ten sam sposób. Jednak w każdej kulturze ciąża rozumiana jest na swój sposób i wiążą się z nią liczne przykazy i zakazy, często sprzeczne ze sobą. Podobnie rzecz ma się z porodem i pielęgnacją dziecka. Co więcej, dla przedstawicielek i przedstawicieli każdej kultury, to właśnie ich przyzwyczajenia i sposoby działania zdają się być najlepsze, a inne, proponowane na przykład przez polski personel medyczny, okazują się trudne do zrozumienia i zaakceptowania.

Słowa przysięgi składanej przez położne, lekarki i lekarzy wchodzących na swoją drogę zawodową, zawierają ważny fragment dotyczący służenia wszystkim ludziom bez względu na narodowość, czy wyznanie, z należnym im szacunkiem. W dzisiejszych czasach słowa te zyskują bardzo praktyczny aspekt, ponieważ Polska staje się krajem, który przyciąga i gości migrantki i migrantów różnych wyznań i narodowości.

Niniejsza publikacja skierowana jest przede wszystkim do położnych i lekarek/lekarzy spotykających w swojej pracy kobiety ciężarne i rodzące z różnych kręgów kulturowych. Ma ona pomóc w zrozumieniu różnic kulturowych pojawiających się na salach porodowych, a także w przygotowaniu się do pracy z przedstawicielkami różnych narodowości i wyznań. Ma także wesprzeć personel medyczny w rozwijaniu kompetencji międzykulturowych, w lepszym budowaniu relacji z kobietami różnych kultur, w skuteczniejszym radzeniu sobie z nieporozumieniami kulturowymi.

Przedstawione są w niej różnice kulturowe dotyczące ciąży, porodu i relacji rodzinnych, a także praktyczne wskazówki dla personelu medycznego, jak otoczyć opieką przedstawicielki wybranych kręgów kulturowych.

Psychologiczne i społeczne konsekwencje migracji

Migrantki i migranci często postrzegają przeprowadzkę do innego kraju jako szansę na nowe perspektywy rozwojowe, finansowe i lepsze życie. Zdarza się, że migracja nie jest wymarzonym rozwiązaniem, ale jedynym sposobem na zapewnienie sobie i najbliższym bezpieczeństwa.

W obu przypadkach pojawia się wiele psychologicznych i społecznych konsekwencji zmiany środowiska zamieszkania.

Jedną z nich jest codzienne doświadczanie **bariery językowej**. Trudności komunikacyjne przyczyniają się do powstawania nieporozumień pomiędzy cudzoziemcami a Polakami. To zaś prowadzi do obniżenia poczucia własnej wartości i adekwatności swoich działań, w wyniku czego cudzoziemcy i cudzoziemki wycofują się z części życia społecznego, nie angażują się w życie kulturalne i towarzyskie z obawy, że popełnią jakąś gafę.

Podobnie jest z licznymi **różnicami kulturowymi**. Migrantki i migranci, rozpoczynając życie w nowym kraju, wnoszą w codzienne funkcjonowanie swoje zwyczaje kulturowe, normy i wartości, w jakich się wychowali, zachowują się zgodnie ze swoim kodem kulturowym, często odmiennym od kodu polskiego. Różnice kulturowe dotyczą poczucia i postrzegania czasu, relacji pomiędzy kobietami a mężczyznami, hierarchii społecznej i miejsca w tej hierarchii na przykład kobiet, czy dzieci, sposobu nawiązywania kontaktów i budowania relacji społecznych i wielu innych obszarów.

To ciągłe dostrzeganie różnic kulturowych i próby stawiania im czoła, skutkują u większości migrantek i migrantów pojawieniem się silnego stresu akulturacyjnego, zwanego także **szokiem kulturowym**. Jest to proces, który zazwyczaj przebiega z różnym nasileniem u różnych osób, jednak zazwyczaj według pewnego określonego schematu. Na początku swojego pobytu w nowym kraju migrantki i migranci są pozytywnie nastawieni do różnic kulturowych i traktują je jako ciekawostkę. Jednak po pewnym czasie, oraz po wielokrotnym doświadczaniu pomyłek, gaf i nieporozumień kulturowych odczuwają silną frustrację i złość na siebie samych, że nie potrafią sobie poradzić w nowych warunkach. Często ta złość przenoszona jest następnie na kulturę i mieszkańców kraju docelowego, którzy nie

potrafią i nie chcą wesprzeć cudzoziemców i cudzoziemek w oswojaniu nowej rzeczywistości. Potem przychodzi jednak etap zrozumienia nowej kultury, i co ważne – większej skuteczności w radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniami.

Często migrantki i migranci doświadczają w nowym kraju **stereotypów, uprzedzeń, a nawet dyskryminacji** w codziennych kontaktach społecznych, oraz w instytucjach takich jak szkoły, przychodnie czy miejsca pracy.

Te doświadczenia sprawiają, że dla wielu migrantek i migrantów dosyć trudna staje się **akulturacja**, uczenie się funkcjonowania w nowej kulturze. Wielu z nich w pierwszych tygodniach i miesiącach swojego pobytu w Polsce przyjmuje strategię **separacyjną**, czyli trzyma się kurczowo swoich rodzimych norm, wartości i zachowań kulturowych, nie przyjmując tych obowiązujących w Polsce. To naturalna i bezpieczna dla nich strategia, jednak tylko na czas przyzwyczajania się do odmienności, poznawania kultury. W dalszej perspektywie korzystne jest dla migrantek i migrantów przyjęcie strategii integracyjnej, czyli włączanie nowopoznanych polskich norm i wartości kulturowych do kanonu wartości z kultury pochodzenia. Nie należy oczekiwać od migrantów, ani zachęcać ich do asymilacji, czyli porzucenia swojej kultury na rzecz kultury i zwyczajów polskich. Jest to bardzo niekorzystne dla ich funkcjonowania psychologicznego, społecznego i zawodowego.

W sferze zawodowej i społecznej migranci i migrantki często doświadczają **bolesnej degradacji**. Ci, którym udało się znaleźć zatrudnienie, pracują najczęściej na stanowiskach zdecydowanie poniżej swoich kompetencji zawodowych. Powoduje to obniżenie samooceny i wpływa niekorzystnie na ich funkcjonowanie społeczne.

Często u migrantek i migrantów pojawia się **deficyt poczucia bezpieczeństwa, stabilności i przynależności**, związany z tym, że otrzymują od państwa polskiego tylko czasową zgodę na pobyt, nie są pewni czy uda im się ją przedłużyć, czy będą musieli wracać do siebie, czy też szukać szczęścia w innym kraju. Ma to szczególne znaczenie dla kobiet w ciąży i młodych mam, którym towarzyszą duże obawy i brak jasnych perspektyw co do przyszłości.

U migrantek i migrantów, którzy doświadczyli w kraju pochodzenia lub podczas samej migracji bolesnych przeżyć, mogą występować objawy **reakcji stresu pourazowego (PTSD)**. Może to być przeżywanie na nowo trudnej sytuacji we wspomnieniach i koszmarach sennych, poczucie odrętwienia lub nadmiernego pobudzenia, odizolowanie od innych ludzi, brak reakcji na otoczenie, niezdolność do przeżywania przyjemności, bezsensowność lub nadmierna sensowność. Kobiety ciężarne i młode mamy, które miały traumatyczne doświadczenia należy otoczyć opieką psychologiczną, gdyż z powodu tych doświadczeń mogą mieć duże trudności w nawiązaniu relacji ze swoim dzieckiem, dostrzeganiu i prawidłowym reagowaniu na jego potrzeby, radzeniu sobie ze zmęczeniem i stresem w pierwszych tygodniach i miesiącach życia dziecka.

Wymiary kultury – różnice kulturowe w zakresie norm, wartości i zwyczajów okołoporodowych

Dobrym sposobem na zrozumienie różnic kulturowych jest przyjrzenie się im poprzez wymiary kulturowe. Wymiary kulturowe pozwalają określić charakterystyczne dla danej kultury normy, wartości i sposoby zachowania, bez wartościowania czy oceniania kultur. To bardzo przydatne dla osób pracujących z przedstawicielkami i przedstawicielami różnych kultur, gdyż porządkuje wiedzę, osłabia stereotypy i pozwala lepiej rozumieć odmienne zachowania – w tym przypadku różne praktyki okołoporodowe.

Przedstawione poniżej wymiary kulturowe zaczerpnięte są z kilku dużych projektów realizowanych przez międzynarodowe zespoły badawcze na całym świecie pod kierunkiem np. Geerta Hofstede, Harry'ego Triandisa, Richarda Gestelanda, czy w ramach największego projektu GLOBE.

STOSUNEK DO CZASU: POLICHRONICZNOŚĆ VS. MONOCHRONICZNOŚĆ

Monochroniczność oznacza przywiązanie do zegarka, podporządkowanie życia planom i dokładnym harmonogramom. W kulturach monochronicznych, czyli np. w USA, Kanadzie, Japonii, w krajach germańskich, wszystko ma się dzieć po kolei, zgodnie z ustalonym porządkiem. Ważna jest punktualność i terminowość. Mówi się, że czas to pieniądz, a więc można go stracić, zaoszczędzić lub zyskać. Przedstawicielki i przedstawiciele kultur monochronicznych dobrze czują się mając pełną kontrolę nad przebiegiem zdarzeń. Taki sposób myślenia i działania przekłada się na przekonania i postępowanie kobiet w ciąży i podczas porodu. Zazwyczaj wiedzą one dokładnie, kiedy nastąpiło poczęcie, jak długie mają cykle miesięczkowe, w którym dokładnie są tygodniu, a nawet dniu ciąży. Chcą także wiedzieć, jakiej dokładnie wielkości jest dziecko, które noszą, jaki będzie dokładnie termin porodu. Chętnie zaplanowałyby precyzyjnie czas rozpoczęcia i czas trwania porodu, właśnie po to, żeby „nie tracić” czasu. Popularnością cieszą się zabiegi cesarskiego cięcia właśnie dlatego, żeby uniknąć biernego czekania na przebieg wydarzeń i mieć większą kontrolę nad tym procesem.

