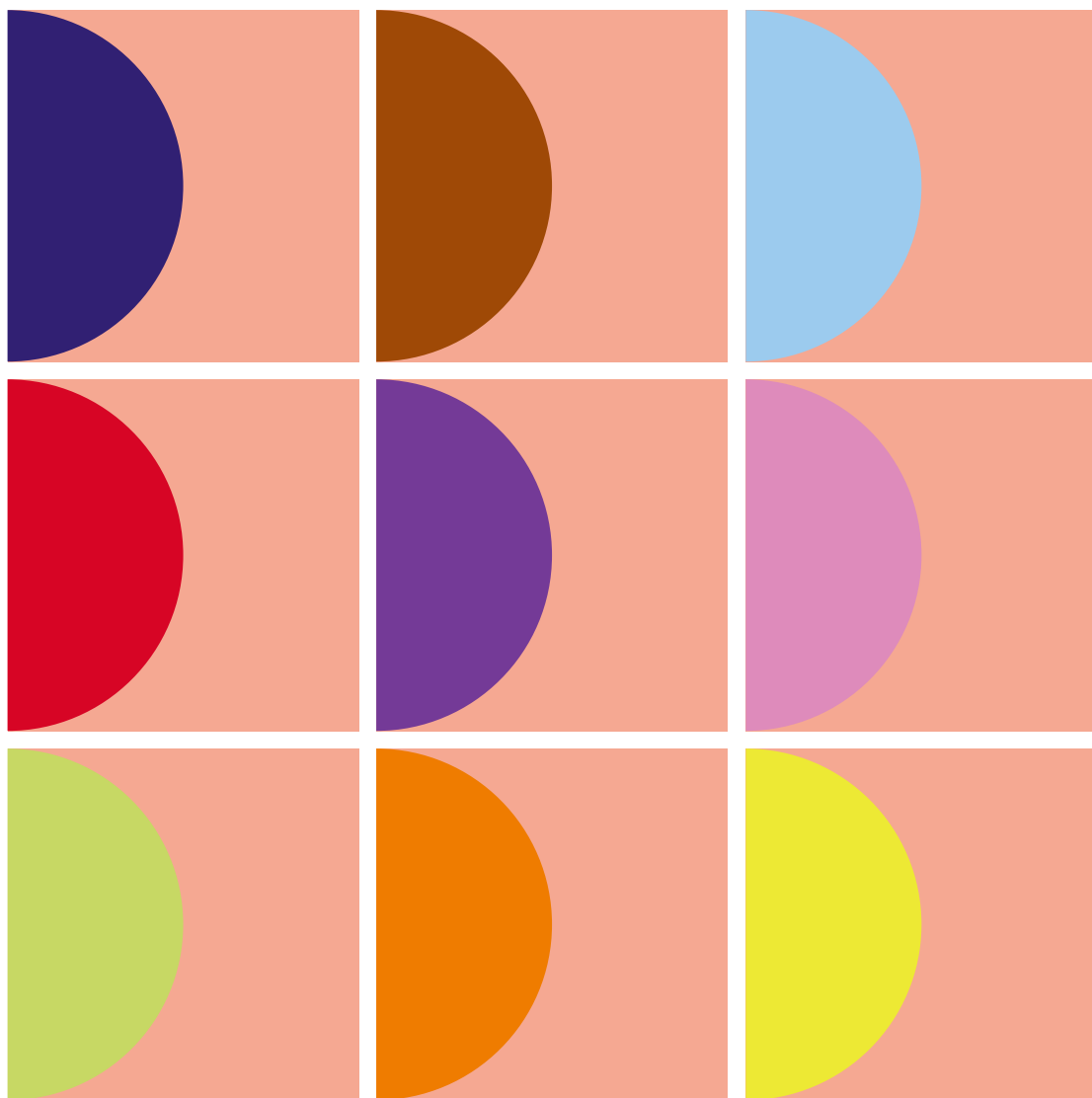


Wsparcie uchodźczyń i migrantek w okresie okołoporodowym

FUNDACJA Polskie
Forum
Migracyjne

Praktyczny przewodnik dla pracowników i pracowniczek służby zdrowia



Koncepcja: Weronika Brączek

Redakcja tekstów: Anna Nowakowska

Teksty: Hanna Kamińska, Marta Piegat-Kaczmarczyk, Julia Walatek, Agnieszka Carrasco-Żylicz,
Mariana Guzar, Marharyta Olshanska, Karolina Madej, Ewelina Łapińska

Projekt graficzny i skład: Alicja Kobza Studio

FUNDACJA
**Polskie
Forum
Migracyjne**

Forum Migracyjne www.forummigracyjne.org

info@forummigracyjne.org



W latach 2024–2025 działania na rzecz kobiet w ciąży, młodych mam i dzieci z doświadczeniem uchodźstwa i migracji były realizowane przez Fundację Polskie Forum Migracyjne dzięki wsparciu UNFPA – Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych.

Warszawa, 2025

Spis treści

4	1. Wstęp
6	2. Psychologiczne wsparcie migrantek w okresie okołoporodowym
20	3. Opieka okołoporodowa nad kobietami z różnych kręgów kulturowych – praktyczne wskazówki
36	4. Międzykulturowe szkoły rodzenia
60	5. Konsultacje indywidualne
69	6. Ciało, oddech i obecność – techniki somatyczne wspierające kobiety migranckie w okresie okołoporodowym
74	7. Jak dbać o swój dobrostan? Krótki przewodnik dla położnych pracujących z kobietami z różnych kultur.
84	8. Wsparcie kobiet w okresie okołoporodowym po doświadczeniu przemocy.
92	9. Praca z pacjentką po doświadczeniach traumatycznych
102	10. Prawo do opieki
111	11. Opieka okołoporodowa nad migrantkami - wyniki grup fokusowych z udziałem położnych

Polska jest domem dla tysięcy kobiet z doświadczeniem migracji korzystających z opieki ginekologiczno-położniczej w okresie okołoporodowym. Przybywają z różnych części świata, często niosą ze sobą doświadczenia straty, rozłąki, przemocy czy przymusowej ucieczki, a mimo to wykazują niezwykłą siłę i determinację. Wielokrotnie zmagają się z nieznajomością języka, odmiennymi zwyczajami i przepisami oraz brakiem sieci wsparcia, którą wcześniej tworzyły ich matki, siostry i przyjaciółki.

Ta grupa kobiet jest niezwykle zróżnicowana – obejmuje migrantki i uchodźczynie o różnym statusie prawnym, kobiety samotne oraz te z rodzinami, młodsze i starsze, oczekujące pierwszego lub kolejnego dziecka. Ich ciąża i poród przebiegają w rozmaitych okolicznościach: mogą być planowane lub nieoczekiwane, następować po doświadczeniu przemocy lub gwałtu, dotyczyć kobiet po obrzezaniu rytualnym lub przeżywających żalobę po stracie bliskiej osoby. Mimo tej różnorodności łączy je wspólne doświadczenie migracji, poczucie niepewności i potrzeba wsparcia w okresie okołoporodowym. W tym czasie kluczową rolę odgrywa profesjonalna, empatyczna opieka położnych i psycholożek – to one często są pierwszymi osobami, którym kobiety w ciąży mogą zaufać i przy których mogą poczuć się bezpiecznie.

Fundacja Polskie Forum Migracyjne od lat wspiera migrantki i uchodźczynie w Polsce, oferując im dostęp do edukacji okołoporodowej, opieki położniczej oraz pomocy psychologicznej i prawnej. Prowadzimy międzykulturowe szkoły rodzenia, grupy wsparcia oraz konsultacje indywidualne z położnymi i psycholożkami, dzięki którym kobiety mogą przygotować się do porodu w atmosferze zrozumienia i szacunku. Organizujemy także szkolenia dla położnych, wydajemy publikacje i prowadzimy działania rzecznicze.

Niniejszy przewodnik poświęcony jest kompleksowemu wsparciu migrantek w okresie okołoporodowym, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb fizycznych, emocjonalnych i kulturowych. Zawiera praktyczne wskazówki dla położnych i pracowników służb medycznych dotyczące opieki nad kobietami z różnych kręgów kulturowych, prowadzenia międzykulturowych szkół rodzenia oraz konsultacji indywidualnych. Autorki publikacji omawiają znaczenie psychologicznego wsparcia, technik somatycznych, pracy z ciałem i oddechem, a także podpowiadają, jak dbać o własny dobrostan. Poruszają również temat towarzyszenia kobietom po doświadczeniu przemocy i traumy oraz zagadnienia związane z prawem do opieki okołoporodowej. Całość uzupełniają wyniki badań fokusowych z udziałem położnych, które pokazują wyzwania i dobre praktyki w opiece okołoporodowej nad migrantkami w Polsce.

W zespole PFM chcemy wspierać położne w budowaniu kompetencji międzykulturowych i psychologicznych, tak aby każda kobieta – niezależnie od języka i pochodzenia – mogła czuć się bezpiecznie podczas porodu, przeżyć go z godnością i spokojem. Powstanie tej publikacji nie byłoby możliwe bez wyjątkowych kobiet związanych w przeszłości i dziś z naszą Fundacją, są to w szczególności Marta Piegat-Kaczmarczyk, Hanna Kamińska, Marharyta Olshanskia, Julia Walałek, Agnieszka Carrasco-Żylicz, Mariana Guzar, Ewelina Łapińska, Karolina Madej oraz cały zespół PFM. To ich obecność, zaangażowanie i profesjonalizm sprawiły, że publikacja jest spójna i wartościowa merytorycznie.

Wyrazy wdzięczności kierujemy również do UNFPA – Funduszu Ludnościowego Narodów Zjednoczonych – za eksperckie wsparcie, a przede wszystkim za dofinansowanie, dzięki któremu realizacja “Programu wsparcia kobiet” była możliwa.

Weronika Brączek

2

Psychologiczne wsparcie migrantek w okresie okołoporodowym



Marharyta Olshanska
psycholożka



Wprowadzenie – sytuacja migrantek w Polsce

W ostatnich latach Polska stała się miejscem schronienia i nowego początku dla tysięcy kobiet z doświadczeniem migracji, zwłaszcza z Ukrainy, Białorusi, Kaukazu i z różnych części Azji. Coraz częściej migrantki są pacjentkami w gabinetach ginekologicznych, na oddziałach położniczych, uczęszczają też do szkół rodzenia. W 2023 roku niemal co piętnaste dziecko w Polsce urodziła kobieta z doświadczeniem migracji. Dominującą grupę stanowiły Ukrainki, ale coraz częściej pojawiały się też kobiety z Indii, Wietnamu, Gruzji, Filipin czy Ameryki Południowej. Dla wielu z nich poród w Polsce to nie tylko przeżycie fizyczne, ale również głęboko emocjonalne i kulturowe wyzwanie. Kobiety przyjeżdżające z innych krajów często czują się zagubione w nowym systemie, niepewne, co je czeka i pozbawione wsparcia, do którego były przyzwyczajone w swoich rodzinnych społecznościach. Tu, w Polsce, trafiają do placówek, w których nie zawsze mogą liczyć na komunikację w zrozumiałym dla siebie języku. Bariery językowe to codzienność – utrudniają kobietom zarówno zrozumienie dokumentacji medycznej, jak i dogadanie się z personelem medycznym. Brak zrozumienia może wywołać u ciężarnej lęk, napięcie, a nawet zmienić poród w traumatyczne doświadczenie.

Ważnym wyzwaniem są również różnice kulturowe. To, co dla polskich pacjentek jest oczywiste, dla migrantek może być niezrozumiałe lub wręcz nieakceptowalne. Takimi zagadnieniami są m.in.: podejście do bólu porodowego, sposób komunikacji z personelem, rola męża lub matki przy porodzie, a także tradycje związane z położeniem. Bagatelizowanie tych różnic może sprawić, że kobieta będzie się czuła nierozumiana i odrzucona. Warto, aby położna miała świadomość, że kobiety migrujące bardzo często zmagają się nie tylko z codziennymi trudnościami związanymi z adaptacją, ale także z doświadczeniem straty: domu, bliskich, języka, stabilności. Niektóre z nich musiały opuścić swój kraj pod przymusem i mają za sobą traumatyczne przeżycia związane z wojną i przemocą. Takie doświadczenia wpływają na sposób przeżywania ciąży, porodu i macierzyństwa. Nawet jeśli z zewnątrz kobieta wydaje się spokojna i zdystansowana, w rzeczywistości może doświadczać głębokiego, wewnętrznego niepokoju lub być w stanie zamrożenia emocjonalnego.

W kwestii dostępu do systemu ochrony zdrowia sytuacja migrantek nie jest jednolita. Kobiety z udokumentowanym pobytem i numerem PESEL mają zazwyczaj

pełne prawo do opieki ginekologiczno-położniczej oraz do wsparcia okołoporodowego w ramach NFZ. Problem pojawia się, jeśli kobieta dopiero czeka na decyzję urzędu ds. cudzoziemców, przebywa na wizie humanitarnej lub jest w trakcie procesu uchodźczego. W takich sytuacjach dostęp do świadczeń zdrowotnych bywa niepełny, a opieka psychologiczna jest często poza zasięgiem rodzącej – zarówno finansowym, jak i organizacyjnym. Warto też pamiętać, że wiele kobiet, nawet jeśli formalnie ma prawo do wsparcia, nie wie o tym. Brakuje przystępnych informacji w ich językach o przebiegu ciąży i porodu w polskich warunkach. To właśnie położna jest często pierwszą osobą, która wyjaśnia kobiecie, co jej przysługuje jako ciężarnej, jak wygląda system ochrony zdrowia, do kogo może się zwrócić o pomoc. Położna może też zauważyć pierwsze sygnały napięcia emocjonalnego, przemęczenia, depresji czy lęku i odpowiednio na nie zareagować.

Dla wielu migrantek poród w Polsce to test ich odporności, samotności, poczucia bezpieczeństwa i wiary w ludzi. Zrozumienie, cierpliwość i życzliwość położnej mogą stać się dla migrantki źródłem siły i pomóc jej zakorzenić się w nowym miejscu. Dlatego tak ważne jest, by położne pracujące w Polsce miały świadomość tego, że różnorodność kulturowa to nie utrudnienie, lecz zasób. Otwartość, wiedza i uważność mogą sprawić, że kobieta, która przybyła w nieznane, poczuje się bezpieczna, zaopiekowana i szanowana. A to fundament dobrej opieki okołoporodowej – niezależnie od języka i kraju pochodzenia.



Czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych w okresie perinatalnym u migrantek

Współczesne badania oraz doświadczenia praktyków pokazują wyraźnie, że kobiety z doświadczeniem migracji są znacznie bardziej narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym. Z perspektywy położnej oznacza to konieczność szczególnej uważności nie tylko na fizyczne objawy, ale także na te emocjonalne i psychiczne. Najczęstszym zaburzeniem u kobiet w ciąży i po porodzie jest depresja poporodowa. U migrantek jej rozpoznanie może być trudniejsze, ponieważ rzadko mówią one wprost o swoich emocjach. Czasem to, co z zewnątrz wygląda na zmęczenie, wycofanie lub „bycie dzielną”, w rzeczywistości jest objawem głębokiego smutku, braku poczucia sensu lub nawet myśli rezygnacyjnych. Szacuje się, że wśród migrantek depresja poporodowa występuje częściej niż w populacji ogólnej – cierpi na nią co czwarta cudzoziemka. Objawy nasilają się zwłaszcza u tych kobiet, które nie mają stałego miejsca pobytu, doświadczyły traumy lub nie mają wsparcia bliskich.

Obok depresji często pojawia się lęk. Niepokój o zdrowie dziecka, o swój status prawny, obawy przed oceną czy przed byciem niezrozumianą – wszystko to może się kumulować i prowadzić do chronicznego napięcia. Konsekwencje są poważne, wśród nich obserwuje się napady paniki, bezsenność, nadmierną czujność czy trudności w nawiązywaniu kontaktu z dzieckiem.

U kobiet, które przeszły przymusową migrację, szczególnie z terenów objętych wojną, może rozwinąć się zespół stresu pourazowego (PTSD). Objawy to m.in. nawracające wspomnienia, unikanie sytuacji kojarzących się z zagrożeniem, nadmierna drażliwość, trudności z koncentracją czy emocjonalne odrętwienie. Poród może nasilać objawy PTSD, stając się wtedy nie tylko fizycznym wyzwaniem, ale także emocjonalnym powrotem do przeszłych traum.

Należy też zwrócić uwagę na czynniki psychospołeczne. Bardzo wiele migrantek doświadcza głębokiej samotności. Często są w Polsce bez partnera, bez rodziny, bez przyjaciół. Nie mają nikogo, z kim mogłyby się dzielić codziennymi trudnościami, kto mógłby ich wysłuchać lub po prostu potrzymać za rękę. Brak wsparcia społecznego to jeden z najważniejszych czynników ryzyka depresji

okołoporodowej. Nawet najlepsza opieka medyczna nie zastąpi kobiecie bliskości drugiej osoby.

Duże znaczenie mają też stereotypy oraz poczucie bycia ocenianą przez innych. Kobiety migranckie często mają wrażenie, że są postrzegane przez pryzmat narodowości lub języka. Niekiedy słyszą, że „przesadzają”, „powinny być wdzięczne” albo że „tu się robi inaczej”. W efekcie wycofują się z relacji z personelem, nie zadają pytań, nie dzielą się wątpliwościami, a ich wewnętrzne napięcie rośnie.

Z perspektywy położnej szczególnie ważne jest:

- Zauważać zmiany nastroju, trudności z nawiązywaniem kontaktu z dzieckiem, skrajne zmęczenie, brak apetytu lub snu.
- Zadawać proste, empatyczne pytania: „Jak się pani czuje psychicznie?”, „Czy ma pani kogoś bliskiego tutaj?”, „Co panią najbardziej teraz martwi?”.
- Nie oceniać, nie porównywać, nie wymuszać „pozytywnego nastawienia”.
- Wiedzieć, do kogo można skierować kobietę – mogą to być np. lokalny psycholog, doula, organizacja migracyjna, grupa wsparcia.
- Pamiętać, że wsparcie emocjonalne to także część opieki położnej. Czasem wystarczy wysłuchać i być obecnym.