Dokładnie odwrotnie jest w kulturach polichronicznych takich jak np. Azja południowo-wschodnia, Ameryka Południowa, Afryka, kraje arabskie. Są to kultury, w których wszystko dzieje się w swoim czasie, nieważne czy później, czy wcześniej w stosunku do tego co z grubsza zaplanowano. Ludzie nie przywiązują się do planów i harmonogramów, nie przejmują się spóźnieniami, robią to, co jest do zrobienia w tempie, jakie im odpowiada. Przedstawicielki i przedstawiciele tych kultur chętnie podporządkowują się naturalnemu biegowi spraw, nie kontrolują ich przebiegu, nie ingerują. W kulturach polichronicznych mówi się, że czasu jest więcej niż życia, a więc nie ma powodu, by z cymkolwiek się spieszyć i kłopotać, gdy coś idzie inaczej niż planowano. Ciężarne z tych kultur często nie potrafią precyzyjnie określić daty ostatniej miesiączki, nie kontrolują długości i regularności cykli. Młode mężatki wiedzą, że jakiś czas po wyjściu za mąż zapewne zajdą w ciążę, bo to naturalna kolej rzeczy, wiedzą, że ciąża trwa 9 miesięcy i w odpowiednim momencie dziecko zaczyna się rodzić. Nie mają potrzeby kontrolowania przebiegu ciąży, przyrostu wagi, czy monitorowania etapów rozwoju dziecka. Rodzą spokojnie, zgodnie z rytmem ciała, nie mają potrzeby przyspieszania porodu, gdyż wiedzą, że poród trwa tyle, ile trzeba, aby urodziło się dziecko.

RELACJE SPOŁECZNE: HIERARCHICZNOŚĆ VS RÓWNOŚĆ

W kulturach równościowych, takich jak kraje skandynawskie, germańskie, Australia, czy Ameryka Północna, status przypisywany jest na podstawie indywidualnych osiągnięć, a wszyscy członkowie społeczeństwa mają równe prawa. Kobieta w kulturach równościowych współdecyduje z lekarzem i położną o przebiegu porodu. Może ona oczywiście konsultować ważne sprawy z mężem/partnerem, jednak nie po to, aby uzyskać jego zgodę, ale aby podjąć razem najlepszą decyzję. Rodzące z tych kultur często mają dokładny plan porodu i oczekują, że personel zrealizuje ich oczekiwania, że każdy element porodu będzie z nimi konsultowany, że będą otrzymywać precyzyjne odpowiedzi na swoje pytania. **W kulturach hierarchicznych, czyli np. w krajach byłego związku radzieckiego, krajach arabskich, afrykańskich, czy azjatyckich**, status przypisywany jest na podstawie pochodzenia społecznego, płci i wieku. Od osób, które są niżej w hierarchii, wymaga się posłuszeństwa. Lekarze i położne mają w tych kulturach wysoką pozycję w hierarchii, a pacjentki nie sprzeciwiają się im, nie dyskutują, są podporządkowane i bierne, ale też ufają kompetencjom personelu medycznego. W kulturach hierarchicznych pozycja kobiety jest niższa niż mężczyzny, dlatego kobiety z wielu krajów afrykańskich, potrzebują zgody męża na podejmowane działania, na przebieg badania, oraz na niezbędne interwencje, gdy poród się komplikuje. Wiele migrantek rodzących dzieci w Polsce pochodzi właśnie z tych kultur. Trzeba pamiętać, że taki sposób funkcjonowania kobiet w połączeniu z często występującą barierą językową sprawia, że w czasie ciąży i porodu kobiety te będą skłonne zgodzić się na wszelkie zaproponowane działania, nie dlatego, że czują, że jest to dla nich najlepsze rozwiązanie, ale dlatego, że nie ośmielają się sprzeciwić.

SPOSÓB KOMUNIKACJI: NISKOKONTEKSTOWA VS WYSOKOKONTEKSTOWA

W kulturach komunikacji niskokontekstowej (np. USA, Kanada, Australia, kraje skandynawskie) ceni się mówienie wprost, otwarte wyrażanie oczekiwań czy odmawianie. Celem takiej komunikacji jest szybkie i skuteczne załatwienie sprawy. Szczerść jest wyrazem dojrzałości, odpowiedzialności i poważnego traktowania rozmówcy, dlatego jest bardzo ceniona, nawet jeśli prawda okazuje się niewygodna lub trudna do przyjęcia. Ciężarne i rodzące z tych kultur komunikują się z personelem medycznym bez zbędnych ceremoniałów czy rozbudowanej etykiety. Kiedy nie zgadzają się na jakąś interwencję, to mówią o tym otwarcie. Mają także łatwość w mówieniu o wszelkich sprawach intymnych i fizjologicznych. Chętnie zadają pytania i oczekują konkretnych odpowiedzi. **Inaczej jest w kulturach wysokokontekstowych** (np. azjatyckich, arabskich, latynoamerykańskich, kaukaskich). Dla przedstawicielek i przedstawicieli tych kultur ważny jest w komunikacji kontekst spraw: kto z kim rozmawia, jaki jest status społeczny rozmówców, jaka łączy ich relacja. W zależności od tych czynników zmienia się sposób komunikacji na bardziej sformalizowany, zgodny z obowiązującą etykietą. Powszechne jest mówienie „dookoła”, posługiwanie się metaforami, symbolami, ukrywanie meritum przekazu pomiędzy wierszami. Charakterystyczne dla tych kultur jest zgadzanie się z rozmówcą i potakiwanie z uprzejmości. Celem takiego rodzaju komunikacji jest zachowanie z rozmówcą harmonii i przyjemnej relacji. Szczerść odbierana jest jako brak wychowania i niedojrzałość, a osoby szczerze odmawiające czy wyrażające swoją negatywną opinię szybko tracą zaufanie wśród najbliższych. W kulturach wysokiego kontekstu o wielu sprawach się nie mówi, mimo, że wszyscy o nich wiedzą. Cięża i poród w tych kulturach to tematy wstydliwe. Kobiety, nawet podczas porodu unikają rozmów o szczegółach fizjologicznych. Nie chcą wiedzieć, jakie jest rozwarcie, albo czy będzie potrzeba nacinania krocza. Poród ma przebiegać w swoim rytmie i nie ma potrzeby rozmawiać o tym co się dzieje, gdyż jest to nieczyste i wstydliwe. Kobiety z tych kultur nie będą pokazywać bólu i cierpienia, żeby nie robić kłopotu położnej, nie będą krzyczały, żeby nie hałasować i nie przeszkadzać innym. Zapytane w czasie porodu, o to jak się czują, odpowiedzą, że wszystko w porządku i że jeszcze wytrzymają. Warto jednak pamiętać, że przeważnie nie jest to szczerza informacja, tylko uprzejmość wobec położnej, czy lekarza, w obecności których nie wypada okazywać słabości.

PODEJMOWANIE DECYZJI: INDYWIDUALIZM VS KOLEKTYWIZM

W kulturach indywidualistycznych (USA, Kanada, Australia, większość krajów europejskich) każdy koncentruje się na swoich sprawach i dążeniach, każdy może sam decydować o swoim życiu bez względu na opinię rodziny czy grupy. Rodziny w kulturach indywidualistycznych są małe, atomowe, a młode małżeństwa mieszkają zazwyczaj bez rodziców/teściów. Kobiety najczęściej rodzą z partnerami, partnerzy razem wybierają imię dla dziecka, decydują o tym, jak chcieliby, aby wyglądał poród, wdrażają w życie własne metody opieki nad dzieckiem, a później wychowania dziecka.

W kulturach kolektywistycznych (kraje azjatyckie/konfucjańskie, muzułmańskie, afrykańskie, bałkańskie, kaukaskie) ważniejsze jest dobro grupy niż własne sprawy. Każdy ma powinności i zobowiązania wobec innych, w związku z czym, więzi społeczne są silne i rozległe. Małżeństwo w tych kulturach jest sprawą rodzinną, a nie decyzją dwojga młodych. Rodziny są duże, wielopokoleniowe, funkcjonują w ustalonym porządku, w którym każdy wie, co do niego należy i jakie ma obowiązki wobec rodziny. Dziecko, podobnie jak małżeństwo, to także sprawa całej rodziny. Cała, liczna rodzina włącza się aktywnie w dbanie o kobietę w ciąży, wspiera ją w czasie porodu, a także, co najważniejsze, otacza ją opieką po porodzie. Migrantki z kultur kolektywnych rodzące w Polsce są odwiedzane przez całe grupy zatroskanych członków rodziny, z których każdy czuje się potrzebny i ważny podczas porodu. Stanowi to duże wyzwanie dla personelu medycznego i nieraz dezorganizuje pracę. W kulturach kolektywistycznych obserwuje się także silniejsze przywiązanie do tradycji i zwyczajów okołoporodowych. Ciężarna i świeżo upieczona mama zewsząd słyszy dobre rady, zakazy i nakazy, którym nie może się przeciwstawić dla dobra dziecka.

KOBIECOŚĆ VS. MĘSKOŚĆ KULTURY

Ostatni z wymiarów kulturowych, wybranych na potrzeby tej publikacji, to kobiecość vs. męskość kultury. Jest to obszar, w którym pojawia się chyba najwięcej różnic i nieporozumień pomiędzy polskim personelem medycznym a migrantkami z wielu różnych krajów. Kultury kobiece (np. Holandia, Kanada, kraje skandynawskie) to takie, w których ważne są dobre relacje i współpraca. Szanowane i wspierane jest to, co jest małe, słabe i potrzebujące pomocy. Panuje przekonanie, że zarówno w życiu osobistym jak i w pracy nie są potrzebne silne i sztywne podziały na role męskie i kobiece. Świat kobiet i mężczyzn wzajemnie przeplatają się, uzupełniają. Dziewczynki i chłopcy wychowywani są w taki sam sposób, a ich rozwój opiera się na różnych płaszczyznach, zależnie od osobistych zainteresowań i predyspozycji, a nie w zależności od płci i przypisanych jej odgórnie ról. Cięża, poród i opieka nad dziećmi w kulturach kobiecych, to sprawa obojga rodziców. Powszechne są w tych krajach długie urlopy ojcowskie, oraz zaangażowanie ojców w pielęgnację i wychowanie dzieci od narodzin. Porody wśród przedstawicielek tych kultur najczęściej są naturalne i rodzinne, czyli z partnerem. Cięża postrzegana jest jako stan naturalny, a rosnący brzuszek jest chętnie eksponowany przez przyszłe mamy. Różne sprawy dotyczące ciąży i porodu są tematem rozmów pomiędzy kobietami i mężczyznami i nie stanowią one w żadnym razie tematów wstydliwych. Opiekę nad ciężarną i rodzącą mogą sprawować zarówno kobiety jak i mężczyźni.

Zupełnie inaczej wygląda to w kulturach męskich, takich jak np. kraje afrykańskie, muzułmańskie, kaukaskie, bałkańskie. W tych kulturach ważne są wyzwania i konkurencja, osiągnięcia materialne i rzeczowe. Cenione jest to, co jest duże, silne i szybkie. Zarówno w życiu osobistym, jak i w pracy istnieją liczne i sztywne podziały na role i powinności męskie i kobiece. Światy kobiet i mężczyzn są od siebie bardzo odległe i nie należy przekraczać kulturowo wytyczonych granic pomiędzy nimi. Chłopcy i dziewczynki wychowywane

są w inny sposób: dziewczynkom wpaja się wartości takie jak uległość, posłuszeństwo, pracowitość i łagodność, a chłopców wychowuje się na odważnych, silnych, dominujących i lepszych od innych. Wychowywane w ten sposób dziewczynki stają się podporządkowanymi kobietami, które mają posłuszenie wypełniać wolę męża lub innego ważnego mężczyzny ze swojego otoczenia, na przykład ojca czy brata, a nawet swojego najstarszego syna. W kulturach męskich ciąża, poród i opieka nad dzieckiem to sprawa wyłącznie kobiet. Mężczyźni włączają się tylko w sprawy wymagające ich zgody lub aprobaty. W kulturach tych funkcjonuje wiele tabu dotyczących seksualności, fizjologii. Ciąża jest traktowana jako stan wstydlivy, ponieważ jest dowodem współżycia seksualnego pary. W związku z tym kobiety ukrywają rosnący brzuszec pod luźnymi strojami i unikają rozmów na ten temat. Nie ma zwyczaju gratulowania parze, a zwłaszcza mężczyźnie, z okazji zajścia żony w ciążę. Kobiety w swoim gronie mają nieco większą otwartość na poruszanie tematów ciąży i porodowych, jednak najchętniej unikają takich rozmów. To sprawia, że w zasadzie nie ma edukacji kobiet w zakresie przebiegu ciąży i porodu, zarówno formalnej, jak i nieformalnej. Młode kobiety, które doświadczają macierzyństwa pierwszy raz, dowiadują się wszystkiego, co powinny wiedzieć wcześniej, dopiero podczas własnej ciąży i porodu. Jako, że ciąża i poród należą tylko do świata kobiet, do którego mężczyźni nie mają dostępu, także opieka nad ciężarną i rodzącą powinna być realizowana wyłącznie przez kobiety: położne i ginekolożki. Dla migrantek z krajów muzułmańskich czy afrykańskich dużym zaskoczeniem jest obecność mężczyzn jako personelu medycznego w poradniach ginekologicznych i na oddziałach położniczych. Wiele z tych kobiet nie wyrazi zgody na wykonanie badania wewnętrznego przez lekarza mężczyznę. Tym bardziej nie wyrazi na to zgody mąż rodzącej. Mężowie rodzących z tych krajów nie uczestniczą zazwyczaj w porodach, ale są w pobliżu właśnie po to, aby móc decydować o przebiegu porodu. Kobiety przeważnie rodzą w towarzystwie innych kobiet z najbliższej rodziny: siostry, mamy lub teściowej. Dla dużej grupy migrantek, szczególnie z krajów arabskich, ważne jest, aby podczas porodu zachować okrycie ciała: nie odsłaniać brzucha, ud, pośladków, mieć zakrytą głowę i włosy.

Opisane powyżej wymiary kultur i różnice dotyczące rozumienia ciąży, porodu, relacji rodzinnych i społecznych, a także sposobów nawiązywania relacji i komunikowania się, pokazują wyraźnie, na ilu różnych polach może dochodzić do nieporozumień pomiędzy rodzącą z innego kręgu kulturowego a polskim personelem medycznym.

Bariera językowa i różnice kulturowe dotyczą tak samo obu stron, mogą powodować frustrację personelu medycznego, a u rodzącej pogłębiają poczucie lęku. To oczywiście nie sprzyja dobremu porodowi. Ponadto osoby, które mają trudności w posługiwaniu się językiem polskim, bywają odbierane jako mniej inteligentne i tak traktowane.

Ważnym krokiem do skutecznego radzenia sobie z różnicami kulturowymi jest wiedza na temat norm i wartości kobiet pochodzących z różnych kręgów kulturowych. Drugim krokiem będzie zrozumienie zwyczajów okołoporodowych panujących w różnych kulturach i próba wyjścia im naprzeciw w swojej codziennej pracy położnej czy ginekolożki.

Opieka okołoporodowa nad kobietami z różnych kręgów kulturowych – praktyczne wskazówki

Dużą grupę migrantek w Polsce stanowią kobiety z krajów byłego Związku Radzieckiego: z Ukrainy, Białorusi, Gruzji. Zwyczaje okołoporodowe są w tych kulturach często zbliżone do tych panujących w Polsce. W praktyce rzadko więc dochodzi do nieporozumień kulturowych. W niniejszej publikacji nie koncentrujemy się więc na kobietach pochodzących z tego kręgu kulturowego.

Poniższe wskazówki dotyczą natomiast pracy z kobietami z trzech innych dużych kręgów kulturowych: z Wietnamu i innych krajów azjatyckich, z krajów muzułmańskich oraz z krajów afrykańskich.

Migrantki z Wietnamu i innych krajów azjatyckich

LICZNE ODWIEDZINY W SZPITALU

Rodzące w Polsce Wietnamki są zazwyczaj odwiedzane w szpitalach przez najbliższą rodzinę, przez osoby, które bardzo czekały na narodziny dziecka. Tyle tylko, że „najbliższa rodzina” oznacza dla nich co innego niż dla nas. Na oddziale porodowym lub w sali poporodowej mogą pojawić się rodzice i rodzeństwo rodzącej, mąż, jego rodzeństwo i rodzice, przyjaciółki i dalsza rodzina – oczywiście jeśli są w Polsce. Również na sali poporodowej wietnamska mama z dzieckiem przyjmuje liczne grupy gości, co bardzo przeszkadza innym mamom przebywającym w tej samej sali ze swoimi dziećmi.

Co robić? Warto na drzwiach sal porodowych i poporodowych zawiesić informację o liczbie osób, które mogą towarzyszyć rodzącej czy mamie z dzieckiem. Migrantkom,

u których występuje duża bariera językowa należy dać możliwość zaproszenia do porodu dwóch osób: kogoś z rodziny, oraz osoby pełniącej funkcję tłumacza. Dobrym rozwiązaniem jest także ilustracja graficzna pokazująca rodzącą i towarzyszące jej np. dwie osoby, która będzie czytelna dla migrantek i migrantów nieczytających w języku polskim. Szpitale, w których rodzi dzieci wiele Wietnamek, często decydują się na umieszczanie ich w salach w towarzystwie innych kobiet z Wietnamu. Jest to bardzo dobre rozwiązanie. Kobietom z tego samego kręgu kulturowego, które właśnie zostały mamami, będzie raźniej, będą mogły swobodnie porozmawiać i wesprzeć się w razie trudności czy wątpliwości, pomóc sobie nawzajem w komunikacji z personelem medycznym. Będą też mogły swobodnie realizować swoje kulturowe normy i zwyczaje dotyczące np. diety, czy utrzymania ciepła w sali, bez obawy, że komuś to się nie spodoba. W niektórych szpitalach jest specjalnie wydzielona sala odwiedzin, co pozwala kobietom na zaproszenie większej liczby gości i nie koliduje z potrzebą intymności i spokojem innych kobiet z sali.