Zaburzenia psychiczne w okresie okołoporodowym są częste i uleczalne – ale warunkiem ich rozpoznania i leczenia są uważność oraz empatia osób z pierwszej linii kontaktu. Położne, które widzą kobietę regularnie, są w idealnej pozycji, aby zauważyć pierwsze symptomy trudności. W przypadku migrantek ta rola jest jeszcze bardziej znacząca, bo często to właśnie położna jest jedyną osobą, która zadaje im pytanie: „Jak się pani naprawdę czuje?”.



Rola położnej w rozpoznawaniu problemów i wspieraniu zdrowia psychicznego

Wczesne rozpoznanie problemów psychicznych może znacząco wpłynąć na dalszy przebieg ciąży, jakość porodu i pierwsze miesiące macierzyństwa. Dlatego ważne jest, aby położna była wyczulona na subtelne sygnały, które mogą świadczyć o obniżonym nastroju pacjentki, przewlekłym stresie, lęku czy przebytej traumie. Kluczowe są tutaj trzy źródła informacji: wywiad, obserwacja i codzienny kontakt. Zadawanie prostych, otwartych pytań może otworzyć przestrzeń na rozmowę, której kobieta sama nie zainicjuje. Wystarczy zapytać: „Jak się pani ostatnio czuje? Czy coś niepokoi panią bardziej niż zwykle? Czy ma pani z kim porozmawiać w trudnym momencie?”. Już sama obecność i gotowość do słuchania mogą być dla pacjentki sygnałem, że jej emocje są ważne i że nie musi zmagać się z nimi w samotności.

Równie istotna jest obserwacja. Kobieta, która unika kontaktu wzrokowego, wydaje się nadmiernie wyciszona lub przeciwnie – rozdrażniona i napięta, może sygnalizować wewnętrzne trudności. Zmienność nastroju, chroniczne zmęczenie, trudności z koncentracją, nadmierna troska o dziecko lub wycofanie z relacji z nim – to wszystko może być cennym źródłem informacji o stanie pacjentki.

Nieodłącznym elementem skutecznego wspierania zdrowia psychicznego jest uważność kulturowa. Kobiety z odmiennych kręgów kulturowych mogą w zupełnie inny sposób wyrażać emocje, mieć inne oczekiwania wobec systemu opieki zdrowotnej i inne strategie radzenia sobie ze stresem. Położna nie musi znać każdej kultury – wystarczy, że pozostanie otwarta, nieoceniająca i gotowa do zadawania pytań w duchu ciekawości i szacunku. Zamiast zakładać, warto pytać: „Jak wyglądało to w pani kraju?”, „Czego pani potrzebuje, żeby poczuć się bezpiecznie?” lub „Czy chciałaby pani, żeby coś wyglądało inaczej niż proponujemy?”.

Relacja między położną a pacjentką ma ogromne znaczenie. Nie musi być długa ani bardzo osobista – wystarczy, że będzie autentyczna, oparta na szacunku i życzliwości. Aby zrodziło się zaufanie, potrzebne są drobne oznaki troski, takie

jak: życzliwe spojrzenie, ciepły ton głosu, cierpliwość w tłumaczeniu czy zapamiętanie imienia dziecka. Gdy kobieta czuje się widziana i słyszana, łatwiej otwiera się na pomoc – a to pierwszy krok do zadbania o swoje zdrowie psychiczne. Dlatego tak ważne jest, aby położne nie bały się poruszać tematów emocji i psychicznego dobrostanu. To nie wymaga specjalistycznej wiedzy psychoterapeutycznej – wystarczą obecność, otwartość i gotowość do skierowania pacjentki dalej, jeśli pojawi się taka potrzeba. Dzięki temu położna staje się nie tylko opiekunką zdrowia fizycznego, ale także towarzyszką w budowaniu poczucia bezpieczeństwa i siły u każdej kobiety – bez względu na jej język, pochodzenie czy historię.



Techniki i strategie położnicze wspierające migrantkę

W pracy z kobietami z doświadczeniem migracji nie potrzeba zaawansowanych metod terapeutycznych, aby dać im realne wsparcie psychiczne. Położna, dzięki swojej codziennej obecności i relacji z pacjentką, może stosować proste, ale skuteczne techniki, które zmniejszają napięcie, przywracają poczucie wpływu i pomagają kobiecie odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

Jednym z najprostszych, a zarazem najważniejszych narzędzi jest psychoedukacja. W praktyce oznacza to jasne i spokojne wytłumaczenie kobiecie przede wszystkim tego, co dzieje się w jej ciele i co ją czeka na danym etapie ciąży czy porodu. Ważne jest także, aby przedstawić kobiecie jej prawa i dostępne możliwości – dla migrantek, które nie zawsze znają realia polskiego systemu, taka wiedza ma ogromne znaczenie. Informacje powinny być przekazywane powoli, prostym językiem, z przestrzenią na zadawanie pytań. Warto też upewnić się, że pacjentka rzeczywiście wszystko zrozumiała, a nie zakładać tego z góry.

To normalne, że czuje się pani zagubiona.



Wiele kobiet w takiej sytuacji ma podobne myśli – to nie znaczy, że coś jest z panią nie tak.



Położna może wspierać także poprzez samą obecność. Wystarczy być obok, słuchać uważnie, nie przerywać, nie oceniać. Aktywne słuchanie to nie tylko słyszenie słów, ale też odczytywanie emocji, które za nimi stoją. Warto zostawić przestrzeń na milczenie, spojrzeć w oczy, dać znać, że się rozumie. Można powiedzieć: „To normalne, że czuje się pani zagubiona” albo „Wiele kobiet w takiej sytuacji ma podobne myśli – to nie znaczy, że coś jest z panią nie tak”. Normalizacja emocji to ważna forma wsparcia – daje kobiecie poczucie, że nie jest sama i że jej przeżycia są zrozumiałe.

Dla wielu migrantek to właśnie położna jest „twarzą systemu”, a od relacji z nią zależy, czy poczują się bezpiecznie, czy nie. Dlatego duże znaczenie mają postawa położnej i sposób, w jaki komunikuje się z pacjentką – cierpliwość i spokój pomogą umocnić zaufanie. W tej relacji ważne jest też, by nie narzucać swojej perspektywy, lecz wspierać kobietę w po-

dejmowaniu własnych decyzji, zgodnych z jej wartościami i przekonaniami. Jeśli pacjentka ma swoje zwyczaje, rytuały czy potrzeby wynikające z kultury pochodzenia – warto zapytać o nie i w miarę możliwości uwzględnić je.

Pomocne bywają też drobne gesty: wydrukowanie ulotki w języku ojczystym kobiety, podanie kontaktu do douli lub do fundacji wspierającej migrantki, zaproszenie do grupy wsparcia. Takie działania pokazują, że kobieta nie jest pozostawiona sama sobie – że system może być po jej stronie, a położna naprawdę troszczy się o jej dobrostan. Techniki wsparcia psychicznego nie muszą być skomplikowane. Kluczem jest ciekawość drugiego człowieka i gotowość do spotkania – nie tylko z ciałem rodzącej kobiety, ale i z jej historią, emocjami, wartościami. Właśnie taka postawa buduje zaufanie, które leczy lepiej niż jakiegokolwiek leki.



Współpraca interdyscyplinarna ze specjalistami

Położna nie musi – i nie powinna – być sama w sytuacjach, które wykraczają poza jej kompetencje. Współpraca z innymi specjalistami oraz korzystanie z dostępnych źródeł wsparcia nie świadczą o słabości, ale o profesjonalizmie i trosce o dobro pacjentki. W przypadku migrantek, które doświadczają problemów wielowymiarowych – zdrowotnych, emocjonalnych, językowych i społecznych – taka współpraca staje się wręcz niezbędna.

Szczególną uwagę warto zwrócić na sytuacje wymagające skierowania kobiety do psychologa lub psychiatry. Wskazaniem mogą być m.in.: utrzymujący się przez dłuższy czas obniżony nastrój, płaczliwość, wycofanie, bezsenność, zaburzenia apetytu, nieadekwatne reakcje emocjonalne wobec dziecka, nasilony lęk, ataki paniki, nadmierna czujność, objawy traumy (np. odrętwienie emocjonalne, unikanie kontaktu, „zawieszenie”), a także myśli rezygnacyjne lub samobójcze.

W takich sytuacjach warto najpierw spokojnie i empatycznie porozmawiać z kobietą, upewnić się, że rozumie potrzebę dalszego wsparcia i wtedy zaproponować konkretne rozwiązania. Położna może pomóc w znalezieniu odpowiedniego specjalisty – psychologa, terapeuty, psychiatry – a w razie potrzeby wspólnie z kobietą skontaktować się z odpowiednią instytucją. Warto mieć pod ręką listę organizacji oferujących bezpłatną pomoc psychologiczną w językach obcych, a także znać osoby lub placówki doświadczone w pracy międzykulturowej.

Niezwykle ważnym elementem współpracy jest zaangażowanie tłumaczy. Położna nie musi znać języka pacjentki, by skutecznie się z nią komunikować – wystarczy dostęp do przeszkolonego tłumacza medycznego lub osoby wspierającej komunikację kulturową. Coraz więcej fundacji i organizacji pozarządowych oferuje takie wsparcie. Warto nawiązać z nimi kontakt wcześniej, nie czekać na sytuacje kryzysowe.

Organizacje pozarządowe, doule i lokalne grupy wsparcia to niezastąpione źródła pomocy. Współpraca z nimi pozwala otoczyć kobietę kompleksową opieką – także poza systemem szpitalnym. Doula mówiąca w języku pacjentki może towarzyszyć jej przy porodzie i wyjaśniać procedury, uspokajać ją i wzmacniać jej poczucie

bezpieczeństwa. Grupa wsparcia daje możliwość spotkania z kobietami w podobnej sytuacji, dzielenia się doświadczeniami i pomaga przeciwdziałać samotności.

Dla położnej oznacza to przede wszystkim gotowość do budowania sieci kontaktów. Wystarczy kilka sprawdzonych numerów telefonu, adres mailowy lokalnej fundacji czy ulotka w języku ukraińskim, rosyjskim lub wietnamskim. Można pomyśleć, że to drobiazgi, a jednak mogą one zmienić doświadczenie pacjentki-migrantki na lepsze.

Współpraca interdyscyplinarna nie rozmywa odpowiedzialności, lecz pozwala ją świadomie dzielić. Pokazuje, że opieka nad kobietą w ciąży i połogu to zadanie dla wielu rąk i serc. Dzięki współpracy ze specjalistami różnych dziedzin położna tworzy sieć wsparcia, która może pomóc kobiecie „zakorzenić się” w nowej rzeczywistości.



Podsumowanie i rekomendacje praktyczne

Migracja, ciąża i poród to doświadczenia, które osobno niosą duży ładunek emocjonalny – a razem mogą stanowić dla kobiety ogromne wyzwanie. Położna, która spotyka się z migrantką w tym szczególnym czasie, ma szansę zatroszczyć się nie tylko o jej zdrowie fizyczne, lecz także o jej poczucia bezpieczeństwa, godności i zaufania – do siebie, swojego ciała i nowego otoczenia.

W codziennej praktyce warto pamiętać, że to, co dla jednej pacjentki jest oczywiste, dla innej może być nowe, niezrozumiałe, lub wręcz przerażające. Uwaga, empatia i otwartość kulturowa nie wymagają dodatkowego czasu, a mogą całkowicie odmienić relację z pacjentką.

→ Kluczowe przesłania dla położnych

- Migracja zwiększa ryzyko trudności emocjonalnych i psychicznych, zwłaszcza w okresie okołoporodowym.
- Migrantki rzadko zgłaszają swoje potrzeby emocjonalne wprost – dlatego tak ważna jest uważność i inicjatywa ze strony położnej.
- Komunikacja i relacja oparte na zaufaniu są kluczowe w zapewnieniu bezpieczeństwa emocjonalnego.
- Położna nie musi działać sama – warto korzystać z zasobów lokalnych: psychologów, tłumaczy, NGO, doul, grup wsparcia.
- Każda kobieta – niezależnie od języka, pochodzenia czy statusu prawnego – ma prawo do godnej, empatycznej opieki.

→ Lista dobrych praktyk

1. **Zadawaj pytania otwarte** – np. „Jak się pani czuje?”, „Czego teraz najbardziej pani potrzebuje?”.
2. **Mów prostym, spokojnym językiem** – unikaj żargonu i zbyt szybkiego tempa.
3. **Normalizuj emocje** – przypomnij kobiecie, że strach, smutek czy niepokoje są zrozumiałe.

4. **Uwzględniaj różnice kulturowe** – pytaj, jak coś wyglądało w jej kraju, czy ma specjalne potrzeby.
5. **Daj czas i przestrzeń** – na pytania, milczenie, łzy.
6. **Utrzymuj kontakt z lokalnymi organizacjami wspierającymi migrantki** – miej pod ręką listę kontaktów.
7. **Zachęcaj do skorzystania z pomocy psychologicznej, gdy widzisz niepokojące objawy.**
8. **Szanuj decyzje kobiety** – nawet jeśli różnią się od Twoich przekonań czy zwyczajów.

→ Zachęta do dalszego kształcenia

Kultura, język, migracja, trauma – to tematy, których nie da się „nauczyć” raz na zawsze. Zmieniają się wraz ze światem, doświadczeniami kobiet i naszymi własnymi spotkaniami w pracy. Zachęcamy, aby nie poprzestawać na lekturze tej publikacji. Sięgaj po kursy z zakresu komunikacji międzykulturowej, śledź działania fundacji pracujących z migrantami, rozmawiaj ze specjalistami różnych dziedzin.

Położna może być dla kobiety migranckiej kimś znacznie więcej niż tylko przedstawicielką systemu medycznego. Może stać się pierwszą osobą, która okaże migrantce zaufanie i empatię, a także podaruje jej swoją obecność. Taka relacja zostaje w pamięci na długo. A czasem – zmienia życie.

→ Dodatkowe materiały

→ Krótkie pytania przesiewowe do oceny stanu psychicznego (np. EPDS).

Można je zadać w sposób empatyczny i bezpośredni, np.

Chciałabym zapytać o Pani samopoczucie. To ważne dla zdrowia każdej mamy.



Jak czuje się Pani psychicznie w ostatnich dniach?

Czy w ciągu ostatnich 7 dni:

- często była Pani smutna, przygnębiona albo płakała bez wyraźnej przyczyny?
- straciła Pani zainteresowanie rzeczami, które wcześniej sprawiały radość?
- czuła się Pani bezwartościowa lub miała wyrzuty sumienia?
- miała Pani trudności ze snem, niezależnie od dziecka?
- często odczuwała Pani niepokój, napięcie lub rozdrażnienie?
- miała Pani myśli, że nie daje sobie Pani rady lub że byłoby lepiej, gdyby Pani nie było?
- czuła się Pani osamotniona albo brakowało Pani bliskiej osoby, z którą mogłaby szczerze porozmawiać?

→ Szybki test: dwa pytania zalecane przez NICE (UK)

(można je zadać nawet telefonicznie)

- 1 Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuła się Pani przygnębiona, smutna lub zrezygnowana?
- 2 Czy w ciągu ostatniego miesiąca straciła Pani zainteresowanie lub radość z rzeczy, które zwykle sprawiały przyjemność?

Jeśli kobieta odpowie „tak” na jedno lub oba pytania – warto przeprowadzić dokładniejszy wywiad lub zaproponować kontakt z psychologiem.

→ Skala EPDS – skrócona wersja (do samooceny)

Można poprosić kobietę o zaznaczenie na skali 0–3 (0 – wcale, 3 – bardzo często) odpowiedzi na pytania, np.:

- 1 Mogłam się śmiać i dostrzegać zabawne rzeczy.
- 2 Cieszyłam się na myśl o przyszłości.
- 3 Obwinałam się bez powodu, gdy coś szło nie tak.
- 4 Byłam niespokojna lub zmartwiona bez konkretnego powodu.
- 5 Miałam trudności z zasypianiem, mimo że mogłam spać.
- 6 Byłam smutna lub nieszczęśliwa.
- 7 Czułam się tak nieszczęśliwa, że płakałam.
- 8 Myślałam o zrobieniu sobie krzywdy.

Wynik ≥ 10 punktów może wskazywać na ryzyko depresji poporodowej i powinien być sygnałem do dalszej oceny.

3

Opieka okołoporodowa nad kobietami z różnych kręgów kulturowych

Praktyczne wskazówki

▶▶ Marta Piegat-Kaczmarczyk

▶▶ Agnieszka Kosowicz

Fragment książki

„Kobiety świata – wielokulturowość w opiece okołoporodowej”

Dużą grupę migrantek w Polsce stanowią kobiety z krajów byłego Związku Radzieckiego, m.in. Ukrainy, Białorusi czy Gruzji. Zwyczaje okołoporodowe w tych społecznościach są zazwyczaj zbliżone do praktyk znanych w Polsce, dlatego rzadko pojawiają się nieporozumienia na tle kulturowym. Z tego względu w niniejszej publikacji nie poświęcamy im odrębnego omówienia.

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



Migrantki z Wietnamu i innych krajów azjatyckich

1. Liczne odwiedziny w szpitalu

Wietnamki rodzące w Polsce są zazwyczaj odwiedzane w szpitalach przez najbliższą rodzinę, czyli 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 oprócz męża mogą się pojawić także: rodzice i rodzeństwo rodzącej i męża, jego rodzeństwo, przyjaciółki i dalsza rodzina – oczywiście jeśli są w Polsce. Również w sali poporodowej wietnamska mama z dzieckiem przyjmuje liczne grupy gości, co może przeszkadzać innym mamom przebywającym w tej samej sali ze swoimi dziećmi.

→ Co robić?

Warto na drzwiach sali podać informację o liczbie osób, które mogą towarzyszyć rodzącej czy mamie z dzieckiem. Migrantkom, które nie są w stanie komunikować się po polsku, należy dać możliwość zaproszenia do porodu dwóch osób: kogoś z rodziny oraz osoby pełniącej funkcję tłumacza. Czytelna grafika pokazująca rodzącą i towarzyszące jej dwie osoby też będzie dobrym sposobem na zakomunikowanie niezbędnych informacji.

Szpitala, w których rodzi wiele Wietnamek, często decydują się ulokować je w towarzystwie innych kobiet z ich kraju. Jest to bardzo dobre rozwiązanie – mamom z tego samego kręgu kulturowego będzie różnie: będą mogły swobodnie porozmawiać, pomóc sobie nawzajem w komunikacji z personelem medycznym i wesprzeć się w razie trudności czy wątpliwości. Pozwoli im to też swobodnie kultywować swoje zwyczaje według norm, których przestrzegają, dotyczą one najczęściej diety czy utrzymania ciepła w sali. W niektórych szpitalach są specjalnie wydzielone sale odwiedzin, co pozwala kobietom na zaproszenie większej liczby gości i nie koliduje z potrzebą intymności i spokoju innych kobiet na sali.