DIETA CIĘŻARNEJ I MŁODEJ MAMY

Zwyczaje żywieniowe Wietnamek wywodzą się z wiary w lecznicze właściwości jedzenia poprzez zawarte w nim pierwiastki gorąca i zimna. Kobieta ciężarna, a także mama świeżo po narodzinach dziecka potrzebuje wyjątkowo odżywczego i zdrowego jedzenia. Dieta ciężarnej różni się w kolejnych trymestrach. Pierwszy trymestr postrzegany jest jako „zimny” i kobietom zaleca się wówczas jedzenie „gorących” potraw czyli zawierających na przykład imbir czy czarny pieprz, a unikaniu „zimnych” produktów: cytryn, melonów, ananasów, szpinaku, czy papai. W drugim trymestrze postrzeganym, jako „neutralny” kobieta może jeść zakazane wcześniej produkty. W trzecim – gorącym – trymestrze zaleca się zwiększenie ilości pożywienia i unikanie suplementacji. Z tego samego powodu Wietnamki wolą pić gorącą, a nie zimną wodę podczas porodu i połogu. Również bardzo powszechne jest ziołolecznictwo, stosowane zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie. Podobne zalecenia towarzyszą kobiecie zaraz po porodzie: ma ona unikać „zimnych” produktów. Kobiety z rodziny rodzącej gotują i przynoszą do szpitala dania, które mają za zadanie ogrzać wyziębione i wymęczone porodem ciało młodej mamy. To często powoduje nieporozumienia i konflikty z personelem medycznym i innymi kobietami przebywającymi na oddziałach poporodowych, ponieważ potrawy kuchni wietnamskiej mają bardzo charakterystyczny i intensywny zapach.

Co robić? Sama świadomość tych zwyczajów żywieniowych pozwala traktować je z większym spokojem, oraz przekonaniem, że mają one służyć kobiecie i dziecku. Jeśli przynieszone potrawy faktycznie pachną na tyle intensywnie, że przeszkadza to innym mamom z dziećmi, warto udostępnić migrantkom przyjemne miejsce poza salą położniczą, w którym będą mogły spożyć swój posiłek w towarzystwie rodziny. Ta sama zasada powinna dotyczyć Polek. I również w tej sytuacji warto pomóc sobie ilustracją pokazującą, gdzie młode mamy mogą zjeść potrawy przygotowane przez rodzinę.

CIEPŁA KĄPIEL, CIEPŁY POKÓJ

Po porodzie Wietnamki najchętniej unikają przez kilka dni brania prysznic, również z obawy przed wychłodzeniem i przewianiem ciała, które po porodzie potrzebuje ciepła. Po drugim dniu kobiety decydują się na ciepłą kąpiel, ale nie na prysznic. Z tego samego powodu, kobiety po porodzie ciepło się ubierają, zakładają dresy, swetry, skarpety i nie pozwalają na otwieranie okien w sali położniczej.

Co robić? Nie należy za wszelką cenę namawiać Wietnamek do pójścia pod prysznic, ani komentować negatywnie ich decyzji. Te zwyczaje nie wynikają z braku nawyków higienicznych, ale właśnie z chęci jak najlepszego zadbania o swoje samopoczucie i formę po porodzie. Jeśli Wietnamki przebywają na sali poporodowej z innymi kobietami, a sala wymaga przewietrzenia, nie ma potrzeby robienia tego ukradkiem pod jej nieobecność, nie trzeba także rezygnować z wpuszczania do sal świeżego powietrza, również zimą. Warto pamiętać o czym wynika ich niechęć do chłodu i przewiewu. Przed otwarciem okien dobrze jest przynieść dla Wietnamek dodatkowy koc, przykryć je, odsunąć ich dzieci od okien i również przykryć dodatkowym kocykiem, żeby uszanować ich potrzebę zachowania ciepła. Jednocześnie warto podkreślić, że świeże powietrze także korzystnie wpływa na powracanie do sił mamy i na zdrowie dziecka, oraz, że nasza chęć wietrzenia sal nie ma na celu uprzykrzenia życia Wietnamkom i robienia im na przekór, tylko zadbania o dobre samopoczucie mam i dzieci.

NIECHĘĆ DO CESARSKIEGO CIĘCIA

Cięcie cesarskie nie cieszy się u Wietnamczyków dobrą sławą, ze względu na obawy dotyczące dużej utraty krwi oraz wychłodzenia i „przewiania” kobiety w trakcie zabiegu, kiedy jej ciało jest „otwarte”. Niestety bardzo wiele porodów Wietnamek w Polsce kończy się właśnie operacyjnie. Ogromną rolę odgrywa tu bariera językowa rodzających i niestety często brak otwartości i akceptacji ze strony personelu medycznego. Kiedy kobieta przyjeżdża do porodu, często doświadcza silnego stresu w zetknięciu z realiami służby zdrowia, w wyniku czego, akcja skurczowa słabnie na jakiś czas. U rodzających cudzoziemek ten początkowy stres niestety bardzo często nasila się z każdą chwilą, kiedy poza zmęczeniem czy bólem porodowym doświadczają one także trudności komunikacyjnych, różnic kulturowych, obaw, których nie są w stanie rozwiązać. Ten narastający stres blokuje naturalny przebieg porodu, a bariera językowa uniemożliwia skuteczną komunikację z rodzącą.

Co robić? Kluczowe jest zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa rodzącej, okazanie jej zainteresowania, szacunku dla odmiennych zwyczajów, wyjście naprzeciw jej potrzebom. Zbudowanie dobrej relacji jest możliwe nawet mimo bariery komunikacyjnej. Wietnamki wychowane są w kulturze wysokiego kontekstu i potrafią doskonale odczytywać nastawienie i intencje rozmówcy. Spokojny i ciepły ton głosu położnej będzie dla rodzącej sygnałem, że jest w troskliwych rękach i nawet jeśli nie wszystko rozumie, to może zaufać tej osobie. To pozwoli rodzącej poczuć się bezpiecznie.

UŚMIECH, MASKUJĄCY NEGATYWNE EMOCJE

W kontakcie z personelem medycznym Wietnamki, a także migrantki z większości krajów azjatyckich, **są zazwyczaj miłe i uśmiechnięte**. Należy jednak pamiętać o tym, że funkcja uśmiechu w wielu krajach azjatyckich jest o wiele bardziej rozbudowana niż w naszym kręgu kulturowym. Uśmiech azjatycki pojawia się oczywiście jako przejaw zadowolenia czy radości, ale także, jako reakcja na nieprzyjemne emocje, maskuje się nim złość, rozczarowanie, zawstydzenie, zakłopotanie, czy złość. Azjatki często mimo cierpienia uśmiechają się podczas porodu i uprzejmie odpowiadają na zadawane pytania. Może to sprawiać mylne wrażenie, że poród nie postępuje, że skurcze nie przybierają na sile.

Co robić? Przede wszystkim należy pamiętać o tej dodatkowej funkcji uśmiechu i uprzejmości. Chcąc dowiedzieć się jak czuje się rodząca nie wystarczy zapytać: „jak się Pani czuje?” lub „jak bardzo panią boli?”. Dużo lepiej sprawdzi się zadanie pytania „w skali od 1 do 10 – jak odczuwa Pani ból?”, a jeszcze lepiej będzie pokazać kobiecie planszę z ilustracjami emocji na skali od 1 do 10 i poprosić o wskazanie tej, która najlepiej obrazuje samopoczucie rodzącej w danej chwili. Jeśli występuje bariera językowa i kobieta rodzi bez tłumacza, warto posiłkować się ilustracjami, które pozwolą kobiecie zorientować się, na jakim jest etapie porodu, co już za nią, a co jeszcze przed nią. Oczywiście, w trakcie porodu kobieta powinna głównie słuchać swojego ciała i poddawać się temu co się z nią dzieje. Jednak przy dużym poziomie lęku u rodzącej, zasadne jest osłabienie tych lęków na poziomie poznawczym, czyli poprzez udzielenie jej choćby podstawowych informacji dotyczących przebiegu porodu w zrozumiały dla niej sposób.

POWŚCIĄGLIWOŚĆ W KOMUNIKACJI

Migrantki z Azji często **unikają kontaktu wzrokowego**, zwłaszcza w kontakcie z osobą o wyższym statusie społecznym – czyli na przykład z personelem medycznym. Rodząca, która zostanie zapytana, czy zgadza się na użycie kleszczy, czy próżnociągu, odpowie pewnie, że zależy jej na naturalnym porodzie. Oznacza to, że nie zgadza się na tę propozycję, i mówi o tym w kulturowo akceptowany sposób. Odpowiedź „tak”, która pada z ust Wietnamki niekoniecznie jest wyrazem jej zgody, a jedynie potwierdzeniem bycia w kontakcie z rozmówcą.

Co robić? Zamiast pytania rodzącej, czy zgadza się na naszą propozycję, warto przedstawić jej dostępne możliwości, z prośbą, aby wskazała tę, którą wybiera. To pozwoli kobiecie podjąć bardziej świadomą decyzję, a jednocześnie uchroni ją przed zgadzaniem się z grzeczności na coś, czego chciałyby uniknąć. Wietnamki, jeśli tylko mają wybór, wolą być badane przez kobiety, niż przez mężczyzn. Wolą także, aby w porodzie nie uczestniczyły inne osoby, a zwłaszcza inni mężczyźni. Jeśli jest taka możliwość warto uszanować te potrzeby i nie narażać rodzącej na dodatkowy stres. Należy także mieć świadomość, że ze względów kulturowych omówionych na poprzednich stronach, Wietnamkom, czy szerzej Azjatkom, z pewnością trudno będzie w takiej sytuacji zaprotestować i nie zgodzić się na

propozycję czy sugestię odnośnie obecności mężczyzny w trakcie badania, lub wykonywania tego badania przez mężczyznę.

PREZENTY DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

Personel medyczny, który towarzyszy kobiecie w porodzie, często obdarowywany jest drobnymi prezentami. Mogą to być słodycze, owoce, lub inne drobiazgi kojarzone ze szczęściem i zdrowiem. Podarunek jest wyrazem wdzięczności za przysługę oddaną bliskiej osobie, okazane jej zainteresowanie czy zaangażowanie w jej sprawę. Zwyczaj ten powszechny jest wśród migrantek i migrantów z większości krajów azjatyckich.