2. 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 zaraz po narodzinach dziecka potrzebują odżywczego i zdrowego jedzenia. Dieta ciężarnej różni się w zależności od trymestru. Pierwszy trymestr postrzegany jest jako „zimny” – zaleca się wówczas jedzenie „gorących” potraw, zawierających np. imbir czy czarny pieprz, a unikanie „zimnych” produktów, takich jak cytryny, melony, ananasy, szpinak, czy papaja. W drugim trymestrze – „neutralnym” – kobieta może spożywać zakazane wcześniej produkty. W trzecim, „gorącym”, trymestrze zaleca się z kolei jeść więcej i unikać suplementacji. Z tego samego powodu Azjatki wolą podczas porodu i w połogu pić gorącą wodę zamiast zimnej.

Bardzo powszechne jest także ziołolecznictwo, stosowane zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie – kobieta ma unikać „zimnych” produktów. Kobiety z rodzi-ny rodzącej gotują i przynoszą do szpitala dania, które mają ogrzać wyziębione i wymęczone porodem ciało młodej mamy. To może powodować nieporozumienia z personelem medycznym i innymi kobietami przebywającymi na oddziałach poporodowych, ponieważ potrawy kuchni wietnamskiej mają bardzo charakterystyczny i intensywny zapach.

→ Co robić?

Sama świadomość zwyczajów żywieniowych i tego, że mają służyć kobiecie i dziecku, pozwala traktować je z większym spokojem. Jeśli przynoszone 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. Również w tej sytuacji warto pomóc sobie ilustracją pokazującą, gdzie młode mamy mogą zjeść dania przygotowane przez rodzinę.

3. Ciepła kąpiel, ciepły pokój

Po porodzie Wietnamki najchętniej unikają przez kilka dni brania prysznica, również z obawy przed wychłodzeniem i przewianiem ciała, które w takim momencie potrzebuje ciepła. Trzeciego dnia po porodzie kobiety decydują się na ciepłą kąpiel, ale nie na prysznic. Z tego samego powodu 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 z chęci jak najlepszego zadbania o swoje samopoczucie i formę po porodzie. Nie trzeba rezygnować z wietrzenia sali, w której przebywają Wietnamki, nawet zimą. Warto jednak pamiętać, z czego wynika ich niechęć do chłodu, dlatego przed otwarciem okien dobrze jest przynieść dodatkowe koce, przykryć kobiety, odsunąć ich dzieci od okien i również przykryć dodatkowym kocykiem, żeby uszanować ich potrzebę zachowania ciepła. Jednocześnie warto podkreślić, że także świeże powietrze korzystnie wpływa na regenerację mamy i zdrowie dziecka, oraz że wietrzenie sal nie ma na celu uprzykrzenia życia Wietnamkom tylko zadbanie o dobre samopoczucie mam i dzieci.

4. Niechęć do cesarskiego cięcia

Cięcie cesarskie nie cieszy się u Wietnamczyków dobrą sławą, ze względu na obawy dotyczące dużej utraty krwi oraz wychłodzenia 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 [...]. Kiedy kobieta przyjeżdża do porodu, często doświadcza silnego stresu w zetknięciu z realiami polskiej służby zdrowia, w wyniku czego akcja skurczowa może słabnąć. U rodzących cudzoziemek ten początkowy stres bardzo często nasila się z każdą chwilą. Poza zmęczeniem czy bólem porodowym doświadczają one także trudności wynikających z różnic kulturowych oraz 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 przyszłej mamy sygnałem, że jest w troskliwych rękach i nawet jeśli nie wszystko rozumie, to może zaufać tej osobie. Pozwoli to rodzącej poczuć się bezpieczniej.

5. Uśmiech maskujący negatywne emocje

W kontakcie z personelem medycznym kobiety z większości krajów azjatyckich są zazwyczaj miłe i uśmiechnięte. Należy jednak pamiętać, że funkcja uśmiechu jest w ich krajach o wiele bardziej złożona 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 czy zakłopotanie. Azjatki często uśmiechają się mimo cierpienia i uprzejmie odpowiadają na zadawane pytania. Może to sprawiać mylne wrażenie, że skurcze nie przybierają na sile i poród nie postępuje.

→ Co robić?

*W skali od 1 do 10 –
jak silny jest Pani ból?*



Przede wszystkim pamiętać o tej dodatkowej funkcji uśmiechu i uprzejmości. Chcąc dowiedzieć się, jak się czuje rodząca, nie wystarczy zapytać: „Jak się Pani czuje?” lub „jak bardzo panią boli?”. Dużo lepiej sprawdzi się pytanie „w skali od 1 do 10 – jak silny jest 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 jej samopoczucie. Gdy istnieje bariera językowa i kobieta rodzi bez tłumacza, warto posiłkować się ilustracjami, które pozwolą zorientować się, na jakim jest etapie porodu, co już za nią, a co jeszcze przed nią. Oczywiście kobieta powinna przede wszystkim słuchać swojego ciała i poddawać się temu procesowi. Jednak przy dużym poziomie lęku u rodzącej, ważne jest, by zmniejszać go także na poziomie poznawczym, udzielając jej choćby podstawowych, zrozumiałych informacji o przebiegu porodu.

6. Powściągliwość w komunikacji

Migrantki z Azji często unikają kontaktu wzrokowego, zwłaszcza z osobą o wyższym statusie społecznym – czyli na przykład z personelem medycznym. Rodząca, która zostanie zapytana, czy zgadza się na użycie kleszczy lub próżniociągu, odpowie pewnie, że zależy jej na naturalnym porodzie. Oznacza to, że nie zgadza się na tę propozycję, ale 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 pytać 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. Wolą także, aby w porodzie nie uczestniczyły inne osoby, a zwłaszcza mężczyźni. Jeśli jest taka możliwość, warto uszanować te potrzeby i nie narażać rodzącej na dodatkowy stres. Należy także mieć świadomość, że ze względów kulturowych [...] Azjatkom trudno będzie w takiej sytuacji zaprotestować i nie zgodzić się na propozycję wykonania badania przez mężczyznę.

7. 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 rodzących lub personelu, można poczęstować ich otrzymanym przysmakiem albo zostawić prezent w pokoju położnych z informacją, że jest to podarunek od rodzącej dla personelu medycznego. Te prezenty [...] to przeważnie drobiazgi o nie-dużej wartości finansowej, ale ogromnym znaczeniu emocjonalnym i kulturowym.

8. Karmienie 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 kobiecie jest niewystarczające do wykarmienia dziecka i należy mu podawać mieszkankę. 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 można spotkać się z przekonaniem, że karmienie mieszkanką jest dla bogatych, a karmienie piersią dla biednych.

→ Co robić?

Warto poświęcić czas na indywidualne konsultacje laktacyjne dla Wietnamek. Jeśli występuje bariera językowa, należy zaprosić rodzącą w towarzystwie tłumaczki/tłumacza – ważne jest, aby kobieta na pewno zrozumiała kluczowe informacje. Zazwyczaj, gdy Wietnamki dowiedzą się o wyjątkowych właściwościach odżywczych siary i kobiecego mleka, 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.

9. Połóg

Kobieta i jej nowonarodzone dziecko, zgodnie z tradycją, nie przyjmują gości w domu przez pierwsze 30 dni. Zadaniem kobiety jest wówczas odpoczynek w łóżku, wygrzewanie się i unikanie wychłodzenia. Zwyczaj ten ma na celu chronić słaby organizm dziecka przed zarażeniem się od kogoś z odwiedzających. W opiece nad mamą i niemowlęciem najczęściej pomaga wtedy babcia.

10. Imiona tymczasowe

Na pierwsze trzy miesiące życia dzieciom wietnamskim często nadaje się imiona tymczasowe. Pełnią one funkcję ochronną – mają mylić złe duchy i strzec przed nimi noworodka. Prawdziwe imię nadawane jest w okolicach trzeciego miesiąca życia, kiedy maluszek już nabierze sił po narodzinach.



Migrantki z krajów muzułmańskich

1. Brak zgody na obecność mężczyzn

W swoich krajach muzułmanki korzystają wyłącznie z usług ginekolożek i położnych, dlatego dla większości z nich obecność lekarzy płci męskiej na oddziałach położniczych i ginekologicznych jest dużym zaskoczeniem. Badanie wewnętrzne przeprowadzone przez mężczyznę może być dla muzułmanki ogromnym upokorzeniem. W bardzo tradycyjnych społecznościach kobieta, która pozwoliła sobie na badanie przez mężczyznę, 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 rodzących.

2. Zakryte ciało i głowa

Muzułmanki z różnych krajów mają odmienne obyczaje i normy dotyczące zakrywania twarzy, głowy i ciała. Na przykład Czechenki osłaniają głowę i włosy jedynie małą chustką, a nawet opaską ze zwiniętej chusty. Libanki zakrywają głowę, szyję i włosy, pozostawiając widoczną twarz. Natomiast kobiety z krajów i obszarów, w których do głosu dochodzą najbardziej radykalne ugrupowania islamskie, mają obowiązek zakryć całą głowę, szyję i ramiona oraz twarz specjalną burką. Podczas badania ginekologicznego oraz w czasie porodu muzułmanki często uchylają jedynie długą suknię, nie odsłaniając ud, bioder ani brzucha. Zdarza się też, że są 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 roze-

brania się, jeśli poród przebiega prawidłowo, a mama i dziecko czują się dobrze. Warto tylko się upewnić, czy w razie komplikacji i konieczności zakończenia porodu operacyjnie, suknię uda się łatwo zdjąć.

3. Wstydliva fizjologia

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

→ Co robić?

Rodzącym z krajów muzułmańskich zazwyczaj wystarczy informacja od położnej, że wszystko przebiega prawidłowo. Położna natomiast jest zobowiązana do informowania rodzącej na bieżąco o postępach porodu. Należy to robić z dużą delikatnością, najlepiej uprzedzić kobietę o takim obowiązku i przeprosić, jeśli przekazywane informacje byłyby dla niej zawstydzające.

4. 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, np. 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 muzułmanki nagle okażą położnej te wszystkie emocje, ale świadomość, że wolno im je przeżywać, może dać poczucie ulgi.

5. Kłopoty z karmieniem piersią

Karmienie piersią noworodka jest naturalną czynnością dla większości kobiet z krajów muzułmańskich. Zazwyczaj nie mają one żadnych kłopotów z przystawianiem malucha do piersi. Jednak zarówno w szpitalu, jak i w domu problemem dla kobiety będzie brak intymności koniecznej do tego, aby móc w każdej chwili podać dziecku pierś, nie narażając się na niechciane spojrzenia postronnych osób. W szpitalach dużym utrudnieniem jest obecność mężczyzn odwiedzających inne kobiety. Dodatkowo wiele migrantek decyduje się karmić dzieci mieszaną – jest to dla nich sposób na podkreślenie zaradności 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, gdyż często takiej wiedzy nie mają. Zazwyczaj argumentacja położnej je przekonuje i decydują się na dłuższe karmienie wyłącznie piersią. Warto zachęcić muzułmanki także do odciągania swojego pokarmu, aby potem mogły podać go dziecku z butelki, jeśli znajdą się w krępującej sytuacji. Pomocne okazuje się także pokazanie pozycji do karmienia piersią, w których mogą zasłonić siebie i dziecko chustą lub szalem. Warto 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.

6. Niechęć do badań i przebywania w szpitalu

To częsty problem, wzmacniany przez przekaz kulturowy, religijny i uwarunkowania społeczno-polityczne w krajach pochodzenia. Większość kobiet z krajów muzułmańskich odbywa w czasie ciąży tylko najbardziej podstawowe badania lekarskie, a niektóre kobiety unikają ich nawet, jeśli gorzej się czują. Nawał obowiązków domowych, chęć sprostania oczekiwaniom męża i jego rodziny sprawiają, 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, aby ludzie w ten plan wnikali. Daje to kobietom pewne usprawiedliwienie, gdy nie otaczają siebie i dziecka regularną opieką w czasie ciąży. Ponad-

to 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 z regularnej opieki okołoporodowej. Warto wyjaśnić kobietom, że wiele dolegliwości, zarówno u mamy, jak i dziecka, można wykryć lub im zapobiec, obserwując wcześniejsze symptomy. Każda wizyta w poradni może być dla kobiety bardzo cenna, należy więc poświęcić jej więcej czasu i zobligować do kolejnych wizyt i badań – dla dobra dziecka i rodziny, które potrzebują zdrowej mamy.

7. Tradycyjne obrzędy



Zaraz po narodzinach dziecka można zaobserwować, jak ojciec recytuje noworodkowi do ucha *Shahadah* – słowa będące wyznaniem wiary muzułmanina. Zwyczajowo, chwilę po przyjściu na świat, noworodki częstuje się miąższem daktyla, który zawiera bogactwo cukrów prostych, a także jest uważany za ulubiony owoc 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* – nadanie imienia w obecności rodziny i przyjaciół. Wtedy też goli się głowę dziecka przy użyciu 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 w szpitalu się przedłuża, rodzina może chcieć zorganizować ważne ceremonie, np. nadanie imienia czy dziękczynną ucztę z pieconą baraniną jeszcze na terenie szpitala. Każdą taką sytuację warto omówić z kobietą i ustalić wspólnie, które z tradycji i zwyczajów mogą zostać zrealizowane w szpitalu, a które rodzina będzie musiała odłożyć na powrót do domu.

8. Inne nakazy religijne

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



Migrantki z krajów afrykańskich

1. Miesiączka

Kobiety w wielu krajach afrykańskich nie zapisują w kalendarzyku ani daty miesiączki, ani czasu jej trwania. Dlatego zapytane o to podczas wizyty kontrolnej przez położną lub lekarzkę, często nie potrafią odpowiedzieć. Rzadko stosuje się także testy ciążowe, więc o ciąży wnioskują zazwyczaj na podstawie objawów – braku krwawienia i rosnącym brzuchu. Przeważnie kobiety nie czują potrzeby kontrolowania, czy ciąża przebiega prawidłowo i zgłaszają się do położnej lub lekarza dopiero wtedy, kiedy zaczynają się gorzej czuć.

→ Co robić?

Bardzo potrzebne są działania edukacyjne skierowane do młodych kobiet z krajów afrykańskich. Jeśli przyjdą 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 dostosują się do poleceń osoby postrzeganej jako autorytet. Ważnym argumentem dla wielu migrantek okazują się także przepisy, które uzależniają dostęp do świadczeń pomocowych od regularnych kontroli lekarskich.

2. Ciąża trzymana w tajemnicy

W większości krajów afrykańskich obowiązuje zwyczaj utrzymywania ciąży w tajemnicy. Wynika to z przekonania, że jest to stan wstydlivy, zbyt dosłownie związany z fizjologią i będący dowodem na współżycie małżonków. Ukrywanie ciąży ma ponadto funkcje ochronne: zabezpiecza ciążarną i jej dziecko przed przekleństwami, które nieprzychylna im osoba mogłaby na nie rzucić, np. z chęci zemsty za przewinienia kogoś z rodziny, także przodków. Ciężarne funkcjonują więc zupełnie zwyczajnie – pracują, zajmują się domem i dziećmi aż do rozpoczęcia się porodu, którego nie da się już ukryć. Migrantki z krajów afrykańskich przebywające w Polsce także poddają się tym zwyczajom.

→ Co robić?

Warto porozmawiać z Afrykankami o tym, jak postrzegana jest ciąża w Polsce. Tu traktuje się ją jako powód do dumy, a kobiety otwarcie prezentują rosnące brzuszki i interesują się rozwojem dziecka na każdym etapie. Należy także podkreślać, że systematyczna kontrola lekarska pozwala lepiej zadbać o zdrowie i bezpieczeństwo dziecka i mamy niż uleganie przesądom.

3. Wielożeństwo

W wielu krajach afrykańskich wyznawcy islamu mogą praktykować wielożeństwo. W Tanzanii jest to uregulowane prawnie – 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 nielegalne, w niektórych sytuacjach może ono sprzyjać kobiecie. Rodząc kolejne dziecko, kobieta może spokojnie zająć się tylko swoim zdrowiem i noworodkiem. Jej obowiązki przejmują wówczas pozostałe żony.

4. Przesady związane z ciążą i porodem

Powikłania podczas porodu interpretowane są jako oznaka zdrady ze strony męża. Z tego powodu mężowie niechętnie wyrażają zgodę np. na zakończenie porodu cesarskim cięciem, bo przyznaliby się wtedy do zdrady. Pozycja mężczyzny w tych kulturach 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 wynika to z fizjologii a nie działania magii. Warto także odwołać się do odpowiedzialności mężczyzny

za żonę i rodzinę, może to pomóc mu podjąć słuszną i korzystną dla żony decyzję. Sprawa jest prostsza, jeśli kobieta rodzi bez obecności męża. Wówczas nie musi on włączać się w proces decyzyjny.

5. Zakaz krzyczenia i płakania

Podczas porodu kobiety obowiązuje zakaz krzyczenia i płakania

Podczas porodu kobiety obowiązuje zakaz krzyczenia i płakania, co ma uchronić je przed szaleństwem. Zasada ta często dotyczy także sytuacji utraty dziecka przy porodzie. Choroby i śmierć dzieci są wpisane w funkcjonowanie bardzo wielu rodzin afrykańskich – większość kobiet traci przynajmniej jedną ciążę lub jedno z gromadki dzieci. Niepewna sytuacja zdrowotna i wysokie ryzyko śmierci zwłaszcza najmłodszych dzieci sprawiają, że kobiety zachodzą w kolejne ciążę i rodzą kolejne dzieci, mając nadzieję, że przynajmniej część z nich przeżyje i będzie zdrowa.

→ Co robić?

Wyparcie negatywnych emocji po stracie dziecka jest mechanizmem obronnym, który pozwala matkom dostosować się do brutalnej rzeczywistości. Kobieta nie może pozwolić sobie na przeżywanie bólu i rozpacz, ponieważ musi zająć się starszymi dziećmi. Kobietom z krajów afrykańskich rodzącym w Polsce warto powiedzieć, że w naszym kraju opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem pozwala poradzić sobie z większością zagrożeń zdrowotnych, zadbać o dobre zdrowie dziecka i zapobiec jego śmierci.

[...]

8. Wyjście ze szpitala po kilku godzinach

Afrykanki w swoich krajach wracają do codziennych obowiązków zaraz po porodzie, np. do opieki nad starszymi dziećmi i domem. Dlatego także w Polsce wiele z nich prosi o możliwość wyjścia do domu już kilka godzin po urodzeniu dziecka..

→ Co robić?

Warto przekonać męża rodzącej, aby pozwolił jej zostać w szpitalu dłużej. Można podkreślić, że dzięki opiece personelu medycznego w szpitalu kobieta szybciej odzyska siły, będzie się lepiej czuła, a po powrocie do domu będzie bardziej samodzielna.

4

Międzykulturowe szkoły rodzenia

▶▶ Hanna Kamińska
położna

▶▶ Marta Piegat-Kaczmarczyk
psycholożka



Wrażliwość i siła. Kobiety z doświadczeniem migracji w okresie okołoporodowym

Nasze szkoły rodzenia, grupy wsparcia i cały projekt zostały zaplanowane z myślą o kobietach, które łączą dwa doświadczenia. Po pierwsze uciekają albo wyjeżdżają ze swojego kraju i budują nowe życie w Polsce. Po drugie dzieje się to w okresie, kiedy spodziewają się dziecka. Dziesięć lat doświadczeń pokazało nam, że grupy te są bardzo zróżnicowane, a jednocześnie, łączą je podobne obawy i potrzeby.

Uczestniczki naszych szkół rodzenia to kobiety migrujące zarówno samodzielnie, jak i z rodzinami, oczekujące na status uchodźcy w Polsce, ewakuowane z Afganistanu, uratowane z polsko-białoruskiej granicy, uciekające z Ukrainy. Są wśród nich także nastolatki bez opieki, często po doświadczeniach przemocy seksualnej.

Gościliśmy w swych progach mamy z Czeczenii, Ukrainy, Białorusi, Tadżykistanu, Uzbekistanu, Armenii, Wietnamu, Inguszetii, Sierra Leone, Iraku, Afganistanu, Indii, Pakistanu, Meksyku, Chile, Nowej Zelandii, Norwegii, Serbii, Filipin, Indonezji, Portugalii, Japonii i wielu innych krajów.

Prowadząc szkoły rodzenia, warsztaty dla rodziców czy zapewniając indywidualne wsparcie psychologiczne i położnicze, pracowałyśmy po ukraińsku, rosyjsku, angielsku, polsku oraz z tłumaczami języków dari, paszto, sorani. Spotkania odbywały się w siedzibie Fundacji PFM, w ośrodkach dla uchodźców, centrach recepcyjnych, w gabinetach, ośrodkach kryzysowych, a także w meczecie i w dużym azjatyckim centrum handlowym.

Są w naszych grupach kobiety dojrzałe i młode, w tym nastolatki; są kobiety, które w swoich krajach miały dobrą pozycję zawodową, prowadziły biznesy oraz takie, które nie miały szans na edukację. Większość spodziewa się pierwszego dziecka, część – kolejnego. Pracowałyśmy także z grupami uchodźczyń (np. z Czeczenii) w piątej czy szóstej ciąży, które nadal miały wiele pytań oraz czuły ogromną wdzięczność za udział w zajęciach. Część kobiet oczekuje narodzin dziecka chciwego i wyczekiwanego, inne doświadczyły przemocy seksualnej i przygotowują się do porodu i rodzicielstwa naznaczonego traumą. Część to samodzielne mamy, które uciekają przed przemocą, część straciła partnerów na wojnie albo została

z nimi rozdzielona, inne mają przy sobie mężów/partnerów i wchodzą w rodzicielstwo razem.

To, co jest wspólnym elementem historii tych kobiet i rodzin, to fakt, że migrując do innego kraju (z własnej woli lub przymusowo), doświadczają wielu niepewności, odmiennego języka, innej kultury, innych zwyczajów i przepisów, a zatem niepokoju i stresu. Do tego dochodzi naturalny dla wszystkich kobiet w ciąży niepokój związany z ciążą, porodem, rozwojem dziecka i swoją rolą jako rodzica.

Idea naszego projektu rodziła się na porodówce, kiedy zobaczyłyśmy pewną zagubioną mamę z Wietnamu. Nie rozumiała pytań personelu, nie potrafiła poprosić o pomoc dla siebie i noworodka, a bardzo jej potrzebowali.

Dlatego często, prowadząc warsztaty i szkolenia dla położnych, zapraszamy do takiej refleksji „Jakie emocje by Ci towarzyszyły, gdybyś była w ciąży, zbliżała się do porodu dziecka, ale nie w swoim kraju, tylko w jakimś innym, którego języka, zwyczajów porodowych, przepisów ani praw być może nie znasz? Czego byś się obawiała? Czego byś potrzebowała?”.

Grupa młodych mam z Wietnamu, z którymi pracowałyśmy w pobliżu dużego centrum handlowego, była bardzo zainteresowana tym, w jaki sposób mogą opiekować się dziećmi, karmić je, koić płacz, będąc jednocześnie w pracy na swoim stoisku. Okazało się, że nie planują urlopu macierzyńskiego i zaraz po porodzie wracają do pracy.

Zdarzało się, że trafiały pod naszą opiekę kobiety w bardzo zaawansowanej ciąży, które uciekały z ogarniętej wojną Ukrainy. I nie dość, że przejechały w 36. czy 38. tygodniu ciąży setki kilometrów, to jeszcze same kierowały autem, wywożąc z zagrożonych terenów swoje mamy, babcie czy młodsze rodzeństwo. Mówiły, że w rodzinnym mieście miały wybrane lekarkę i położną, zaplanowany szpital i przychodnię dla dziecka. I nagle w ciągu kilku godzin musiały się spakować i uciekać – bez partnera, bez pewności, dokąd dojadą i gdzie urodzą.



Psychospołeczne skutki migracji w okresie okołoporodowym.

Wśród ogromnej różnorodności naszej grupy docelowej są także elementy wspólne, występujące u wielu z tych kobiet.

Zarówno młode mamy spodziewające się pierwszego dziecka, jak i doświadczone kobiety, będące w piątej czy szóstej ciąży doświadczają podobnego niepokoju i poczucia osamotnienia. Są daleko od swoich sieci wsparcia – koleżanek, sióstr, mam, babć – które mogłyby je wesprzeć. Potrzebują kogoś, kto zapyta, czy się wyspały, czy zjadły coś ciepłego, czy chcą iść pod prysznic, czy coś je boli albo niepokoi. Niezależnie od tego, czy kobieta jest w pierwszej ciąży czy w kolejnej, potrzebuje, by ktoś pomógł jej uwierzyć w siebie, zobaczyć drobinki zasobów pośród tego chaosu i zagubienia – coś, na czym będzie mogła budować swoją siłę i sprawczość – wtedy w końcu poczuje, że sobie poradzi.

Cudzoziemki w okresie okołoporodowym są grupą podatną na zranienie, skrzywdzenie, wykorzystanie, zwłaszcza jeśli migracja była przymusowa, nagła lub gdy podróżowały z dziećmi. Wiele z nich ma za sobą urazy fizyczne i psychiczne, których doznały w kraju pochodzenia albo już w drodze. Te, które w okresie okołoporodowym utknęły na granicy polsko-białoruskiej granicy, wielokrotnie doświadczały przemocy oraz zagrożenia życia i zdrowia. Ryzyko występowania PTSD lub reakcji ostrego stresu jest dużo wyższe u kobiet doświadczających przymusowej migracji, niż u kobiet w okresie okołoporodowym bez takiego doświadczenia.



PTSD



Syndrom ocalonych

Wiele z nich, oczekując dziecka i szykując się do porodu, przeżywa żalobę po stracie. Część doświadcza „syndromu ocalonych”, w którym wdzięczność za ucieczkę miesza się z żalem, że w kraju pochodzenia zostały bliskie osoby narażone są na prześladowania i niebezpieczeństwa. Wspólnym doświadczeniem wielu kobiet jest deficyt poczucia bezpieczeństwa i przynależności. Czują, że nie są „u siebie”, a czasem też – że nie są tu mile widziane. W połączeniu z oczekiwaniem na narodziny dziecka wywołuje to obawy, czy jako rodzina zostaną zaakceptowani i włączeni do lokalnej wspólnoty.

*Ja nie jestem uchodźczynią,
jestem wiolonczelistką.
Wojna nie zabije muzyki, będę
dalej grać i uczyć muzyki
swoje dzieci.*



*Mam wszystko, czego
potrzebuję – dwie ręce,
dwie nogi i głowę na karku.
Poradzę sobie z tym, co mi
życie niesie.*



*Jeśli takie zadanie stanęło
przede mną, to znaczy, że
je udźwignę. W przeciwnym
razie by go nie było.*



*Moja mama nie miała takiej
szansy, a ja mam, więc jej nie
zmaruję – chcę, by moja
córką miała jeszcze więcej
możliwości.*



Dla kobiet które migrują przymusowo trudnym doświadczeniem jest również degradacja społeczna i zawodowa. Często ich pozycja zawodowa, finansowa i społeczna w kraju pochodzenia były lepsze niż w kraju goszczącym. Wiele z nich w trakcie ucieczki zostawia domy, biznesy, dorobek zawodowy, a także kwalifikacje, których w Polsce nie mogą potwierdzić.

Pracując z tą grupą ponad 10 lat, poznałyśmy ich ogromną siłę, determinację, wytrwałość. Jedna z kobiet, która uciekła z Ukrainy w pierwszych dniach wojny, powiedziała na szkole rodzenia: „Ja nie jestem uchodźczynią, jestem wiolonczelistką. Wojna nie zabije muzyki, będę dalej grać i uczyć muzyki swoje dzieci”. Inna migrantka, Czeczenka, samodzielna mama czwórki dzieci, uciekająca przed przemocą domową i instytucjonalną, mówiła: „Mam wszystko, czego potrzebuję – dwie ręce, dwie nogi i głowę na karku. Poradzę sobie z tym, co mi życie niesie”. Kolejna, Afganka, z piątką dzieci, w tym dwójką z niepełnosprawnością, mówiła: „Jeśli takie zadanie stanęło przede mną, to znaczy, że je udźwignę. W przeciwnym razie by go nie było”. Młoda kobieta z Pakistanu powiedziała: „Moja mama nie miała takiej szansy, a ja mam, więc jej nie zmaruję – chcę, by moja córka miała jeszcze więcej możliwości”.



Różnorodność i wspólnota. Specyfika międzykulturowych szkół rodzenia

Wychodząc naprzeciw różnorodności językowej migrantek, prowadzimy nasze szkoły rodzenia, grupy wsparcia i konsultacje indywidualne w różnych językach: angielskim, rosyjskim, ukraińskim, a czasem prosimy o wsparcie tłumaczki arabskiego, dari, sorani, tureckiego. Dzięki temu kobiety i pary uczestniczące w zajęciach mają okazję nie tylko uzyskać wiedzę w zrozumiałym dla nich języku, ale także swobodnie porozmawiać, zaopiekować się trudnymi emocjami czy pożartować sobie.

Istotna jest także specyfika norm kulturowych: wyznawane wartości, praktykowane zwyczaje czy tabu dotyczące okresu okołoporodowego. W większości krajów, z których pochodzą przyjeżdżające do Polski uchodźczynie, kwestie związane z ciążą i porodem przynależą do świata kobiet, a nie mężczyzn. Ważne jest dla nich to, że zarówno osoby prowadzące zajęcia, jak i tłumaczki są kobietami. Daje im to poczucie zaufania i intymności. Również w opiece okołoporodowej zdecydowanie wolą lekarki od lekarzy, zwłaszcza podczas badań.

Część naszych szkół rodzenia była przeznaczona dla par, np. w weekendowych zajęciach brały udział przyszłe mamy z partnerami. Natomiast inne były wyłącznie dla kobiet, m.in. tych, które uciekały przed przemocą, ale i tych, których mężowie byli nadal w kraju pochodzenia.

Organizowałyśmy też spotkania w miejscach bardziej dostępnych dla różnych społeczności kobiecych. Wspomniana wcześniej grupa mam z wietnamskiej hali targowej miała zajęcia na swoim terenie przy udziale tłumaczki języka wietnamskiego. Grupa kobiet uciekających z Syrii zaprosiła nas do meczetu, który był dla nich miejscem znanym i bezpiecznym. Z kolei wielodzietne mamy z Czechenii przyjeły nas na terenie ośrodka, w którym mieszkały.

Dla każdej z tych grup dojazd na zajęcia do naszej siedziby byłby zbyt trudny, co mogłoby stanowić przeszkodę nie do pokonania. Jednocześnie kobiety te miały ogromną potrzebę wsparcia i wiele pytań, które wymagały odpowiedzi.

Tym, co uczestniczki i uczestnicy naszych szkół rodzenia bardzo lubili, był wspólny obiad. Większość szkół rodzenia realizowana była w trybie weekendowym (cała sobota i niedziela), a obiad stawał się nie tylko okazją do wspólnego wyjścia do pobliskiej knajpki, spaceru i zaspokojenia głodu – był też czasem na rozmowy o ulubionych potrawach, zasadach, zakazach i nakazach żywieniowych wobec ciężarnych i karmiących czy o zwyczajach kulinarnych związanych z okresem okołoporodowym w różnych kulturach. Zostały nam w pamięci różne piękne sceny: potężny tata z Nigerii czy Tadżykistanu oddaje swoją porcję żonie, bo to co zamówił, bardziej jej smakuje, niż to, co sama zamówiła; siedzące obok siebie Hinduska i Pakistanka wymieniają się dodatkami do sałatek, by smakowały dokładnie tak, jak lubią; Białorusinka martwi się, że chudnie zamiast przybierać na wadze, bo nic jej nie smakuje w ciąży i ktoś obok oddaje jej swój deser.

W grupach które prowadziłyśmy po rosyjsku przed wybuchem wojny w Ukrainie spotykali się przyszli rodzice z Ukrainy, Białorusi i Rosji. Zawiązywały się znajomości, a nawet przyjaźnie. Zaraz po tym jak wojna wybuchła dla kobiet uciekających z Ukrainy zorganizowałyśmy zajęcia po ukraińsku – sam język rosyjski byłby wtedy zbyt silnym stresorem. One w zaawansowanej ciąży były tu, a ich mężowie czy partnerzy – na wojnie.

W grupach anglojęzycznych uczestniczą kobiety i pary z całego świata, w tym pary mieszane. Czasem podczas rozmowy w kuluarach okazuje się, że kilku mężczyzn z jednej grupy pracuje w tej samej firmie, i nagle się odnajdują na szkole rodzenia. Albo spotykają się dwie pary z Zimbabwe i odkrywają, że ktoś chodził do szkoły z siostrą innej osoby.

Rozmawiając o wyborze szpitala, prosimy pary, aby powiedziały gdzie mieszkają – często już na pierwszych zajęciach odnajdują na sali sąsiadów i sąsiadki ze swojej okolicy. Pod koniec zachęcamy do założenia grupy na komunikatorze, by utrzymać kontakt między osobami uczestniczącymi w zajęciach. Zdarza się regularnie, że te grupy spotykają się potem towarzysko, wymieniają informacjami, odsprzedają sobie laktatory, nosidła czy najmniejsze ciuszki dziecięce. Zaczynają budować wspólnotę i sieć wsparcia, których im tu brakowało. Co ciekawe, ta potrzeba wspólnoty, rozmowy, wymiany i wsparcia dotyczy nie tylko kobiet – również przyszli ojcowie chętnie umawiają się na „przedporodowe piwo”.

Na zajęciach spotkają się osoby w podobnej sytuacji i kiedy zobaczą siebie nawzajem, „wyłapują” się bardzo szybko – tak silna jest potrzeba wspólnoty.

Pamiętajmy, że większość z nich miała w kraju pochodzenia swoje społeczności rodzinę, przyjaciół. Taka grupa zwiększa poczucie bezpieczeństwa i sprawczości.

Zapamiętałyśmy takie spotkanie dla mam o współżyciu po porodzie, na które dołączył jeden tata. Zwolnił się z pracy, by zaopiekować się dzieckiem w trakcie spotkania, a mama mogła spokojnie uczestniczyć. To było poruszające, pokazało, że potrzeby kobiety to wspólna sprawa przyszłych rodziców.

W jednej z grup ojcowie pozazdrościli partnerkom regularnej grupy wsparcia i poprosili o własne spotkania. Udało się to życzenie spełnić – nie w formie regularnej grupy wsparcia, ale cyklu kilku spotkań. To nam pokazało, że mężczyźni też potrzebują wspólnoty.

Jesli prowadzisz zajęcia w szkole rodzenia możesz pomóc grupie w budowaniu nowej rodzicielskiej społeczności:

- przeprowadź rundkę, w której pomożesz znaleźć punkty wspólne (zamieszkanie, szpital),
- zachęć do „zagadania” do sąsiadki o polecenie pediatry, położnej, żłobka,
- zachęć do dołączenia do lokalnych grup (np. „Warsaw Expat Moms”, „Expats in Krakow” na Facebooku),
- zachęć do wymiany kontaktów w trakcie zajęć,
- zaproś do grupy wsparcia po porodzie,
- zachęć mężczyzn do wymiany kontaktów.



Położna z psycholożką o ciele, emocjach i relacjach

Planując ten projekt, założyłyśmy, że aby w pełni odpowiedzieć na potrzeby naszej specyficznej grupy, musimy połączyć zasoby, wiedzę i perspektywy położnej i psycholożki, uwzględniając różnorodność kulturową.

Po ponad dziesięciu latach realizowania projektu wiemy, że osoby uczestniczące w szkołach rodzenia szukają nie tylko wiedzy i przydatnych informacji, ale też wsparcia, poczucia wspólnoty i przynależności. Praca w tandemie położna-psycholożka pozwala nam zaopiekować się tymi wszystkimi potrzebami i dać przyszłym rodzicom narzędzia, które ułatwią im radzenie sobie w okresie okołoporodowym, niezależnie od tego, czy są samodzielnymi matkami czy parą.

Ciąża, poród i rodzicielstwo to doświadczenia dotyczące w równej mierze ciała, psychiki i relacji z innymi. Podchodzimy do nich w sposób holistyczny – położna uczy, jak dbać o swoje ciało w pierwszych dniach i tygodniach po porodzie, a psycholożka przygotowuje na emocje i wyzwania w relacjach, które mogą towarzyszyć temu okresowi.