Co robić? Nie należy odmawiać przyjmowania tych drobnych prezentów, gdyż stawia się wówczas osobę obdarowującą w patowej sytuacji. Ma to zupełnie inny charakter niż łapówka. Jednak, aby uniknąć niepotrzebnych komentarzy ze strony innych rodzających lub personelu, można poczęstować ich otrzymanym przysmakiem, lub zostawić prezent w pokoju położnych z informacją, że jest to podarunek od rodzącej dla personelu medycznego. Te prezenty przynoszone przez Wietnamki i Wietnamczyków to przeważnie drobiazgi o niedużej wartości finansowej, ale o ogromnym znaczeniu emocjonalnym i kulturowym.

KARMIE NIE PIERSIĄ

Niekiedy Wietnamki obawiają się zbyt wczesnego przystawiania dziecka do piersi, kiedy jest w nich jeszcze siara, aby noworodek nie pozbawił mamy „ciepła” i cennych płynów. Pojawia się także obawa, że mleko kobiece jest niewystarczające do wykarmienia dziecka i należy mu podawać mieszankę. To ogromna strata dla niemowlęcia, ponieważ nie jest wówczas w stanie skorzystać z dobroczynnych właściwości siary. Niektórzy rodzice wybierają karmienie butelką jako potwierdzenie ich pozycji materialnej, gdyż często można spotkać się z przekonaniem, że karmienie mieszanką jest dla bogatych, a karmienie piersią dla biednych.

Co robić? Warto poświęcić czas na indywidualne konsultacje laktacyjne dla Wietnamek. Jeśli występuje bariera językowa, to należy zaprosić rodzącą w towarzystwie tłumaczki/tłumacza, aby mieć większe szanse na przekazanie kobiecie rzeczowych informacji. Zwyczaj Wietnamki poinformowane o wyjątkowych właściwościach odżywczych siary i kobiecego mleka w ogóle, chętniej przystawiają dziecko do piersi zaraz po narodzinach i dłużej karmią piersią. Często także przyznają, że nie miały wcześniej takich informacji i są wdzięczne za ich przekazanie.

POŁÓG

Kobieta i jej nowonarodzone dziecko, zgodnie z tradycją nie przyjmują gości w domu przez

pierwsze 30 dni. Zadaniem kobiety jest wówczas odpoczywanie w łóżku, wygrzewanie się i unikanie wychłodzenia. Zwyczaj ma na celu chronić słaby organizm dziecka przed zarażeniem się od kogoś z odwiedzających. W opiece nad mamą i maleństwem najczęściej pomaga wtedy babcia.

IMIONA TYMCZASOWE

Na pierwsze trzy miesiące życia dzieci wietnamskie często mają nadawane imiona tymczasowe. Pełnią one funkcję ochronną – mają zmylić złe duchy i chronić przed nimi maleństwo. Prawdziwe imię nadawane jest w okolicach trzeciego miesiąca życia, kiedy maluszek już nabierze sił po narodzinach.

Migrantki z krajów muzułmańskich

BRAK ZGODY NA OBECNOŚĆ MĘŻCZYZN

W swoich krajach muzułmanki korzystają z usług kobiet-ginekolożek i położnych, i dla większości z nich ogromnym zaskoczeniem jest obecność mężczyzn-lekarzy na oddziałach położniczych i ginekologicznych. Badanie wewnętrzne przeprowadzone przez mężczyznę u muzułmanki może być dla niej ogromnym upokorzeniem. W bardzo tradycyjnych społecznościach kobieta, która pozwoliła sobie na badanie może być uznana za rozwiązłą i nieczystą, za co może spotkać ją wykluczenie z rodziny lub zażądanie przez męża rozwodu.

Co robić? Zawsze kiedy jest to możliwe, należy zadbać o to, aby muzułmanki były badane przez kobiety oraz, aby podczas badania nie przebywali w sali żadni mężczyźni, np. studenci czy stażyści. Należy zwrócić większą niż zazwyczaj uwagę na uszanowanie potrzeby intymności rodzających.

ZAKRYTE CIAŁO I GŁOWA

Muzułmanki z różnych krajów mają różne obyczaje i normy w zakresie zakrywania twarzy, głowy i ciała. Na przykład Czeczenki osłaniają głowę i włosy jedynie małą chustką, a nawet opaską ze zwiniętej chusty, Libanki zakrywają głowę, szyję i włosy, pozostawiając widoczną twarz, a kobiety z krajów i obszarów, gdzie do głosu dochodzą najbardziej radykalne ugrupowania islamskie, mają obowiązek mieć zakrytą całą głowę, szyję i ramiona, a także twarz specjalną burką. Muzułmanki w czasie badania ginekologicznego, a także w czasie porodu uchylają nieco długą suknię, nie odsłaniając ud, bioder i brzucha, są także badane pod prześcieradłem.

Co robić? Wykonanie badania wewnętrznego czy przyjęcie porodu kobiety ubranej w długą suknię jest całkowicie możliwe. Nie ma potrzeby nakłaniania kobiety do rozebrania się, jeśli poród przebiega prawidłowo, a mama i dziecko czują się dobrze. Warto tylko upewnić się, czy w razie komplikacji i konieczności zakończenia porodu operacyjnie, suknię uda się łatwo zdjąć.

WSTYDLIWA FIZJOLOGIA

W krajach muzułmańskich ciąża, poród, a także cała fizjologia kobiecego ciała są tematami tabu. Rodzące muzułmanki nie chcą rozmawiać o tym, co się dzieje z ich ciałem w czasie porodu, nie zadają szczegółowych pytań, na informacje o przebiegu porodu przekazywane przez położną, często reagują zawstydzeniem i zmieniają temat. W ich przekonaniu należy słuchać poleceń i wskazówek położnej, i podporządkowywać się jej decyzjom. Nie na miejscu jest kwestionowanie poleceń położnej lub dopytywanie jej o szczegóły procedur.

Co robić? Rodzącym migrantkom z krajów muzułmańskich zazwyczaj wystarczy informacja od położnej, czy wszystko jest w porządku. Położna natomiast jest zobowiązana do informowania rodzącej na bieżąco o postępach porodu. Należy to robić z dużą delikatnością, warto uprzedzić kobietę o obowiązku przekazywania jej informacji na temat przebiegu porodu i przeprosić, jeśli te informacje byłyby dla niej zawstydzające.

KONTROLA I TŁUMIENIE EMOCJI

Kobiety z krajów muzułmańskich starają się, zgodnie z przekazem kulturowym, kontrolować emocje i zachowywać się godnie, jak na kobietę i matkę przystało. Ekspresja uczuć, a w szczególności tych negatywnych, jak na przykład strachu, bólu, zmęczenia, zniecierpliwienia nie jest dobrze widziana u kobiet, nawet w tak wyjątkowej sytuacji jaką jest poród.

Co robić? Warto podkreślać w trudniejszych chwilach porodu, że jest to czas ogromnego wysiłku i bólu, i że każda rodząca ma prawo czuć zmęczenie, zniecierpliwienie, że może być rozdrażniona i mieć wszystkiego dość. Z pewnością nie sprawi to, że rodzące Muzułmanki nagle okażą położnej te wszystkie emocje, ale będą czuły się uprawnione do ich przeżywania. A to już duża ulga.

KŁOPOTY Z KARMIENIEM PIERSIĄ

Karmienie piersią noworodka jest naturalną czynnością dla większości migrantek z krajów muzułmańskich. Zazwyczaj nie mają one żadnych kłopotów z przystawianiem malucha

do piersi. Jednak zarówno w szpitalu, jak i w domu, kobiety napotykają na trudności polegające np. na braku intymności koniecznej do tego, aby móc w każdej chwili podać dziecku pierś, nie narażając się na niechciane spojrzenia postronnych osób. Dla Muzułmanek w szpitalach dużym utrudnieniem w karmieniu piersią jest obecność mężczyzn odwiedzających inne kobiety. Dodatkowo wiele migrantek karmi dzieci mieszanką, podkreślając w ten sposób zaradność swoich mężów, którzy zarabiają na tyle dużo, że stać ich na sztuczne mleko. Polityka krajów muzułmańskich, w których trwają przedłużające się konflikty zbrojne, również zachęca kobiety do sztucznego karmienia, żeby nie wzmacniać więzi pomiędzy matką i dzieckiem. Dzieci słabiej związane z mamą łatwiej jest szkolić na żołnierzy i szykować do walki.

Co robić? Bardzo ważne jest przekazanie kobietom informacji na temat korzyści wynikających z karmienia piersią, bo często takiej wiedzy nie mają. Te korzyści przeważnie są dla nich przekonujące i często kobiety decydują się na dłuższe wyłączone karmienie piersią. Warto zachęcić muzułmanki do odciągania swojego pokarmu, aby potem mogły podać go dziecku z butelki, w sytuacji, w której krępują się karmić piersią. Pomocne okazuje się także pokazanie pozycji do karmienia piersią, w których kobiety mogą zasłonić siebie i dziecko chustą lub szalem. Warto także zadbać o większą intymność kobiet w sali położniczej, w której z Polkami przebywają kobiety z krajów muzułmańskich i poprosić mężczyzn o wyjście na czas prób przystawiania do piersi.