Życie człowieka ma swój wymiar fizyczny, psychiczny i relacyjny, które są ze sobą ściśle powiązane, dlatego dbałyśmy o to, aby na wszystkie omawiane w szkole tematy spojrzeć z perspektywy wzajemnego wpływu tych wymiarów na siebie. Od przygotowań do porodu, przez sam poród, po karmienie – ciało i psychika współpracują ze sobą. Gdy pary mają już tę wiedzę, mogą z niej świadomie korzystać – np. rozluźniać ciało oddechem, by zmniejszyć napięcie emocjonalne albo użyć metody wizualizacji, by wywołać pozytywne emocje. Używanie zdobytej wiedzy w praktyce ułatwia przejście przez kolejne etapy porodu.

Zauważyłyśmy, że uczestniczkom i uczestnikom naszych szkół rodzenia, grup wsparcia i konsultacji indywidualnych najbardziej służy wspólne odkrywanie ich własnych zasobów, sposobów działania i strategii, pomocnych w czasie porodu i na dalszych etapach rodzicielstwa. Każda kobieta i para potrzebuje poczuć i uwierzyć, że poradzi sobie z nowym wyzwaniem, nawet jeśli nie jest w pełni przygotowana.

Prowadzenie szkół rodzenia w tandemie położna-psycholożka miało jeszcze dodatkową wartość – dla wielu kobiet i par był to pierwszy kontakt z osobą zajmującą się zdrowiem psychicznym. Często przyznawały, że wcześniej miały wiele obaw i czuły opór przed szukaniem dla siebie wsparcia psychologicznego, nawet w sytuacji kryzysu. W wielu krajach panuje przekonanie, że z pomocy psychologa korzystają wyłącznie osoby poważnie chore, wymagające leczenia psychiatrycznego. Tymczasem w miarę uczęszczania do naszych szkół rodzenia nabierały przekonania, że dbanie o zdrowie psychiczne i korzystanie ze wsparcia w formie konsultacji czy terapii może być wartościowe i bezpieczne, zarówno dla nich samych, jak i dla ich rodzin. Część kobiet i par zgłaszało się do nas po indywidualne wsparcie psychologiczne tuż po zajęciach, czując, że ich trudności wymagają profesjonalnej opieki.



Towarzyszenie w zmianie i ciągłość wsparcia

Planując ten projekt, zależało nam, by zapewnić kobietom to, co utraciły w wyniku migracji, czyli ciągłość i stabilność wsparcia przez cały okres okołoporodowy.

Przyszli rodzice trafiają do nas najczęściej na szkoły rodzenia, aby przygotować się do porodu i wczesnego etapu rodzicielstwa. Na tym jednak nasz kontakt się nie kończy. W ramach projektu zaplanowałyśmy, że naturalną kontynuacją szkół rodzenia będą grupy wsparcia dla mam z niemowlętami, a także indywidualna pomoc psychologiczna i położnicza dla kobiet i par. Dzięki temu mogłyśmy wspierać uczestniczki naszego programu w przygotowaniach do porodu i pierwszych chwilach z dzieckiem, a następnie towarzyszyć im w kolejnych etapach rodzicielstwa.

Położne prowadzące nasze szkoły rodzenia pracują także na warszawskich porodówkach, dlatego zdarzało, że uczestniczki spotykały w dniu swojego porodu znajomą twarz. Po wszystkim pisały nam i mówiły, jak ogromne znaczenie miało dla nich to, że na oddziale porodowym w obcym kraju miały przy sobie osobę, którą znają i której ufają. W takich chwilach obniżał się poziom lęku, a rosło poczucie bezpieczeństwa i przekonanie, że dadzą sobie radę.

Grupy wsparcia uruchamiane po szkołach rodzenia pełniły rolę „wioski”, w której kobieta, już jako mama, mogła znaleźć bezpieczną przestrzeń do wyrażania emocji, obaw i wątpliwości oraz poczuć, że ma wokół siebie wspierające kobiety. Uczestniczki podkreślały, że dzień naszych spotkań to dla nich święto – choćby szalała burza śnieżna czy padał grad, one wstaną rano i przyjadą ze swoimi maluchami na spotkanie. Wiedziały, że ktoś na nie czeka, że będą mogły się wygadać, wypłakać, przytulić i naładować swoje macierzyńskie baterie.

Podczas spotkań była też przestrzeń na rozmowy pomiędzy mamami, wymianę doświadczeń czy konkretnych wskazówek np.:

- do którego pediatry zapisać dziecko, gdzie zrobić badania, gdzie jest teraz promocja na pieluchy, jaki krem najlepszy do bolących brodawek, jaka herbata wspiera laktację,
- jak po porodzie wrócić do kontaktów intymnych z partnerem, jak radzić sobie z konfliktami i rozmawiać o wzajemnych potrzebach, nadziejach, oczekiwaniach,

- jak radzić sobie ze zmęczeniem, niewyspaniem, poczuciem, że nie jestem wystarczająco dobrą mamą,
- po jakim czasie wracać do pracy lub nauki i jak się do tego przygotować,
- jak utrzymywać z rodziną, która jest oddalona o setki czy tysiące kilometrów, ale ma swoje oczekiwania i złote rady,

Tematy naszych spotkań zmieniały się wraz z dziećmi i potrzebami mam. Pozwalało to przejść bezpiecznie i z poczuciem przynależności do wspólnoty przez pierwsze miesiące życia dziecka. Jedna z grup spotykała się regularnie przez dwa lata: dzieci rosły, pojawiały się kolejne ciąży, poronienia, rozwody, choroby, a kobiety towarzyszyły sobie w tym.

Część kobiet i par korzystała z indywidualnych konsultacji z położną czy psychologą jeszcze przed porodem. Był to czas, by zadać pytania, których być może wstydziły się poruszyć na forum grupy, pochylić się nad tematem ważnym dla siebie tematem, np. lękiem przed porodem – czasem związanym z traumatycznymi doświadczeniami.

Po kilku latach udało nam się włączyć do projektu również konsultacje poporodowe. Były to zazwyczaj dwa lub trzy spotkania, aby pomóc w karmieniu i pielęgnacji noworodka, ale też zapytać mamę, czy czegoś potrzebuje, czy jadła coś ciepłego, czy pije wystarczająco, czy miała okazję wziąć prysznic, czy nie bołą ją piersi, plecy lub głowa, i czy ktoś ją wspiera. Z czasem pytania młodych mam zaczynały dotyczyć przyszłości – planowania kolejnego dziecka, antykoncepcji, czy organizacji życia po zakończeniu urlopu macierzyńskiego. W takich momentach miałyśmy poczucie, że okres wczesnego połogu powoli dobiega końca, a kobieta jest gotowa na kolejny etap.

Część kobiet i par korzystała także z indywidualnego wsparcia psychologicznego, zarówno przed porodem, jak i po nim. Podczas zajęć w naszych szkołach omawialiśmy objawy smutku poporodowego (tzw. „baby blues”) i depresji okołoporodowej, czynniki chroniące przed kryzysem psychicznym oraz zwiększające ryzyko jego wystąpienia. Taka edukacja pomaga kobietom rozpoznać u siebie objawy lękowe, depresyjne czy potraumatyczne – związane z wcześniejszymi doświadczeniami i dopytują o możliwość wsparcia. To bardzo ważne, ponieważ mimo wielu stereotypów, psychoterapia i farmakoterapia są możliwe zarówno w ciąży, jak i w połogu, a także w okresie karmienia piersią. Brak takiej pomocy byłby bezpodstawny – a wręcz niebezpieczny.

Uczestniczki szkół rodzenia, a jeszcze częściej ich partnerzy, mówią, że gdyby nie zajęcia z psycholożką, najpewniej nie poprosiliby o wsparcie dla siebie ze względu na przekonania dotyczące pomocy psychologicznej. To, że spędziliśmy razem dwa dni, rozmawiając w swobodnej atmosferze na ważne tematy, śmiejąc się przy tym i wzruszając, sprawiło, że było im łatwiej zrobić ten krok.

Warto pamiętać, że zdrowie i dobrostan psychiczny rodziców, zwłaszcza matek, są kluczowe dla bezpiecznego rozwoju dziecka. Kryzys psychiczny rodziców zwiększa ryzyko, że nie będą w stanie rozpoznać potrzeb dziecka i na nie reagować. Dziecko może wówczas doświadczać większego napięcia i niepokoju, mieć problemy z uspokojeniem się czy przyjmowaniem pokarmu, co dodatkowo utrudni matce opiekę nad nim.

U kobiet które doświadczyły przymusowej migracji, ryzyko depresji okołoporodowej i poporodowej jest zdecydowanie wyższe. Dlatego tak ważne jest, by one i ich partnerzy nie bali się korzystać z pomocy psychologicznej. Kiedy mama otrzymuje wsparcie psychologiczne, korzysta na także zdrowie i bezpieczeństwo dziecka.



Obniżanie lęku u przyszłych rodziców

Gdy pytałyśmy przyszłych rodziców, którzy zapisywali się do szkoły rodzenia, z jakimi oczekiwaniami i nadziejami przyszli na zajęcia, najczęściej słyszałyśmy, że chcą dowiedzieć się wszystkiego o porodzie i opiece nad dzieckiem. Po zakończeniu zajęć, w trakcie pożegnań, jako najcenniejsze zazwyczaj wymieniali poczucie większej kompetencji oraz bezpieczeństwa, poczucie wsparcia, gotowość do działania i wiarę w to, że „będzie dobrze”.

To, co mówimy jako położne i psycholożki oraz sposób, w jaki przekazujemy naszą wiedzę, mają ogromny wpływ na naszych kursantów. Pamiętajmy, że ze względu na doświadczenie migracji, niekiedy przymusowej, ta grupa może wykazywać szczególnie wysoki poziom lęku.

W trakcie zajęć bardzo ważne jest, aby przekazywać naszą wiedzę:

- bez oceniania,
- nie strasząc (np. unikając przedstawiania złych historii porodowych, zbyt szczegółowego omawiania interwencji medycznych, pokazywania igły do znieczulenia zewnątrzoponowego itd.),
- zachęcając do szukania rozwiązań,
- pokazując narzędzia i metody działania, które mogą, ale nie muszą przydać się młodym rodzicom,
- odwołując się do zasobów kursantów: przedstawiając bezpieczną perspektywę porodową, sposoby współpracy ze swoim ciałem, opowiadając, czego mogą się spodziewać w trakcie porodu i w pierwszych tygodniach z dzieckiem, co może ich zaskoczyć,
- budując poczucie kompetencji rodzicielskiej – praktyczna wiedza obniża lęk, zmniejsza zaskoczenie, daje poczucie spokoju w codziennym życiu z noworodkiem. To pośrednio zmniejsza ryzyko depresji poporodowej,
- wspierając komunikację w parze,
- wzmacniając aktywną rolę mężczyzny w porodzie i rodzicielstwie.



Międzykulturowe szkoły rodzenia – zarys programu

Zajęcia w ramach szkoły rodzenia odbywają się zazwyczaj w weekendy. Poniżej przedstawiamy program kursu.

Dzień 1: Ciąża i poród

1. Przywitanie

Zaczynamy od przywitania uczestniczek i uczestników, mówimy kilka słów o sobie, naszym wykształceniu, doświadczeniu, o naszych własnych dzieciach i porodach. Przedstawiamy program naszej szkoły rodzenia, zaznaczając że przy każdym z poruszanych tematów będziemy łączyć perspektywy psycholożki i położnej. Zarysowujemy ramy czasowe zajęć zapowiadamy wspólne wyjście na obiad w połowie dnia.

2. Rundka zapoznawcza

Zapraszamy wszystkich do rundki zapoznawczej z pytaniami: Skąd jesteście? Który tydzień ciąży? Kogo się spodziewacie? Czy macie już wybrane imię i szpital? Czego oczekujecie od zajęć?

Rundka zapoznawcza to bardzo ważny moment: pozwala oswoić się z sytuacją, nawiązać pierwsze znajomości, podzielić się potrzebami i oczekiwaniami. Często już wtedy okazuje się, że ktoś pochodzi z tego samego kraju, a ktoś inny mieszka w tej samej dzielnicy albo planuje poród w tym samym szpitalu.

3. Zmiany psychofizyczne pod koniec ciąży

Zapraszamy grupę do rozmowy o tym, czego doświadczają fizycznie i psychicznie pod koniec ciąży i o sposobach dbania o siebie. Wstępna rozmowa pomaga otworzyć się i zmniejszyć lęk. Naszym celem jest przedstawienie fizjologicznych zmian w ciele i psychice kobiety ciężarnej, by mogła spokojnie i świadomie przejść przez ostatnie tygodnie ciąży. Temat plamienia i odejścia czopu śluzowego jest najdłużej omawiany ze względu na różnice w podejściu do fizjologii III trymestru w zależności od kraju.

4. Jak dbać o swój dobrostan w ciąży

Czasami robimy schematyczny rysunek kobiety w ciąży, by wyjaśnić przy jego pomocy połączenie krwioobiegów mamy i dziecka. Wiele kobiet martwi się, że stres w ciąży może zakłócać prawidłowy rozwój dziecka. Wyjaśniamy wtedy różnice między stresem sporadycznym a chronicznym oraz między nieprzyjemnymi i trudnymi doświadczeniami a tymi traumatycznymi. Sugerujemy, jak dbać o siebie i granice sprzyjające poczuciu bezpieczeństwa u przyszłych mam.

5. Rozpoczęcie porodu – kiedy jechać do szpitala

Omawiamy najczęstsze scenariusze rozpoczynającego się porodu oraz sytuacje okołoporodowe tak, aby osoby uczestniczące mogły bez stresu podjąć decyzję o momencie wyjazdu do szpitala:

- **Po terminie porodu** – omawiamy możliwe postępowanie oraz przebieg przyjęcia do szpitala w celu indukcji porodu.
- **Sytuacje nagłe** – wyjaśniamy, w jakich przypadkach należy niezwłocznie udać się do szpitala lub wezwać karetkę (np. brak odczuwania ruchów dziecka, krwawienie).
- **Odejście wód płodowych** – tłumaczymy standardy postępowania w Polsce, i wskazujemy, w których momentach można bezpiecznie poczekać na wystąpienie skurczy w domu. Podkreślamy, że w wielu krajach przyjętym zwyczajem jest natychmiastowy wyjazd do szpitala, dlatego różnice kulturowe w tym zakresie są szczególnie ważne do omówienia.
- **Regularna czynność skurczowa** – omawiamy częstotliwość skurczy i doznania z ciała, które mogą im towarzyszyć. Wyjaśniamy, że poród to proces o zmieniającej się dynamice, i pokazujemy jak rozpoznać moment, w którym warto wyruszyć do szpitala. Tabela poniżej pomagała kursantom zrozumieć różnice między skurczami przepowiadającymi i porodowymi (chętnie fotografowana przez przyszłych ojców).

SKURCZE PRZEPOWIADAJĄCE	SKURCZE PORODOWE
regularne	regularne
co 5-3 min	co 5-3 min
o takim samym natężeniu	są coraz silniejsze
mogę oddychać i rozmawiać spokojnie	muszę wydłużyć wydech, niechęć do rozmowy

W Ukrainie do porodu fizjologicznego można wezwać karetkę – dlatego podczas omawiania tematu wyjazdu do szpitala podkreślamy, kto w Polsce wiezie rodzącą do szpitala i jakie są wskazania do wezwania karetki.

6. Pakowanie

Pokazujemy uczestnikom, co należy spakować dla siebie i dziecka oraz jakie dokumenty będą wymagane przy przyjęciu do szpitala. Wyjaśniamy, dlaczego wspólne pakowanie torby jest tak ważne i kto będzie ją rozpakowywał w trakcie porodu i po nim. Staramy się pokazywać konkretne rzeczy, takie jak podpaski poporodowe, wkładki laktacyjne czy kremy, aby kursanci mogli sfotografować i łatwiej wyszukać w sklepach. Podkreślamy, że nie chodzi o promocję konkretnych marek, lecz o ułatwienie zakupów, zwłaszcza cudzoziemskim ojcom.

7. Specyfika opieki okołoporodowej w Polsce

Omawiamy system opieki zdrowotnej w Polsce: kto może prowadzić ciążę, możliwość zmiany osoby prowadzącej w trakcie oraz zasady wyboru szpitala. To ważny temat, ponieważ uczestnicy często nie wiedzą, że mogą samodzielnie wybrać placówkę niezależnie od miejsca zamieszkania czy lekarzy pracujących na danym rejonie. Pokazujemy zdjęcia przykładowych sal porodowych i wyjaśniamy, jak wygląda organizacja oddziałów: personel medyczny to zarówno kobiety, jak i mężczyźni, sale porodowe są jednoosobowe, a sale poporodowe – wieloosobowe. Mamy mogą przebywać z dziećmi przez cały czas pobytu w szpitalu.

W wielu krajach nadal uważa się, że lekarz jest główną osobą odpowiedzialną za poród. Istnieje tam niepisana zasada „podążania za swoim lekarzem”, aby zapewnić sobie ochronę bądź lepszego traktowania. W innych miejscach praktyką bywa oddzielanie dziecka od mamy tuż po porodzie pod pretekstem odpoczynku. To właśnie te przyszłe mamy-migrantki najbardziej cieszą się, gdy słyszą, że w Polsce mogą od pierwszych chwil pozostać ze swoim dzieckiem – i że to jest ich prawo. Warto im o tym przypominać.

8. Przerwa obiadowa

Po tej części zazwyczaj robimy przerwę obiadową mówiąc, że przed porodem, tak jak przed wycieczką w góry, warto porządnie się najeść i odpocząć.

9. Poród krok po kroku

Temat omawiamy, opowiadając historię porodową. Pokazujemy poród jako złożony proces, w którym biorą udział hormony, emocje i ciało (rola ruchu, oddechu i relaksacji). Interwencje medyczne przedstawiamy od strony praktycznej: jakie są najczęstsze wskazania do cięcia cesarskiego, kto podpisuje zgodę na cięcie.

W kulturach męskich zgodę na interwencje medyczne zwyczajowo wyraża mąż, dlatego kobieta może oczekiwać na aprobatę partnera w sytuacjach dotyczących np. znieczulenia lub cięcia cesarskiego.

10. Radzenie sobie z bólem – metody naturalne, psychologiczne farmakologiczne

Ból porodowy jest jedną z najczęstszych obaw kobiet i ich partnerów. Kobiety pytają: „Jak bardzo będzie bolało i czy to wytrzymam?”, a mężczyźni: „Jak zareaguję, gdy zobaczę jej cierpienie i co będę mógł dla niej zrobić”? Na szczęście jest wiele sposobów, które mogą pomóc rodzącej zmniejszyć ból i poczuć się lepiej.

Pokazujemy wiele prostych metod naturalnych, które można zastosować w trakcie porodu, aby poczuć ulgę. Omawiamy znaczenie ruchu i zmiany pozycji, które łagodzą ból podczas skurczów, pokazujemy także masaż karku i ucisk miednicy, który staramy się ćwiczyć na każdym kursie. Prezentujemy termofor z pestkami (przydatny później przy dziecięcych kolkach). Omawiamy korzyści płynące z immersji wodnej oraz możliwość porodu do wody na polskich porodówkach

Staramy się też pokazać jak wiele można osiągnąć dzięki pracy z oddechem oraz z mocą swojego głosu, śpiewu i krzyku, przełamując w ten sposób tabu związane z wydawaniem dźwięków w trakcie porodu.

Jestem przy Tobie

Pięknie rodzisz

Już blisko



Ból i napięcie możemy także zmniejszać, korzystając z narzędzi psychologicznych, takich jak wizualizacje, afirmacje, świadomość rytmu i dostrojenie się do niego. Zapraszamy rodzącą do zastanowienia się, jakie słowa chciałaby usłyszeć podczas porodu od osoby, która je wspiera. Często jest to wzruszający moment dla par. Słowa takie jak „Jestem przy Tobie”, „Pięknie rodzisz”, „Już blisko” – pomagają rodzącej poczuć więcej sprawczości, siły i dumy, zamiast potęgować napięcie, lęk czy wyczerpanie.

Zachęcamy także do uruchomienia wyobraźni. Prosimy rodzące, aby pomyślały o obrazie, który będzie działał kojąco albo mobilizująco i dodawał siły, spokoju oraz luzu. Może to być wizja wspólnego skakania z dzieckiem po kałużach w ciepłym, letnim deszczu, tańca do ulubionej piosenki, czy turlania się po podłodze z ich psem, kotem itp. Mózg człowieka reaguje na takie obrazy, aktywując ośrodek przyjemności, a dzięki temu wydzielają się endorfiny zmniejszające ból i napięcie.

Warto także przekazać rodzącym i ich partnerom, że poród odbywa się w rytmie, w którym mama i dziecko współpracują ze sobą, zmierzając do jednego celu. Skurcz jest dla dziecka – przybliża je do wyjścia, a przerwa jest dla mamy – pozwala jej odpocząć i zebrać siły. Złapanie tego rytmu oraz idei współpracy przynosi rodzącej dużą ulgę, zmniejsza napięcie i zmęczenie.

Omawiamy również farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego oraz ich dostępność. Wyjaśniamy działanie analgezji wziewnej oraz analgezji ciągłej zewnątrzoponową. Tu również kładziemy nacisk na praktyczne aspekty, takie jak moment, w którym należy użyć gazu rozweselającego oraz dokładne omówienie znieczulenia zewnątrzoponowego – na czym polega tzw. „okno znieczuleniowe”, tak aby każda z kobiet wiedziała, kiedy może poprosić o znieczulenie i jak długo będzie ono działać. Musimy pamiętać, że w wielu krajach znieczulenie ciągłe przeprowadza się inaczej niż w Polsce, dlatego ważne jest szczegółowe opisanie tej procedury medycznej. Mówimy, w której fazie porodu działa znieczulenie i że w trakcie jego działania rodząca zachowuje kontrolę nad swoim ciałem i może aktywnie uczestniczyć w porodzie, chociażby swobodnie udać się do toalety.

11. Jak tworzy się więź. Pierwszy kontakt z dzieckiem po porodzie naturalnym i po cięciu

W tej części zajęć skupiamy się na tym, jak ważne są pierwsze chwile z dzieckiem po porodzie i jak najlepiej wykorzystać ten czas. Moment w którym mama trzyma w ramionach swojego noworodka – drobnego, kruchego, wymęczonego porodem – i patrzy mu w oczy, nazywany jest „czasem budowania więzi”. Maluch widzi swoją mamę, czuje jej bliskość, a w jego układzie nerwowym ten obraz zapisuje się jako reprezentacja bezpieczeństwa. Tak jakby dziecko mówiło: „ach, to ty będziesz się teraz mną opiekować”. Zachęcamy ojców, by również dali sobie taki wyjątkowy czas z noworodkiem: potrzyмали go w ramionach, popatrzeli mu w oczy, pogłaskali małe paluszki. Dzięki takiej interakcji z dzieckiem u ojców wytworzy się więcej oksytocyny, czyli hormonu przywiązania,

który ułatwia rodzicom rozpoznawanie i reagowanie na sygnały noworodka. Podkreślamy, że oboje rodzice są pierwszy raz w tej roli, oboje dopiero uczą się swojego dziecka: pierwszy raz je myją, przebierają, przewijają i koją jego płacz. Im więcej kontaktu z dzieckiem ma rodzic, tym lepiej zaczyna je rozumieć i trafniej odpowiada na jego potrzeby – dotyczy to w równym stopniu mamy i taty.

12. Rola taty lub osoby towarzyszącej przy porodzie

Kiedy pytamy pary, czy planują rodzić razem, najczęściej mamy odpowiadają: „tak, bardzo!”, a ojcowie: „no, chyba tak, ona tak chce, a ja nie wiem. Traktujemy to jako dobry punkt wyjścia do rozmowy i dalszej pracy. Mówimy o tym, że osoba towarzysząca kobiecie w porodzie ma pełnić funkcję wspierającą, a nie kontrolną czy sprawozdawczą. To oznacza, że głównym zadaniem takiej osoby będzie sprawdzanie, czy rodzącej czegoś potrzeba w danym momencie i reagowanie na te potrzeby. Podkreślamy, że poród to proces bardzo dynamiczny, więc potrzeby rodzącej również będą się zmieniać dynamicznie: może poprosić o zdjęcie skarpetek, a chwilę później o ich założenie, o masaż karku, a za chwilę o podanie wody, może chcieć rozmawiać, a za moment, by nic nie mówić. Ważne, aby osoba wspierająca kobietę była gotowa na taką rolę.

Rozmawiamy też o obawach ojców, że źle się poczują, że zemdleją albo że „za dużo zobaczą”. Uspokajamy ich, że miejsce partnera jest raczej przy głowie rodzącej niż przy jej kroczu, a położne zwracają uwagę także na samopoczucie taty i w razie potrzeby mogą zaproponować mu drobne zadania.

13. Podsumowanie i zakończenie pierwszego dnia

Zbliżając się do końca pierwszego dnia, dbamy o to, aby zostawić czas na podsumowanie zajęć, pytania i komentarze. Pytamy także uczestniczki i uczestników, co było dla nich najważniejsze, co chcą zapamiętać i co może im posłużyć podczas porodu. Zachęcamy też, by zastanowili się, o czym jeszcze chcieliby porozmawiać w parze, co przemyśleć.

Dzień 2: Pierwsze chwile po porodzie, z dzieckiem, ze sobą i w parze

→ Połóg od strony fizjologicznej i emocjonalnej

Omawiamy zmiany, jakie zachodzą w ciele kobiety po porodzie, w tym także temat pierwszego współżycia i zmniejszonego libido spowodowanego w dużej mierze karmieniem piersią oraz zmęczeniem. Przedstawiamy typowe sytuacje połogowe, takie jak: silne pragnienie podczas karmienia piersią, nieporadność ojców w oszacowaniu odpowiedniej ilości wody dla mamy, nocne „hormonalne poty” wymagające dodatkowego ręcznika na łóżku, czy potrzeba dodatkowego podkładu higienicznego w trakcie pierwszych dni karmienia.

W tej części zajęć podkreślamy że połóg, to nie tylko zmiany w ciele, ale też czas silnych emocji i zmian w relacji.

Odczuwanie mieszanki wielu emocji po porodzie jest naturalne. Deficyt snu, zmiany rytmu dobowego, zmęczenie, ból i obawy o zdrowie dziecka mogą mieszać się z radością, dumą, fascynacją i poczuciem spełnienia. Podkreślamy, że nie ma obojętności, odczuwania jedynie szczęścia i radości z rodzicielstwa.

Zapraszamy pary do refleksji nad tym, jak wyobrażają sobie wspólne życie z maluchem – co się zmienia, czego się obawiają, na co mają nadzieję. Rozmawiamy też o praktycznych kwestiach, takich jak nowy podział obowiązków, codziennych zadaniach. Kiedy mamy w grupie kobiety bez partnerów, zmieniamy nieco polecenie. Prosimy wtedy, żeby przyszłe mamy zastanowiły się i porozmawiały w grupach o tym jakich zmian się spodziewają, których się obawiają, na które się cieszą oraz kto będzie dla nich wsparciem.

To zazwyczaj bardzo poruszający moment warsztatów. Każda osoba najpierw odpowiada na pytania samodzielnie i zapisuje odpowiedzi na kartce, a następnie jest czas na rozmowę. Okazuje się wtedy, że zarówno przyszłe mamy, jak i przyszli ojcowie wchodzi w rodzicielstwo z marzeniami i obawami, ale też z poczuciem, że powinni pełnić nowe role według jakiegoś schematu.

W naszej pamięci został pewien ojciec z Kirgistanu, który ze łzami w oczach mówił, że chce być obecny w życiu swojego dziecka, ponieważ sam nie doświadczył obecności ojca i wie, jak bardzo mu tego brakowało. Inny ojciec zwierzył się, że chce być wsparciem dla swojej żony i dziecka, ale obawia się, że ograniczy się do zarabiania na rodzinę, bo nie potrafi rozmawiać o emocjach. Kobiety natomiast dzieliły się obawami, że nie będą potrafiły pogodzić życia zawodowego lub akademickiego z rodzicielstwem, sprostać oczekiwaniom mamy czy teściowej.

Zachęcamy pary, by znajdowały czas na rozmowę o sobie, nie tylko o dziecku, zakupach czy lekarzach. Badania pokazują, że pary, które rozmawiają o emocjach, potrzebach i zmianach w relacji, łatwiej przechodzą przez etap wczesnego rodzicielstwa, są dla siebie większym wsparciem i lepiej czują się w nowej roli.

Zwracamy także uwagę na „baby blues”, czyli smutek poporodowy, który jest naturalną konsekwencją zmian hormonalnych i trybu funkcjonowania. Zwykle mija samoistnie w ciągu kilku dni do dwóch tygodni, jeśli mama dba o siebie i ma wsparcie w partnerze. Podkreślamy jednak, że jeśli zmęczenie, trudne emocje, trudność w rozumieniu sygnałów dziecka, czy nawet niechęć do niego nie przemijają, lecz narastają, to może być to depresja poporodowa. Najlepiej wtedy skorzystać z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, ale też poprosić o wsparcie bliską osobę.

Jednym ze sposobów dbania o siebie po porodzie jest metoda **NEST** (ang. gniazdo), czyli:



- **Nutrition** – różnorodne i zdrowe odżywianie,
- **Exercise** – ruch taki, jaki lubi kobieta (np. joga, spacer, rozciąganie, taniec),
- **Sleep** – czas na odpoczynek i regenerację,
- **Time for Yourself** – czas tylko dla siebie, bez dziecka.

→ **Laktacja i karmienie noworodka**

Zaczynamy od omówienia wad i zalet karmienia piersią w kontekście społecznym Polski. Pytamy o plany uczestniczek związane z karmieniem piersią – dzięki temu mamy wstępną wiedzę na temat potrzeb grupy w tym temacie.

Pokazujemy różnice i bogactwo mleka kobiecego i zachęcamy do karmienia w nocy, ponieważ ma to dobry wpływ na rozwój układu nerwowego dziecka. Obalamy mity związane z karmieniem – np. ten, że karmienie w czasie przeziębienia szkodzi dziecku. Zapraszamy kursantów do dzielenia się poglądami na karmienie pier-

się w ich krajach i, z szacunkiem do ich kultury, wyjaśniamy, co jest korzystne dla mamy i dziecka według EBM. Dla przykładu, w niektórych krajach kobiety uważają, że siara jest niekorzystna dla dziecka i wylewają odciągnięte pierwsze krople mleka. W innych krajach karmienie mlekiem modyfikowanym jest postrzegane jako oznaka wysokiego statusu finansowego i niektóre kobiety chętniej po nie sięgają.

Omawiamy laktację w pierwszych dobach po porodzie. Często kobiety obawiają się, że będą miały niewystarczającą ilość pokarmu, dlatego proszą w szpitalu o mleko modyfikowane. Tłumaczymy, kiedy i w jaki sposób pojawia się mleko oraz jak wygląda jego produkcja, aby je uspokoić. Inne kobiety traktują karmienie jako naturalny, fizjologiczny proces i chętnie karmią piersią i długo, bez lęku przed niepowodzeniem.

Staramy się praktycznie omówić wszystkie pozycje do karmienia, ćwicząc na lalce. Mamy przy sobie silikonową pierś, na której bardzo realistycznie można zademonstrować, jak prawidłowo przystawić dziecko do piersi. Takie podejście do tematu karmienia pomaga przyswoić wiedzę, ale też wprowadza sporo śmiechu i rozładowuje stres.

Opowiadając o najczęstszych problemach w pierwszych tygodniach laktacji, podkreślamy, że karmienie to praca zespołowa mamy i dziecka, a także sposób na poradzenie sobie z niektórymi trudnościami, np. z nawalem pokarmu. Zachęcamy też do korzystania z usług doradczyni laktacyjnej – jej pomoc może być ogromnym wsparciem dla mam na początku „mlecznej drogi”.

Zwracamy uwagę, że nie istnieje konkurs na mamę roku, na najlepiej ogarnięte mieszkanie z niemowlakiem, na najszybszy powrót do formy po porodzie – nikt nie oczekuje, że przy małym dziecku kobieta będzie w stanie jeszcze pracować i gotować trzy ciepłe posiłki dziennie. Próby zadbania o wszystko i wszystkich wokół najczęściej kończą się wyczerpaniem, czasem skutkują nawet zaburzeniami laktacji.

→ **Kojenie i pielęgnacja noworodka**

Pielęgnację noworodka omawiamy, wspólnie ćwicząc na lalkach. Jeśli mamy jedną lalkę na parę, zachęcamy do ćwiczeń szczególnie mężczyzn – w wielu kulturach mężczyźni nadal nie są uczeni opieki nad małymi dziećmi. Na szczęście obserwujemy pokoleniową zmianę: coraz więcej ojców chce aktywnie uczestniczyć w opiece. Podczas tych zajęć same dowiadujemy się bardzo dużo na temat pielęgnacji noworodka w innych częściach świata, co dla nas prowadzących jest

również ciekawą edukacyjną wymianą doświadczeń. Niejednokrotnie korzystałyśmy w swojej pracy z metod poznanych od uczestników kursu. Zachęcamy do otwartości w tym temacie.

Pokazujemy rodzicom, jak wykonać prosty masaż antykolkowy oraz jak podnosić i odkładać maluszka poprzez rotację, nie wywołując u niego strachu. Najczęściej to ojcowie ćwiczą na lalkach masaż, podnoszenie i odkładanie; dla kobiety w ciąży jest to dosyć niewygodne ze względu na duży brzuch. To dla ojców piękna okazja, aby poćwiczyć, poobserwować innych ojców, wejść we wspólny rytm masowania.

Często pojawiają się u przyszłych rodziców pytania: czy spać z dzieckiem, czy nosić je na rękach, gdy jest niespokojne, jak rozróżniać rodzaje płaczu i skąd wiedzieć, jak mu pomóc. Odpowiadamy, odwołując się do potrzeb rozwojowych dziecka w pierwszych tygodniach po porodzie, czyli w tzw. czwartym trymestrze. Najbardziej służy wtedy dziecku bliskość, kołysanie, rytm i ruch, do których było przyzwyczajone w macicy.

Ojcowie z ulgą przyjmują informację że ze względu na niższy niż u ich partnerek poziom oksytocyny, śpią głębiej i mogą nie słyszeć płaczu dziecka w nocy, podczas gdy matki słyszą nawet pierwsze kwilenie.

Mamy natomiast z wdzięcznością słuchają, gdy mówimy, że poprzez pielęgnowanie noworodka – noszenie, tulenie, usypianie, kąpanie, czy masaż – tata może pobudzić u siebie produkcję oksytocyny i zwiększyć swoją wrażliwość na potrzeby dziecka.

Przez ponad 10 lat prowadzenia międzykulturowych szkół rodzenia, grup wsparcia i konsultacji indywidualnych spotkałyśmy wiele wspaniałych kobiet i par z różnych stron świata. Poznałyśmy kobiety, które przyjechały do Polski na studia, na kontrakty w międzynarodowych firmach, a także te, które uciekały przed wojną czy prześladowaniem – każda z nich w okresie wyjątkowej wrażliwości związanej z ciążą i oczekiwaniem na poród. Zależało nam, aby podczas przygotowań do porodu i rodzicielstwa, kobiety odczuwały mniej napięcia, a więcej spokoju i wiary w swoje kompetencje, a także by mogły w nowym kraju odbudować swoją sieć wsparcia. Przez ten czas same bardzo dużo się nauczyłyśmy o ogromnej sile i solidarności kobiet w okresie okołoporodowym oraz o tym, jak duże i długotrwałe korzyści dla dziecka i rodziny przynosi zdrowie i dobrostan mamy. Z wieloma z nich mamy kontakt do tej pory, a co najważniejsze, one mają kontakt ze sobą i wspierają się na kolejnych etapach rodzicielstwa.