NIECHĘĆ DO BADAŃ I PRZEBYWANIA W SZPITALU

To często występujący problem, wzmacniany przez przekaz kulturowy, religijny i uwarunkowania społeczno-polityczne w krajach pochodzenia. Większość migrantek z krajów muzułmańskich odbywa w czasie ciąży tylko najbardziej podstawowe badania lekarskie, a niektóre unikają ich nawet jeśli gorzej się czują. Nawet obowiązków domowych, chęć sprostania oczekiwaniom męża i jego rodziny sprawia, że ciężarne nie chcą chodzić do lekarza i kłopotać innych swoim stanem. Według Koranu ciąża jest darem od Allaha i przebiega tak, jak Bóg to zaplanował, nie ma więc potrzeby, żeby ludzie w ten plan wnikali. Daje to kobietom pewne usprawiedliwienie, aby nie otaczały siebie i dziecka regularną opieką w czasie ciąży. Ponadto lata konfliktów zbrojnych w wielu krajach muzułmańskich sprawiły, że opieka i edukacja zdrowotna niemal zanikły. Kobiety nie miały powszechnego dostępu do USG czy jakichkolwiek materiałów informacyjnych na ten temat.

Co robić? Bardzo ważne jest podkreślanie korzyści płynących dla kobiety i dziecka z regularnej opieki okołoporodowej. Warto wyjaśnić kobietom, że wielu dolegliwościom zarówno u mamy jak i dziecka można zapobiec, obserwując wcześniej symptomy, które mogą wskazywać na te dolegliwości. Każda wizyta w poradni może być dla kobiety bardzo wskazana i pomocna, należy więc poświęcić jej więcej czasu i zobligować do kolejnych wizyt i badań dla dobra dziecka i rodziny, która potrzebuje zdrowej mamy.

TRADYCYJNE OBRZĘDY, KTÓRE MOŻNA ZAOBSERWOWAĆ W SZPITALACH

Zaraz po narodzinach dziecka, ojciec recytuje noworodkowi do ucha Shahadah – słowa będące wyznaniem wiary muzułmanina. Zwyczajowo, chwilę po przyjściu na świat, noworodki częstowane są miąższem daktyla, który zawiera bogactwo cukrów prostych, a także jest owocem ulubionym przez Mahometa. W tradycji muzułmańskiej narodziny dziecka świętuje się poprzez ubój barana. Pieczonym mięsem częstowana jest rodzina, przyjaciele, a także biedni, którzy otrzymują poczęstunek jako jałmużnę. W siedem dni po narodzeniu, odbywa się ceremonia aqiqah – nadania imienia, w obecności rodziny i przyjaciół. Golona jest wtedy głowa dziecka, przy pomocy srebrnej brzytwy.

Co robić? Szeptanie dziecku wersetu Koranu, przez tatę nie stanowi na bloku poporodowym żadnego problemu. Warto dać rodzinie czas na ten ważny moment. Ciemna papka z rozgniecionego w palcach daktyla, którą świeżo upieczony tata podsuwa do ust dziecka, wzbudza niekiedy podejrzenia personelu medycznego, ale rozmowa z rodzicami zazwyczaj wystarczy, żeby rozwiać wątpliwości. Kiedy pobyt kobiety z dzieckiem w szpitalu przedłuża się, może się okazać, że ważne ceremonie takie jak ceremonia nadania imienia, czy dziękczynna uczta z pieconą baraniną odbędzie się jeszcze na terenie szpitala. Każdą taką sytuację warto omówić z kobietą, ustalić wspólnie, które z tradycji i zwyczajów są możliwe do zrealizowania w ramach funkcjonowania szpitala, a które rodzina będzie musiała odłożyć na powrót do domu.

INNE PRZYKAZY RELIGIJNE

Jedną z tradycji praktykowanych wśród bardzo religijnych muzułmanów i muzułmank jest zalecenie, aby przed współżyciem wyrecytować modlitwę, która ochroni potomków przed złem. Ponadto zgodnie z tradycją, w czasie ciąży nie wolno się rozwodzić. Wynika to z przekonania, że para powinna żyć w spokoju i wdzięczności podczas ciąży, a także z wiary, że po narodzinach dziecka para zrezygnuje z rozwodu.

Migrantki z krajów afrykańskich

NIEZNANA DATA OSTATNIEJ MIESIĄCZKI

Kobiety w wielu krajach afrykańskich nie zapisują w kalendarzyku dat miesiączki czy czasu jej trwania. Często zapytane o to przez położną lub lekarzkę, w czasie badania kontrolnego, nie potrafią podać daty ostatniej miesiączki. Rzadko stosuje się także testy ciążowe, więc kobiety zazwyczaj wnioskuje o rozwijającej się ciąży po charakterystycznych objawach

- braku krwawienia i rosnącym brzuchu. Przeważnie także kobiety nie czują potrzeby kontrolowania czy ciąża przebiega prawidłowo i rzadko zgłaszają się do położnej czy lekarza, najczęściej wtedy, kiedy czują się gorzej.

Co robić? Bardzo potrzebne są działania edukacyjne skierowane do młodych migrantek z krajów afrykańskich. Kiedy przychodzą one na wizytę do poradni warto zobowiązać je do przyścia na kolejną wizytę w wyznaczonym przez personel medyczny terminie. Afrykanki wychowane są w kulturze hierarchicznej, a więc przyjmą i dostosują się do poleceń osoby, która jest autorytetem. Ważnym argumentem dla wielu migrantek okazują się także przepisy dotyczące możliwości uzyskania świadczeń pomocowych, uzależnionych od regularnej kontroli lekarskiej.

CIĄŻA TRZYMANA W TAJEMNICY

Innym ważnym aspektem jest fakt, że w większości krajów afrykańskich obowiązuje zwyczaj utrzymywania ciąży w tajemnicy. Niemówienie o ciąży, czy ukrywanie tego stanu, wiąże się z tym, że jest to stan wstydlivy, zbyt dosłownie dotyczący fizjologii i będący dowodem na współżycie małżonków. Trzymanie ciąży w tajemnicy ma ponadto funkcje ochronne: zabezpiecza ciężarną i jej dziecko przed przekleństwami, które mogłyby być rzucone przez nieprzychylną osobę, z chęci zemsty za przewinięcia kogoś z rodziny, także przodków. Ciężarne funkcjonują więc zupełnie zwyczajnie – pracują, zajmują się domem i dziećmi, aż do momentu rozpoczęcia się porodu, którego już ukryć się nie da. Migrantki z krajów afrykańskich przebywające w Polsce także poddają się tym zwyczajom.

Co robić? Warto porozmawiać z Afrykankami o tym jak postrzegana i traktowana jest ciąża w Polsce. O tym, jak kobiety z dumą prezentują rosnące brzuszki i interesują się rozwojem malucha na każdym etapie. A przede wszystkim o tym, że systematyczna kontrola lekarska pozwala lepiej zadbać o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka i mamy, niż uleganie przesądom.

WIELOŻEŃSTWO

W wielu krajach afrykańskich wyznawcy islamu mogą praktykować wielożeństwo. W Tanzanii jest to uregulowane prawnie i na uczestnictwo w małżeństwie poligamicznym muszą zgodzić się wszystkie strony, co dzieje się podczas rejestracji nowego małżeństwa. Zarówno żona, jak i mąż deklarują wówczas, czy godzą się na małżeństwo monogamiczne, czy też dopuszczają możliwość rozszerzenia rodziny o kolejną żonę dla męża. Rodziny przyjeżdżające do Polski z tych krajów to często rodziny poligamiczne.

Co robić? Mimo, że wielożeństwo w Polsce jest niedopuszczalne, są sytuacje kiedy sprzyja ono kobiecie. Kobieta z takiej rodziny, rodząca kolejne dziecko, może spokojnie zająć się tylko swoim zdrowiem i noworodkiem. Jej obowiązki przejmują wówczas pozostałe żony.

PRZESADY ZWIĄZANE Z CIAŻĄ I PORODEM

Powikłania podczas porodu interpretowane są jako oznaka zdrady ze strony męża. W związku z tym mężowie niechętnie wyrażają zgodę na przykład na zakończenie porodu cesarskim cięciem, bo tym samym przyznaliby się do zdrady. Pozycja mężczyzny jest wyższa niż kobiety, dlatego tylko on może zgodzić się na badanie lub na jakiegokolwiek ingerencje medyczne.

Co robić? Kluczowe znaczenie ma dokładne wyjaśnienie kobiecie i jej mężowi, z jakiego powodu doszło do powikłań w czasie porodu i podkreślenie, że działa w ten sposób fizjologia, a nie magia. Warto także odwołać się do odpowiedzialności mężczyzny za żonę i rodzinę, która pozwoli mu podjąć słuszną i korzystną dla żony decyzję. Sprawa jest prosta jeśli kobieta rodzi bez obecności męża. Wówczas nie musi on włączać się w proces podejmowania decyzji.

ZAKAZ KRZYCZENIA I PŁAKANIA

Podczas porodu kobiety obowiązuje zakaz krzyczenia i płakania, co ma uchronić je przed szaleństwem. Zasada ta często obejmuje także sytuację straty dziecka przy porodzie. Choroby i śmierć dzieci są wpisane w funkcjonowanie bardzo wielu rodzin afrykańskich. Większość kobiet traci przynajmniej jedną z ciąży, lub jedno z gromadki dzieci. Niepewna sytuacja zdrowotna i duże zagrożenie życia zwłaszcza u najmłodszych dzieci sprawiają, że kobiety w krajach afrykańskich zachodzą w kolejne ciąży i rodzą kolejne dzieci, mając nadzieję, że przynajmniej część z nich przeżyje i będzie zdrowa.

Co robić? Wyparcie negatywnych emocji w sytuacji śmierci dziecka jest mechanizmem pozwalającym dostosować się matkom do brutalnej rzeczywistości, w której ich dzieci przegrywają walkę o życie. Kobieta nie może pozwolić sobie na przeżywanie bólu i rozpacz po stracie dziecka, ponieważ musi zająć się starszymi dziećmi. Kobietom z krajów afrykańskich rodzącym w Polsce warto powiedzieć, o tym jak działa opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem w naszym kraju, oraz, że dzięki opiece medycznej udaje się zapobiec lub poradzić sobie z większością zagrożeń zdrowotnych i zadbać o dobre zdrowie dziecka.

HIV, A KARMIEPIERSIĄ

Rodzące zakażone wirusem HIV, ale przyjmujące leki antyretrowirusowe w Afryce karmią piersią do ukończenia przez nie szóstego miesiąca życia. W Polsce obowiązują inne przepisy, które nie zezwalają kobiecie zarażonej HIV na karmienie piersią. Afrykanki, które rodzą dzieci w Polsce, chcą karmić je piersią bez względu na to, czy są zdrowe, czy chore.

Co robić? W krajach afrykańskich, gdzie HIV zbiera ogromne żniwo, kobiety karmią dzie-

ci piersią mimo zarażenia wirusem HIV – głównie dla tego, że mleko modyfikowane jest praktycznie niedostępne. Kobiетom rodzącym w Polsce warto powiedzieć o możliwości karmienia noworodka mieszanką, a także o obowiązującym standardzie w zakresie opieki okołoporodowej nad ciężarną i rodzącą zarażoną HIV.

DZIECI TO BOGACTWO

Kobiety w kulturze afrykańskiej rodzą dzieci i dbają o rodzinę, czyli tworzą i wzmacniają coś, co jest ogromną wartością. Rodząc pierwsze i kolejne dzieci, kobieta umacnia swoją pozycję w hierarchii społecznej. Jako żona i matka jest bardziej szanowana niż kobieta niezamężna lub bezdzietna. Mężczyznom także zależy na dużej ilości dzieci, które traktowane są w krajach afrykańskich, jako majątek rodziców. Dzieci stanowią także zabezpieczenie przyszłości rodziców, mają bowiem obowiązek utrzymywania ich na starość. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni dążą do posiadania liczego potomstwa, jednak niekiedy duża liczba ciąż i porodów jest dla kobiety wyraźnym obciążeniem.

Co robić? Warto wyjaśnić kobiecie i jej mężowi, jakie mogą być konsekwencje kolejnej ciąży dla jej zdrowia. Zaproponować jej działania, którymi może zadbać o siebie i podreperować zdrowie. Być może nie uda się odwieść pary, a zwłaszcza mężczyzny, od dalszej prokreacji, ale ważne jest aby pokazać kobiecie w jaki sposób powinna dbać o siebie po porodzie i na co zwrócić uwagę przed kolejną ciążą. Dużo większym zainteresowaniem cieszą się wśród Afrykanek wszelkie inicjatywy edukacyjne związane z opieką i zdrowiem dzieci, niż na przykład świadomym planowaniem rodziny i opieką prenatalną.

WYJŚCIE ZE SZPITALA PO KILKU GODZINACH.

Afrykanki w swoich krajach zaraz po porodzie wracają do codziennych obowiązków, do opieki nad starszymi dziećmi i domem. Te które rodzą kolejne dzieci w Polsce również często domagają się możliwości wyjścia do domu już w kilka godzin po porodzie.

Co robić? Warto w takiej sytuacji przekonać męża rodzącej do tego, aby pozwolił jej zostać w szpitalu dłużej. Dobrym argumentem jest dla mężów informacja, że dzięki opiece personelu medycznego w szpitalu kobieta szybciej stanie na nogi, będzie się lepiej czuła, a po powrocie do domu będzie bardziej samodzielna.

Komunikacja międzykulturowa na sali porodowej

Dla kobiety poród w innej kulturze jest niezwykle trudnym doświadczeniem, ponieważ poprzez barierę językową nie może wyrażać swoich potrzeb, obaw czy oczekiwań, a zatem nie ma wystarczającego wpływu na swoją sytuację. Dla położnych, lekarek i lekarzy, odpowiedzialnych za opiekę nad kobietą, jest to także trudna sytuacja, gdyż nie znają dokładnie historii ciąży, nie mają jak zebrać potrzebnych informacji, a jednocześnie muszą wspierać rodzącą, działając trochę na wycucie.

Komunikowanie się mimo wyraźniej bariery językowej jest dużym wyzwaniem dla obu stron. Potrzeba ogromnego zaangażowania, elastyczności, uważności, uruchomienia języka pozawerbalnego, gestów, rysowania obrazków, pokazywania ciałem. Czasami mimo tego, i tak może się okazać, że porozumienie się nie jest możliwe. Nakłady są duże, a szansa powodzenia niepewna. Jednak płynie z tego inna, bardzo ważna korzyść, która sprawia, że warto to robić. Próby komunikacji niewerbalnej bardzo angażują obie strony i sprawiają, że czują się dla siebie ważne w komunikacji, a to już bardzo ułatwia dalszą współpracę, nawet obarczoną nieporozumieniami.

CO ZROBIĆ, ŻEBY LEPIEJ RADZIĆ SOBIE W KONTAKTACH MIĘDZYKULTUROWYCH?

1. Podchodź z szacunkiem do różnorodności

Postawa szacunku i akceptacji jest bardzo wyraźnie wyczuwana w kontakcie pomiędzy przedstawicielkami i przedstawicielami różnych kultur. Pozwala także na bardziej skuteczne komunikowanie się. Co ważne, nawet jeśli nie uda się dojść do porozumienia, to po kontakcie pełnym szacunku pozostaje pozytywne wrażenie.

2. Zaakceptuj niepewność i dwuznaczność

Praca w środowisku międzykulturowym może dostarczać więcej doświadczeń, w których

pojawia się uczucie niepewności. Warto zaakceptować ten fakt i starać się czerpać z każdego kontaktu międzykulturowego wiedzę i umiejętności przydatne na przyszłość.

3. Pamiętaj o tym, że kultura ma wpływ na to, jak się zachowują ludzie i co jest dla nich ważne

Kultura wpływa na zachowanie i myślenie każdego człowieka, na nasze również. Często nie zwraca się uwagi na swoje własne uwarunkowania kulturowe i przyjmuje się, że są one uniwersalne. Ten błąd popełniają przedstawiciele wszystkich kultur świata i dopiero w kontakcie z odmiennością konfrontują się z różnicami, które trudno jest zrozumieć.

4. Postaw się na miejscu innych

Nie łatwo jest rodzić dziecko w obcym kraju, w otoczeniu ludzi mówiących nieznanym językiem, zachowujących się w niezrozumiały sposób. W swojej kulturze kobiety i mężczyźni czują się jak ryba w wodzie, ale poza nią nawet najprostsze codzienne czynności nie są już oczywiste. Czasami popatrz na świat oczami migrantek, którym towarzyszysz w porodzie. Pomyśl o tym, jakie obawy i oczekiwania pojawiłyby się u Ciebie, gdybyś była/był na ich miejscu.

5. Szczerze rozmawiaj

Mów jasno o swoich ograniczeniach i zasadach, którym podlegasz. Jeśli czyjeś zachowanie jest dla Ciebie niezrozumiałe, przyznaj to i poproś o wyjaśnienie. Przy dobrej relacji z rodzącymi i ich rodzinami, opartej na szacunku i zaufaniu, możesz się od nich wiele nauczyć i wspólnie z nimi ustalić ważne dla obu stron sprawy.

6. Pamiętaj, że istnieje więcej niż tylko jedna metoda działania

Warto pamiętać o swoich uwarunkowaniach kulturowych i próbować nowych rozwiązań. Kobiety z różnych krajów mają bardzo różne zwyczaje związane z ciążą, porodem i opieką nad dzieckiem. Wszystkie jednak chcą dla dziecka tego samego: zdrowia i bezpieczeństwa.

7. Zawsze możesz być zrozumiana/zrozumiany inaczej niż byś chciała/chciał.

W kontakcie z przedstawicielkami i przedstawicielami różnych kultur warto stosować techniki aktywnego słuchania i parafrazowania, ponieważ zmniejszają one ryzyko nieporozumień i pomagają w skutecznej komunikacji. Jednocześnie, podejmując wszelkie

starania ku temu, aby poprawić jakość komunikacji, warto pamiętać, że mimo wszystko rozmówczyń/ rozmówca z innego kraju może zrozumieć to inaczej – zgodnie ze swoim systemem wartości kulturowych.

8. Wierz w dobre intencje

Nieporozumienia kulturowe mogą zdarzać się bardzo często. Ważne jednak jest, aby umieć oddzielić nieporozumienia od ludzi, uczyć się z nieporozumień, ale nie dyskredytować ludzi. Większość nieporozumień kulturowych wynika z innego patrzenia na świat, a nie ze złych intencji którejkolwiek ze stron.

Cudzoziemki rodzące w Polsce - aspekty prawne

BEZPŁATNA POMOC MEDYCZNA W CIĄŻY

Zakres uprawnień, jaki cudzoziemiec lub cudzoziemka mają w Polsce, zależy w dużej mierze od tego, jaki dana osoba ma status prawny w Polsce – to znaczy, jaki dokument uprawnia daną osobę do pobytu w Polsce.

Status prawny wpływa także na dostęp do bezpłatnej pomocy medycznej dla kobiet cudzoziemskich w ciąży oraz możliwości ubezpieczenia w Polsce.

Dokumentem uprawniającym pacjentkę do pobytu w Polsce może być wiza lub karta pobytu (wydawana po uzyskaniu zezwolenia na pobyt). Istnieje wiele rodzajów wiz i wiele rodzajów kart pobytu – które dają różne przywileje i uprawnienia.