5

Konsultacje indywidualne



Hanna Kamińska
położna



rozpoczynając projekt „Jestem mamą w Polsce” zależało nam na wsparciu migrantek w całym okresie okołoporodowym. Ze względu na wrażliwą grupę udało nam się rozpocząć cykl dwudniowych szkół rodzenia, a następnie otwartą grupę wsparcia, do której zapraszałyśmy nasze kursantki po porodzie. W trakcie zajęć kobiety wspominały, że wiele kwestii je zaskoczyło, np. problemy z karmieniem piersią, możliwość zmiany lekarza czy nieobecność lekarza prowadzącego przy porodzie. Te sygnały upewniły nas w konieczności otwarcia dodatkowych, indywidualnych konsultacji dla migrantek w ciąży i po porodzie, podczas których mogły dostać porady laktacyjne czy inne wskazówki wspierające je w okresie okołoporodowym. Spotykałyśmy się z kobietami na każdym etapie ciąży, odbywałyśmy również konsultacje w przypadku jej utraty. Nasze dwugodzinne spotkania starałyśmy się dopasować do potrzeb danej kobiety lub pary. Najczęściej poruszane zagadnienia dotyczyły:

- **orientacji w polskim systemie zdrowia przed porodem i po porodzie** (rejestracja w szpitalu w trakcie porodu, rejestracja dziecka w urzędzie i w przychodni po porodzie),
- **dbania o siebie i swoje zdrowie w trakcie ciąży** (porady dietetyczne, suplementacyjne, przygotowanie ciała do porodu),
- **pielęgnacji noworodka** (kosmetyki polecane przez położne, konsultacje w sprawie pielęgnacji dziecka sposobami praktykowanymi w kraju pochodzenia, np. masaże olejami),
- **pomocy w rozwiązaniu problemu laktacyjnego.**



Praca z tłumaczką

Niektóre konsultacje wymagały obecności tłumaczki. Wiedziałyśmy, że musi to być kobieta. Przed spotkaniem nasze tłumaczki zapoznawały się wstępnie z tematyką oraz były proszone o dyskrecję i dokładne tłumaczenie. W trakcie spotkań starałyśmy się rozmawiać wyłącznie w języku zrozumiałym dla kobiet, co zwiększało ich poczucie bezpieczeństwa.

Tłumaczenie, mimo że niezbędne i bardzo pomocne, wymaga dodatkowego nakładu czasu, dlatego zawsze warto pamiętać, aby zarezerwować sobie dodatkowe kilkanaście minut na daną wizytę lub rozłożyć materiał na dwa spotkania, jeśli mamy taką możliwość.

Jeśli nie masz możliwości skorzystania z pomocy tłumaczki, możesz:

- skorzystać z aplikacji mobilnych do tłumaczeń symultanicznych np. Tłumacz głosu Instant,
- skorzystać ze słownika w telefonie,
- przed wizytą poprosić o obecność bliskiej osoby lub np. koleżanki, sąsiadki która pomoże w tłumaczeniu.



Różnice międzykulturowe

W trakcie konsultacji starałyśmy się dowiedzieć, jak w kulturach naszych kursantek przebiega cały proces okołoporodowy. Poznałyśmy nowe tradycje i otrzymałyśmy cenne porady, przydatne w pracy z innymi migrantkami z tego samego kręgu kulturowego. Taka otwartość położnej na kulturę i zwyczaje kobiety rodzącej pomaga nam ją zrozumieć, i dodatkowo ma pozytywny wpływ na poczucie wartości i sprawczości migrantki. Dzięki temu możemy lepiej wyjaśnić specyfikę polskiego systemu ochrony zdrowia, a także znaleźć rozwiązanie dopasowane do potrzeb i oczekiwań danej kobiety lub pary. W trakcie wizyty poporodowej zawsze staram się pracować nad wzmocnieniem kompetencji u młodych rodziców, słuchając uważnie i z aprobatą, gdy opowiadają, jak radzą sobie po porodzie czy w jaki sposób pielęgnują swoje dziecko.

Mama z Indii opowiedziała mi, jak kobiety z jej miejsca pochodzenia dobierają oleje do pielęgnacji dziecka w zależności od pór roku. Na polską jesień i zimę stosują olej rozgrzewający, np. sezamowy natomiast na czas późnej wiosny i lata wybierają olej kokosowy, który delikatnie chłodzi ciało.



Polski standard opieki okołoporodowej

Standard opieki okołoporodowej w Polsce zakłada edukację kobiety ciężarnej przez położną od 21 tygodnia ciąży oraz opiekę przez pierwsze 8 tygodni po porodzie w ramach wizyt patronażowych. Te dwa zapisy zapewniają bardzo ważne i potrzebne rodzącym migrantkom usługi, niestety przez brak wiedzy oraz barierę językową nie zawsze są odpowiednio poprowadzone. Kobiety które trafiły do naszej fundacji, bardzo chętnie korzystały z opieki położnej oraz jej holistycznego podejścia. Wnioskujemy stąd, że cudzoziemki chętnie korzystałyby z usług położnych w ramach NFZ, gdyby były one bardziej dostępne. Wiele naszych kursantek było zainteresowanych możliwością prowadzenia ciąży przez położną.

Położna, przed i po porodzie, jest głównym źródłem wiedzy i wsparcia dla kobiety, która nie ma blisko siebie najbliższej rodziny ani przyjaciół. Wspierające wizyty patronażowe pomagają odnaleźć się w polskiej rzeczywistości, dlatego warto poświęcić kilka dodatkowych minut na:

- edukację kobiety w zakresie diety, stylu życia i przygotowania do nowej roli,
- wytłumaczenie rodzicom dokumentacji medycznej, którą otrzymali w szpitalu,
- wyjaśnienie zaleceń otrzymanych po porodzie i sprawdzenie, na ile są wdrożone,
- pomoc w znalezieniu najbliższej poradni preluksacyjnej w okolicy.

Ostatni punkt jest o tyle ważny, że kwestia USG bioder u dzieci jest skomplikowana dla wielu migrantów, dlatego zdarza się, że rodzice nie udają się na kontrolę ze swoim dzieckiem do poradni preluksacyjnej.

W trakcie wizyty poporodowej staram się zapisać swoje zalecenia w języku zrozumiałym dla rodziców, bądź proszę o to tłumaczkę. Dzięki temu mam większą pewność, że rodzice wszystko zrozumieli.



Kobiety z różnych kultur a polska rzeczywistość szpitalna – porady praktyczne dla położnych

→ Rodzina a poród

Zwyczaje i zachowania rodzinne związane z ciążą, porodem i położeniem znacząco różnią się w zależności od kultury, z której pochodzi para. Ma to wpływ na pracę położnej, która musi być przygotowana na szereg potencjalnie zaskakujących sytuacji.

Ilość osób, będących w bezpośrednim kontakcie z rodzącą, czy to w szpitalu, czy w domu, znacząco różni się w zależności od kraju, z którego pochodzą dane pary. W kulturach kolektywistycznych (kraje azjatyckie/konfucjańskie, muzułmańskie afrykańskie, bałkańskie, kaukaskie) więzi społeczne są silne i rozległe. Cała, często liczna, rodzina włącza się w dbanie o kobietę w ciąży, wspiera ją w porodzie, a następnie, otacza swoją opieką, gdy już urodzi. Często zdarza się, że kobiety z takich kultur przychodzą na konsultacje przedporodowe z matką lub teściową, których obecność w pierwszych tygodniach po porodzie jest zwyczajowo obowiązkowa. Migrantki chcą być również odwiedzane przez całe grupy zatroskanych członków rodziny, z których każdy czuje się ważny i potrzebny. Stanowi to duże wyzwanie, szczególnie dla personelu medycznego i nieraz deorganizuje pracę. W trakcie spotkań przed porodem warto uprzedzić ciężarną o różnicach i zasadach panujących w polskich szpitalach oraz poszukać wspólnie kompromisu, jakim mogą być np. odwiedziny w szpitalu wyznaczonych 2–3 osób, a po wyjściu – które w Polsce następuje dość szybko – spotkanie całej rodziny w domu. Również po porodzie, kobieta otoczona jest opieką żeńskiej części rodziny, co nie raz mogłyśmy zobaczyć w trakcie konsultacji poporodowych. Takiego wsparcia w pierwszych dniach po porodzie życzyłabym niejednej młodej mamie.

→ Ojciec a ciąża, poród i połóg

W Polsce, która jest krajem o kulturze kobiecej (podobnie jak np. Holandia, Skandynawia czy Kanada), poród postrzega się jako wydarzenie rodzinne, więc

obecność partnera nie jest niczym zaskakującym. Uważa się, że ciąża to stan naturalny, w związku z czym poród czy znieczulenie nie są kwestiami wstydlivymi, a tematem rozmów pomiędzy kobietami i mężczyznami. Również szkoły rodzenia w Polsce od ponad 30 lat są niejako obowiązkowym punktem na mapie przyszłych rodziców.

Zupełnie inaczej wygląda to w kulturach męskich (np. kraje afrykańskie, muzułmańskie, kaukaskie, bałkańskie, Indie), gdzie ciąża, poród i opieka nad dzieckiem to domena kobiet. Mężczyźni włączają się zazwyczaj tylko w sprawy wymagające ich zgody i aprobaty. Mężowie rodzących z tych krajów zwykle nie uczestniczą w porodach, ale są w pobliżu właśnie po to, by decydować o przebiegu porodu. Ciężarne przeważnie rodzą w towarzystwie innych kobiet z najbliższej rodziny.

Nasza obecna praktyka pokazuje, że pary wywodzące się z kultur męskich w obecnych czasach są zdecydowanie bardziej otwarte na temat ciąży i porodu niż kiedyś, dzięki czemu licznie uczestniczą w naszych szkołach rodzenia oraz korzystają z konsultacji. Mimo to powinnyśmy pamiętać, że w trakcie porodu może wydarzyć się sytuacja, w której kobieta np. odmówi zgody na znieczulenie zewnątrzpożonowe mimo własnej potrzeby, dopóki mąż nie wyrazi dyskretnie swojej aprobaty. Warto jeszcze przed porodem omówić krok po kroku zasady postępowania w polskich szpitalach, aby rodząca i jej partner nie czuli się zaskoczeni.

W trakcie konsultacji przed porodem na temat standardów okołoporodowych pewna muzułmańska para była zaskoczona, że kobieta zostaje w szpitalu aż 48 godzin. Obawiali się, że lekarze będą chcieli zatrzymać matkę i dziecko jeszcze dłużej. W trakcie rozmowy większość pytań zadawał mąż, a kobieta porozumiewała się bardziej z nim oraz tłumaczką niż ze mną – położną.

→ Kobieta jako podmiot w opiece okołoporodowej

W polskim standardzie okołoporodowym kobiety mają zagwarantowaną podmiotową opiekę. Kobieta ma prawo do decydowania o sobie i dziecku przez cały czas – jej prawa powinny być przestrzegane na każdym etapie ciąży, porodu i położu.

W zależności od kultury, część kobiet skorzysta otwarcie i chętnie ze swoich praw, inne zaś, głównie te wychowane w społecznościach hierarchicznych, oddadzą wszystkie decyzje położnej/lekarzowi ze względu na ich wyższy status społeczny. W trakcie

konsultacji mogłam zauważyć nieraz dyskretnie wycofywanie się kobiet ze swoich decyzji na rzecz bycia uprzejmą oraz z szacunku do zawodu położnej. Aby wesprzeć kobietę w podjęciu samodzielnej decyzji zamiast podejmować ją za nią, staram się pokazać wszystkie możliwości (np. możliwość wyboru szpitala ze względu na swoje preferencje, a nie tylko obecność lekarza prowadzącego ciążę) i przedstawić opcje w sposób, który pomoże kobiecie dokonać wyboru zgodnego z jej preferencjami, a nie z grzeczności. W tym celu warto zapytać „możesz wybrać prysznic lub ciepłą kąpiel, której metody chciałabyś spróbować?” zamiast „czy chcesz wejść do wody?”.

Przykłady innych różnic w postrzeganiu tematów okołoporodowych, z którymi spotkałam się w swojej praktyce:

- Cięcie cesarskie dla części Afrykanek jest oznaką słabości i formą „naznaczenia”, natomiast dla niektórych Czechenek jest oznaką prestiżu i świadczy o opiece na wysokim poziomie.
- W krajach środkowej Afryki (np. w Tanzanii) kobiety obmywane są po porodzie gorącą, niemal wrzącą wodą. W trakcie konsultacji przedporodowych pytają z lękiem czy ten proceder jest wykonywany również u nas.
- W Afganistanie siara traktowana jest jak zepsute mleko i wylwana.
- Transport noworodka w wózku lub foteliku samochodowym nie jest dla wszystkich oczywisty. Spotkałam się niejednokrotnie z pytaniem, czy rodzice mogą mieć noworodka na rękach w tramwaju lub autobusie i czy konieczne trzeba posiadać fotelik/wózek. W takich sytuacjach zachęcam do pożyczenia fotelika/wózka od znajomych bądź poszukania na grupach społecznościowych.
- W trakcie wizyty domowej rodziny hinduskie są bardzo gościnne i lubią częstować swoich gości tradycyjną herbatą Masala (napar z czarnej herbaty, mleka i lokalnych przypraw). Przyjęcie poczęstunku ma tam duże znaczenie emocjonalne i kulturowe. Jeśli nie lubimy tego typu herbaty, możemy poprosić o symboliczną ilość, ale warto wykonać gest przyjęcia poczęstunku.

Konsultacje z migrantkami pomogły mi zrozumieć potrzeby oraz lęki przyszłych mam z różnych części świata. Widziałam, że my położne jesteśmy dla nich jednym z najważniejszych filarów wsparcia w okresie okołoporodowym, a nasza opinia jest dla nich bardzo ważna. Jestem też świadoma barier językowych i ograniczeń czasowych naszych spotkań, mimo naszych najlepszych chęci, aby każdą rodzącą migrantkę otoczyć adekwatną do jej potrzeb opieką. Jaki główny wniosek nasunął mi się po tych spotkaniach? Wzajemna otwartość, w tym na zasoby i praktyki kulturowe młodych rodziców, których spotykamy na naszej położniczej drodze. Nasze konsultacje warto opierać na poszukiwaniu rozwiązań:

Bardzo dobrze, że już myślicie o wyborze szpitala, który z nich wybraliście jako pierwszy?



Mamo, bardzo dobrze sobie radzisz! Jestem z Was dumna!



- Starajmy się nie narzucać naszych metod jako jedynych właściwych,
- Gdy mama nie wie czym pielęgnować skórę dziecka w Polsce, zapytaj czym pielęgnuje się dzieci w jej kraju i wspólnie wybierzcie metodę (oleje, masło shea itp.), najlepiej z jej rodzinnych kręgów, a gdyby ta metoda nie była skuteczna, możesz zapisać na kartce produkty które polecasz z polskich sklepów,
- Zauważ i pochwal decyzje, które już podjęli, np. *Bardzo dobrze, że już myślicie o wyborze szpitala, który z nich wybraliście jako pierwszy?*, zamiast *Trzeba wybrać szpital przed porodem, zostało wam mało czasu.* – dobre słowo jest pamiętane przez lata.
- Starajmy się zakończyć naszą wizytę pozytywnym słowem, w szczególności jeśli w trakcie wizyty omawialiśmy jakiś problem, np. laktacyjny czy pielęgnacyjny: *Mamo, bardzo dobrze sobie radzisz! Jestem z Was dumna!*

6

Ciało, oddech i obecność

Techniki somatyczne
wspierające kobiety
migranckie w okresie
okołoporodowym



Wspierając kobiety migranckie w ciąży i okresie okołoporodowym, coraz częściej zauważamy, jak ważne są nie tylko medyczna opieka i wsparcie emocjonalne, ale także troska o ciało jako punkt oparcia i zasób. Dla wielu kobiet ciało staje się miejscem napięcia, niepokoju i lęku – zwłaszcza, jeśli doświadczyły trudnych przeżyć migracyjnych, straty lub przemocy. Techniki somatyczne – uważny ruch, praca z oddechem, obecność, proste ćwiczenia z piłką czy w wodzie – mogą stać się realnym wsparciem – dawać poczucie ugruntowania i ukojenia.

Położne, które mają bezpośredni kontakt z kobietą w ciąży, często jako pierwsze mogą zachęcić ją do łagodnego kontaktu z własnym ciałem i przypomnieć, że poród to nie tylko medyczne zdarzenie, ale również głębokie doświadczenie cielesno-emocjonalne.

→ Ciało jako zasób – powrót do siebie



Kobieta migrancka może czuć się odcięta od swojego ciała – z powodu traumy, stresu związanego z przeprowadzką, braku wsparcia społecznego obcego otoczenia. Delikatny ruch i praca z ciałem pomagają wrócić do siebie. Nawet krótkie praktyki ruchowe mogą przynieść ulgę i poczucie wpływu.

Praktyczne formy wsparcia:

- ćwiczenia uziemiające: stopy na ziemi, siedzenie na macie, kołysanie biodrami,
- swobodne rozciąganie i ruch w rytmie oddechu,
- relaksacja ciała przez świadome skanowanie napięć.

Położna może zaproponować kobietom migranckim choćby krótką chwilę uważnego bycia ze sobą – to często pierwszy krok do poczucia bezpieczeństwa.

→ Oddech – klucz do spokoju i obecności



Świadomy oddech to jedno z najprostszych i najskuteczniejszych narzędzi redukcji stresu. Nie wymaga znajomości języka ani żadnego sprzętu – wystarczy być i oddychać.

Techniki oddechowe przydatne w ciąży i porodzie:

- wydłużony wydech – wspomaga relaks i ułatwia zasypianie,
- oddech falowy – pomaga wizualizować skurcze jako fale, które przychodzą i odchodzą,
- oddech przez usta w czasie skurczów – pozwala lepiej sobie radzić z bólem.

Położna może zachęcać do codziennej praktyki 3–5 minut spokojnego oddechu – ćwicząc przez tak krótką chwilę, możemy obniżyć fizjologiczny poziom napięcia.

→ Joga dla kobiet w ciąży – harmonia ciała, umysłu i emocji

Joga prenatalna to łagodna forma pracy z ciałem i oddechem, dopasowana do potrzeb kobiet w ciąży. Szczególnie dla migrantek, które często doświadczają napięć emocjonalnych i fizycznych, joga może stać się przestrzenią odnalezienia bezpieczeństwa, spokoju i zaufania do ciała.

Korzyści z jogi:

- poprawa postawy i krążenia,
- zmniejszenie bólów pleców i bioder,
- zwiększenie elastyczności miednicy,
- nauka pozycji porodowych (np. przysiad, klęk, oparcie o ścianę),
- integracja emocji poprzez oddech i obecność.

Położna może polecić lokalne zajęcia jogi prenatalnej lub zaproponować kilka prostych pozycji do wykonania w domu – z pomocą zdjęć, aplikacji lub w trakcie edukacji przedporodowej.