Cudzoziemcy mogą posiadać prawo pobytu w Polsce na stałe lub na określony czas. Osoby, które posiadają prawo stałego pobytu mają takie same prawa w Polsce jak Polacy (z wyjątkiem praw politycznych). Prawa osób z zezwoleniem na pobyt na określony czas są bardziej ograniczone.

Prawo stałego pobytu – może być obecnie wydawane w formie zezwolenia na osiedlenie się albo status rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej. Cudzoziemki mają wówczas karty stałego pobytu wydawane na 10 lat (i przedłużane). Cudzoziemki, które posiadają prawo stałego pobytu, mogą korzystać z publicznego systemu pomocy medycznej w sprawach związanych z ciążą bezpłatnie.

Prawo czasowego pobytu – może być wydane cudzoziemcowi w formie wizy lub zezwolenia na pobyt czasowy w Polsce. Wizy, wydawane przed wjazdem do Polski, mają czas ważności co najwyżej jeden rok – i kształt wlepki lub stempla w paszporcie. Zezwolenia na pobyt czasowy mogą być wydawane na okres do trzech lat – są wydawane już w Polsce. Pacjentka, która posiada takie zezwolenie, będzie posiadała polską kartę czasowego pobytu, podobną w formie do polskiego dowodu osobistego. Pacjentki z tym rodzajem statusu

prawnego potrzebują być ubezpieczone, aby skorzystać z opieki medycznej bezpłatnie.

Status uchodźcy i inne formy ochrony. Do Polski przybywają też cudzoziemcy, którzy uciekają ze swoich krajów przed prześladowaniem i szukają ochrony. Takie osoby mogą uzyskać w Polsce status uchodźcy lub inne formy ochrony (ochrona uzupełniająca, status tolerowany). Osoby posiadające taki status mają w Polsce uprawnienia podobne, jak osoby posiadające prawo stałego pobytu. Status uchodźcy udzielany jest bezterminowo.

Warto wiedzieć, że legalizacja pobytu w Polsce jest dla wielu cudzoziemców i cudzoziemek kwestią skomplikowaną i czasochłonną – wiąże się z poczuciem niepewności, lękiem, stresem, także kosztami. Oczekiwanie na decyzję w sprawie legalizacji może trwać miesiąc – ale może też trwać pół roku lub więcej. Osoba wnioskująca o prawo pobytu w Polsce musi wykazać szereg okoliczności, przedstawić dokumenty, które uzasadniają jej potrzebę pobytu w Polsce. Kobieta, która w okresie okołoporodowym musi dodatkowo myśleć o legalizacji pobytu swojego i dziecka może być dodatkowo obciążona stresem i przeżywać napięcie i strach – którego bezpośrednim powodem nie będzie sam poród. Jej sytuacja prawna może więc mieć istotny wpływ na samopoczucie w okresie porodu.

PRAWA PACJENTA

Wszystkie pacjentki, niezależnie od rodzaju posiadanego zezwolenia na pobyt, mają prawo korzystać z praw pacjenta, a więc między innymi:

- prawo do uzyskania informacji na temat swojego stanu zdrowia, w zrozumiałym języku
- prawo do tajemnicy informacji
- prawo do poszanowania intymności i zachowania godności (co jest szczególnie ważne, biorąc pod uwagę różnice kulturowe i inne postrzeganie intymności w różnych kulturach)
- prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (ważne w kontekście trudności w komunikacji – nie mogą one jednak spowodować, że pacjentka nie ma możliwości wyrażenia świadomie zgody na te świadczenia)
- prawo do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego (te koncepty także inaczej funkcjonują w innych kulturach)
- prawo do opieki duszpasterskiej (trzeba pamiętać, że wśród cudzoziemek są pacjentki innego wyznania). Warto wiedzieć w tym kontekście, że w Polsce funkcjonują parafie wielu wyznań, także cerkiew i meczet

Polskie przepisy nie zobowiązują szpitali do informowania pacjentów o ich prawach w języku zrozumiałym dla osób nieposługujących się językiem polskim. Rzecznik Praw Pacjenta podkreśla jednak, że wytyczne Rady Europy w tej dziedzinie zachęcają, aby wszelkie informacje medyczne przekazywać pacjentom w sposób dla nich zrozumiały. Nie zawsze jest możliwe skorzystanie z tłumacza podczas kontaktu z cudzoziemką w ciąży – dlatego warto szukać wszelkich innych dostępnych sposobów skutecznego porozumienia się z pacjentką wcześniej, niż w dniu porodu. Pomocny w tej dziedzinie może być kontakt z organizacjami pozarządowymi wspierającymi cudzoziemców, przygotowanie mini-słownika z ważnymi sformułowaniami, czy planszy z ilustracjami, która może być narzędziem przekazywania ważnych informacji tak, aby pacjentka nieposługująca się językiem polskim mogła korzystać z przysługujących jej praw.

Polecana literatura

Zainteresowanym polecamy poniższe publikacje dotyczące opieki zdrowotnej w kontekście różnorodności kulturowej:

1. Baranowska B., Piegat-Kaczmarczyk M. (red.), *Aspekty zdrowia reprodukcyjnego kobiet w różnych kontekstach kulturowych*, Fundacja Kultury Świata, 2014
2. Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, PZWL, 2010
3. Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek- Tęcza B. (red.), *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, 2010

Oraz publikacje dotyczące różnic kulturowych i komunikacji międzykulturowej:

1. Ager-Adajew I., *Kamienie mówią: dzieje i kultura Czechenów*, Warszawa, Instytut Kultury Narodów Kaukazu, 2005
2. Bolten J., (2006) *Interkulturowa Kompetencja*, Wydawnictwo Naukowe UAM
3. Borowiak A., Szarota P. (red.), *Tolerancja i wielokulturowość*, Warszawa, Wydawnictwo SWPS Academica, 2004
4. Grzymała-Moszczyńska H., *Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami*, Kraków, Nomos, 2000
5. Hall E., *Ukryty wymiar*, Warszawa, Wyd. Literackie MUZA, 2003
6. Marcjanik M. (red.), *Grzeczność nasza i obca*, Warszawa, Wydawnictwo Trio, 2005
7. Matsumoto D., Juang L. (red.), *Psychologia międzykulturowa*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007
8. Price W.F., Crapo R.H., *Psychologia w badaniach międzykulturowych*, Sopot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2003
9. Szarota P., *Psychologia uśmiechu*, Sopot, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006
10. Szopski M., *Komunikowanie międzykulturowe*, Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, 2005
11. Ząbek M. (red.), *Między piekłem a rajem. Problemy adaptacji kulturowej uchodźców i imigrantów w Polsce*, Warszawa, Wydawnictwo Trio, 2002

Autorki/ konsultantki/ koordynatorka projektu

MARTA PIEGAT-KACZMARCZYK

Współautorka publikacji. Psycholożka międzykulturowa, z dziećmi i młodzieżą pracuje od 1998 roku, z cudzoziemcami od 2000 roku. Prowadzi sesje indywidualne, grupy wsparcia, warsztaty rozwojowe i szkolenia dotyczące rozwoju osobistego, radzenia sobie ze stresem, lękiem, żalem po stracie oraz z kompetencji międzykulturowych. W ramach projektu „Jestem mamą w Polsce” prowadzi szkoły rodzenia, grupy wsparcia i konsultacje indywidualne dla migrantek. Autorka wielu publikacji z zakresu psychologii, edukacji i komunikacji międzykulturowej.

AGNIESZKA KOSOWICZ

Współautorka publikacji. Założycielka i prezeska Fundacji Polskie Forum Migracyjne. Jest autorką i realizatorką wielu projektów społecznych dotyczących tematów informacyjnych i integracyjnych. Z wykształcenia dziennikarka i specjalistka PR (UW). W latach 2000-2006 pełnomocnik ds. informacji w warszawskim Przedstawicielstwie Biura Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców (UNHCR). Doświadczona autorka i redaktorka (7 lat pracy w zawodzie dziennikarza i redaktora, autorka i współautorka kilkunastu publikacji książkowych dotyczących migracji i międzykulturowości, autorka monografii „Working Together: 15 lat UNHCR w Polsce”).

KAROLINA CZERWIŃSKA

Koordynatorka projektu „Jestem mamą w Polsce”. Z wykształcenia antropolożka kultury oraz doświadczona menedżerka projektów społecznych i kulturalnych.

JOANNA PIETRUSIEWICZ, ANNA OTFFINOWSKA

Konsultantki publikacji.



Projekt „**Jestem Mamą w Polsce**” to międzykulturowe szkoły rodzenia, grupa wsparcia dla mam z różnych stron świata oraz warsztaty kompetencji rodzicielskich, skierowane do migrantek mieszkających w Polsce. W ramach projektu odbyły się także szkolenia dla lekarzy i położnych z zakresu komunikacji międzykulturowej i pracy z pacjentką-cudzoziemką. Efektem projektu jest także broszura na temat ciąży, porodu i pielęgnacji noworodka, opublikowana w języku angielskim, rosyjskim, wietnamskim, arabskim i polskim. Więcej informacji: www.mamawpolsce.wordpress.com.



Twój 1% podatku pomoże nam realizować projekt „Jestem mamą w Polsce”.
Prosimy o wpisanie naszego numeru KRS w formularzu PIT.

KRS Fundacji Polskie Forum Migracyjne: 0000272075



Publikacja dostępna na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa - Użycie
niekomercyjne - Na tych samych warunkach 3.0 Polska

www.forummigracyjne.org
www.rodzicpoludzku.pl



Projekt „Jestem mamą w Polsce” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu na rzecz Integracji Obywateli Państw Trzecich i budżetu państwa, w edycji 2013.

www.mamawpolsce.wordpress.com