→ Taniec i swobodny ruch – rytm jako źródło siły

Taniec, zwłaszcza intuicyjny, może przynieść kobietom nie tylko fizyczną ulgę, ale też radość i kontakt z kulturą. Kołysanie biodrami, pulsowanie w rytm muzyki, swobodny ruch ramion – to nie tylko formy ćwiczeń, ale też głęboko zakorzeniona w wielu tradycjach kobieca praktyka przygotowania do porodu.

Dlaczego taniec działa:

- ułatwia rozluźnienie miednicy,
- wzmacnia mięśnie dna miednicy,
- pozwala odreagować napięcie emocjonalne,

- daje poczucie wspólnoty (szczególnie w grupach wielokulturowych),
- może być stosowany także w czasie porodu jako wsparcie w skurczach.

Położne mogą zachęcać kobiety do tańca w domu – solo lub z osobą partnerską – nawet przez kilka minut dziennie.

→ Ćwiczenia z piłką (fitball) – bezpieczne i skuteczne



Piłka porodowa to jedno z najprostszych i najbardziej efektywnych narzędzi pracy z ciałem w ciąży i porodzie. Może być używana w domu, w szkole rodzenia, a także na sali porodowej.

Zalety pracy z piłką:

- odciąża kręgosłup i kolana,
- ułatwia przyjmowanie pozycji wertykalnych,
- wspiera ruchy miednicy korzystne dla postępu porodu,
- daje poczucie bezpieczeństwa dzięki kontaktowi z podłożem.

Przykładowe zastosowania:

- siedzenie i kołysanie miednicą – codziennie w ciąży,
- klęk z oparciem na piłce – jako pozycja relaksacyjna w porodzie,
- leżenie z nogami na piłce – dla odpoczynku i poprawy krążenia.

Położne mogą pokazać, jak bezpiecznie korzystać z piłki nawet w małych przestrzeniach, a także jak ją zabrać do szpitala (jeśli placówka na to pozwala).

→ Woda – ukojenie ciała i duszy



Zajęcia w wodzie (aquanatal, pływanie, relaks w basenie) to wyjątkowo łagodna i korzystna forma ruchu dla kobiet w ciąży, szczególnie tych, które cierpią na bóle kręgosłupa, obrzęki lub nadmierne napięcie mięśniowe.

Dlaczego basen pomaga:

- odciąża stawy i kręgosłup,
- poprawia krążenie i oddychanie,
- ułatwia relaksację i kontakt z dzieckiem,
- daje poczucie lekkości i wolności.

Woda ma także znaczenie symboliczne – dla wielu kobiet z różnych kultur to żywioł życia, oczyszczenia, regeneracji. Nawet krótkie przebywanie w ciepłej wodzie może działać uspokajająco.

Położna może wspomnieć o dostępnych zajęciach wodnych lub zaproponować kobiecie indywidualny relaks w wannie (jeśli nie ma przeciwwskazań medycznych).

→ Obecność – bycie z kobietą, nie tylko dla niej



Nie tylko techniki mają znaczenie – ale także sposób, w jaki są przekazywane. Dla kobiet migranckich, które często czują się niewidzialne i niesłyszane, ogromne znaczenie ma uważna obecność osoby wspierającej: położnej, psycholożki, douli.

Jak budować obecność:

- poprzez spokojny ton głosu i kontakt wzrokowy,
- poprzez akceptację ciszy i pauzy w rozmowie,
- poprzez pytania o ciało: „Co teraz czujesz?”, „Gdzie odczuwasz napięcie?”,
- poprzez wspólne oddychanie, siedzenie w ciszy, dotyk z uważnością (jeśli kobieta wyraża zgodę).

→ Podsumowanie



Techniki somatyczne – takie jak joga, taniec, ćwiczenia z piłką czy relaks w wodzie – mają ogromny potencjał wsparcia kobiet migranckich w ciąży i porodzie. Łączą ciało, umysł i emocje, pomagają odnaleźć poczucie bezpieczeństwa i sprawczości, nawet w nowych i trudnych warunkach. Położne, które towarzyszą kobietom w tym czasie, mogą w prosty sposób włączać te praktyki do swojej pracy – niezależnie od miejsca, języka czy kultury. Bo ciało rozumie – nawet wtedy, gdy brakuje słów.

7

Jak dbać o swój dobrostan?

Krótki przewodnik dla
położnych pracujących
z kobietami z różnych kultur

„Dbaj o innych, nie szkodząc sobie”

Mark Manson



Agnieszka Carrasco-Żylicz
psycholożka



Opieka okołoporodowa nad kobietami z doświadczeniem migracji to dla położnej nie tylko cenne zawodowo, ale i wymagające doświadczenie. Z jednej strony przynosi satysfakcję i poczucie sensu, z drugiej – wiąże się z wyzwaniem, na które trudno się przygotować. Opieka okołoporodowa nie ogranicza się jedynie do aspektów fizjologicznych, obejmuje też stan psychiczny matek.

Kobiety migrantki są bardziej narażone na trudności emocjonalne czy zaburzenia nastroju związane z ciążą, porodem i położeniem. Często zmagają się z traumą uchodźczą, lękiem lub depresją, co utrudnia komunikację i współpracę, a w konsekwencji może wpływać na przebieg porodu.

Istotnym wyzwaniem w pracy z ciężarnymi cudzoziemkami są różnice kulturowe, manifestujące się na różnych polach. Odmienność przekonań, norm i oczekiwań związanych z ciążą, porodem czy położeniem może prowadzić do nieporozumień i komplikacji. Na pracę z pacjentką będą wpływać obecne w jej kulturze wzory relacji rodzinnych i społecznych, postrzeganie roli, miejsca oraz praw kobiet i dzieci (często inaczej traktuje się chłopców i dziewczynki). Jednak jednym z najważniejszych źródeł różnic jest religia, definiująca światopogląd i system wartości. Wiele kobiet, odpowiadając na pytanie „kim są?”, odwołuje się do tego, w co wierzą, jakim tradycjom chcą pozostać wierne, a także do nauk ich matek, babek, społeczności plemiennej czy wspólnoty wyznaniowej. Obrzędy, święta i tradycje religijne często regulują życie społeczności, z której pochodzi migrantka. Duże znaczenie dla pracy położnej będą miały rozmaite tabu, np. tabu pokarmowe czy to związane z milczeniem na temat menstruacji i ciąży (np. w krajach afrykańskich).

W sferze komunikacji – w używanych językach, w pozawerbalnych formach wyrażania postaw, uczuć, emocji, a także w obyczajach czy podejściu do czasu także zauważymy istotne różnice.

W tej złożonej rzeczywistości położna musi nie tylko umieć się odnaleźć, ale i podejmować odpowiednie działania. Wymaga to od niej elastyczności w korzystaniu ze swojej wiedzy, doświadczenia, ale także odwoływania się do intuicji i kreatywności. Kompetencje medyczne same w sobie nie wystarczają – równie ważna jest otwartość, wrażliwość kulturowa oraz odporność psychiczna. Aby móc korzystać z tych wszystkich zasobów, kluczowa jest dobra kondycja psychofizyczna położnej, dlatego w tym rozdziale skoncentruję się na fundamentalnym, lecz często pomijanym zagadnieniu – dbaniu o własny dobrostan.



Dobrostan osoby niosącej pomoc

Własny dobrostan jest fundamentem, bez którego trudno wspierać innych. Bliskie jest mi powiedzenie Kati Reed: „*Dzięki dbaniu o siebie możesz światu rozdawać to, co masz najlepszego, a nie tylko resztki sił, które ci pozostały*”.

Stres jest wpisany w pracę położnej. Opieka nad kobietami z doświadczeniem migracji jest to często samotna walka o zdrowie dziecka i matki, która wiąże się z podejmowaniem decyzji pod presją czasu, konfrontowaniem się z traumą, lękiem, a czasem stratą. Położna towarzyszy kobietom zarówno w chwilach radości, jak i w momentach trudnych emocjonalnie.

Wspominam położną, o której opowiadała mi pani Grace, migrantka z Demokratycznej Republiki Konga). Pani Grace wspominała w rozmowie ze mną: „Położna przywitała mnie w szpitalu serdecznym uśmiechem. Była cierpliwa, choć nie potrafię mówić po polsku, jedynie po francusku. Widziałam na jej twarzy zmęczenie, to miał być jej kolejny poród tego dnia. Starła się być przy mnie. To ona przekonała lekarza by razem ze mną na sali porodowej mogła pozostać moja znajoma z Ośrodka dla Cudzoziemców, też Kongijka. Położna nie знаła mojej historii, ale czułam że ona zdaje sobie sprawę z tego co ja przeszałam. Było już 10 dni po terminie, bardzo cierpiałam i bałam się o zdrowie dziecka. Do szpitala trafiłam po wielu tygodniach tułaczki: przebywania w lesie na granicy, zatrzymanie a potem w Ośrodku zamkniętym. Czułam że mnie wspiera, chce dobrze, ale i ufa mojej znajomej i w dobry dla mnie sposób korzysta z jej obecności. Byłam jej wdzięczna, za to że przygotowała mnie i pomogła zaakceptować konieczność cesarskiego cięcia. Bardzo się tego bałam, ale dzięki niej zrozumiałam, że to dla dobra dziecka. Położna porozumiewała się ze mną za pomocą gestów i obrazów. Czułam, że ja i moja córeczka jesteśmy w dobrych rękach”. Wiem, że położna, o której mowa, pracuje w szpitalu blisko Ośrodka otwartego dla cudzoziemców. Nie była to pierwsza pacjentka z dalekiego świata, którą przywieziono na jej dyżur bez kompletnej dokumentacji oraz przygotowania.

Wizyty patronażowe niejednokrotnie są trudnym wyzwaniem, nie tylko ze względu na różnorodność kulturową czy odmienny język, ale na złożoną sytuację socjalną mam migrantek.

Znajoma położna miała odwiedzić pacjentkę z Tanzanii. Młoda kobieta była w 6 miesiącu ciąży, oczekiwała bliźniaków. Została deportowana z Niemiec i w Polsce trafiła pod opieką fundacji, która zorganizowała jej mieszkanie z innymi kobietami w domu należącym do organizacji. Przyjęła położną z nieufnością i dystansem. Okazało się że ciężarna ma złe wyniki morfologii. Lekarz zalecił suplementację i nutridrinki, jednak kobieta nie wykupiła recepty, bo nie miała na to środków. Jako muzułmanka, nie wiedziała, gdzie kupić mięso i inne produkty halal, więc od dłuższego czasu nie jadła mięsa ani jajek. Położna, choć przejęta stanem zdrowia ciężarnej, nie wzięła na siebie kolejnego zadania. Przekierowała sprawę do fundacji która mogła wesprzeć pacjentkę socjalnie i materialnie.

→ Jak dbać o siebie, by uchronić się przed wyczerpaniem, a w konsekwencji – wypaleniem zawodowym?

Kluczowa jest świadomość, że aby móc wspierać innych, trzeba najpierw zadbać o siebie. Rozpoznawanie własnych potrzeb, zrozumienie i respektowanie swoich fizycznych i psychicznych granic to nie luksus, lecz warunek skutecznej pomocy. Dbanie o własny dobrostan nie jest przejawem egoizmu – to niezbędny element profesjonalnej opieki nad pacjentką i jej dzieckiem.

→ Krótkie przypomnienie – fizjologia stresu i regeneracji

To wiedza dobrze znana każdej osobie związanej ze służbą zdrowia, ale warto ją sobie co jakiś czas przypominać – szczególnie w kontekście troski o własne zdrowie psychofizyczne.

Układ
przywspółczulny

Układ przywspółczulny odpowiada za procesy odpoczynku, regeneracji i gromadzenia zasobów organizmu. Gdy jest aktywny, nasz organizm „wrzuca niższy bieg”:

- siła skurczu serca obniża się, tętno spowalnia,
- naczynia krwionośne rozszerzają się,
- poziom insuliny rośnie, co ułatwia magazynowanie energii,
- perystaltyka jelit przyspiesza, poprawiając trawienie i wchłanianie składników odżywczych,
- spada napięcie mięśniowe,
- organizm przełącza się w tryb „konserwacji zasobów” i odbudowy.

Można powiedzieć, że jest to stan „wewnętrznego ładowania baterii”.



Układ współczulny

Z kolei **układ współczulny** odpowiada za mobilizację i gotowość organizmu do działania w sytuacjach zagrożenia lub wyzwania – realnego bądź postrzeżanego. Gdy się aktywuje:

- serce bije szybciej i mocniej,
- źrenice się rozszerzają, poprawiając zdolność widzenia,
- nadnercza zaczynają wydzielać adrenalinę i noradrenalinę,
- ciśnienie tętnicze wzrasta,
- przepływ krwi jest kierowany do mięśni i mózgu, a ograniczany w układzie pokarmowym,
- organizm przygotowuje się do walki lub ucieczki.

To doskonały mechanizm... ale przewidziany na sytuacje krótkotrwałe.

Współczesne życie – a szczególnie praca w polskiej ochronie zdrowia – sprawia, że **układ współczulny jest nadmiernie pobudzany przez długi czas**. Odpowiedzialność za pacjentki, presja środowiska pracy, napięcia związane z życiem rodzinnym i osobistym kumulują się, prowadząc do **przewlekłego stresu**. Organizm funkcjonuje wówczas w trybie nieustannej mobilizacji.

Konsekwencje? Zużycie zasobów, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia snu, problemy metaboliczne, obniżenie odporności, a w dłuższej perspektywie – ryzyko wypalenia zawodowego i poważnych chorób.

Dlatego **świadome budowanie odporności psychofizycznej i dbanie o równowagę emocjonalną** nie jest luksusem, lecz koniecznością. Odbywa się to poprzez:

- regularną aktywację układu przywspółczulnego (odpoczynek, sen, relaks, ćwiczenia oddechowe, kontakt z naturą, aktywność fizyczna),
- wyznaczanie zdrowych granic w pracy i w życiu prywatnym,
- reagowanie na pierwsze sygnały przeciążenia.

→ Sztuka współodczuwania z samą sobą (Self-Compassion)

Współodczuwanie z samą sobą to umiejętność traktowania siebie tak, jak traktowalibyśmy bliską osobę – przyjaciela, na którym nam zależy. Pojęcie to wprowadziła do literatury Kristin Neff, która wyróżniła trzy filary self-compassion.

Pierwszym z nich jest **życzliwość, troska i zrozumienie wobec siebie**, zamiast krytykowania, umniejszania własnych zasobów czy negowania swoich emocji.

Drugi filar to **świadomość wspólnego człowieczeństwa** – przypomnienie sobie, że nikt nie jest idealny, każdy popełnia błędy, doświadcza słabości i trudnych momentów. Trzecim filarem jest **uwaga na własne emocje** – dostrzeganie i nazywanie tego, co czuję, bez oceniania. Trochę jak obserwowanie aktualnej mapy pogody: nie po to, by ją oceniać, ale by wiedzieć, co się dzieje.

W praktyce jednak współodczuwanie z samą sobą nie jest łatwe. Często przeszkadzają nam w tym głęboko zakorzenione przekonania – że musimy być perfekcyjne, że nie wolno nam się mylić, że każda słabość to porażka. Jeśli dorastaliśmy w krytycznym, wymagającym środowisku, prawdopodobnie nauczyliśmy się traktować siebie bardzo surowo. Wewnętrzny krytyk – głos, który podważa nasze działania, obwinia i rozlicza – staje się wtedy stałym towarzyszem.

Tymczasem rola położnej – zwłaszcza tej wspierającej kobiety z innych kultur, często zagubione i samotne – jest nie do przecenienia. Takiego wsparcia nikt inny im nie udzieli. Jednak wokół zawodu położnej wciąż funkcjonuje mit niezniszczalności – jakby zasoby fizyczne i psychiczne tej osoby były niewyczerpane. Co gorsza, ten mit wspiera także system opieki zdrowotnej.

Zastanów się:

- Czy ulegasz przekonaniu, że musisz być zawsze silna?
- Czy stawiasz sobie nierealistycznie wysokie wymagania?
- Czy zdarzyło Ci się przekroczyć granice swojego bezpieczeństwa fizycznego lub psychicznego?
- Czy wyrzucasz sobie, że mogłabyś pracować lepiej?

Spróbuj zatrzymać się i powiedzieć sobie:

- „Robię to najlepiej, jak potrafię.”
- „Robię tyle, ile jestem w stanie zrobić w danym momencie.”
- „Jestem człowiekiem. Mam prawo być zmęczona, przeciążona, wyczerpana.”

Dbając o siebie, nie jesteś egoistką. To element zawodowej higieny i dowód profesjonalizmu. Uwaga na własne potrzeby, regularna samoobserwacja, rozpoznawanie i nazywanie emocji – bez oceniania siebie – to podstawowe narzędzia ochrony przed wypaleniem. Wzięcie odpowiedzialności za swój stan psychiczny i fizyczny oznacza umiejętność powiedzenia „nie”, kiedy trzeba:

- „Nie wezmę tego dyżuru, bo jestem zbyt zmęczona.”
- „Nie przyjdę, bo to przekracza moje możliwości.”

To nie słabość. To profesjonalne wyczucie i obrona granic swojego zdrowia i zadowolenia w pracy.

→ Empatia pod kontrolą

Dla nas, kobiet, emocje i wrażliwość emocjonalna są szczególnie ważne. Empatia jest niezbędna w pracy położnej: pozwala nawiązać relację z rodzącą, zbudować zaufanie, lepiej ją zrozumieć. Jest ważnym narzędziem, ale – jak każde narzędzie – może również stać się źródłem przeciążenia i zagrożenia dla ciebie samej.

Przyjmijmy tu następującą definicję empatii – zdolność do rozpoznawania, rozumienia i współodczuwania emocji oraz doświadczeń innych osób, przy jednocześniej świadomości, że są to ich, a nie nasze przeżycia. Empatia jest niezbędna w pracy położnej: pozwala nawiązać relację z rodzącą, zbudować zaufanie, lepiej ją zrozumieć. Jest ważnym narzędziem, ale – jak każde narzędzie – może również stać się źródłem przeciążenia i zagrożenia dla Ciebie samej.

Wiele kobiet, którymi się opiekujesz, przeszło traumatyczne doświadczenia – zarówno w krajach pochodzenia, jak i na drodze migracyjnej. Często funkcjonują w trybie przetrwania: pełne lęku, nieufności, zamrożone emocjonalnie albo przeciwnie – rozdrażnione, niespokojne, przytłoczone własnymi uczuciami. Ich emocje mogą być niekontrolowane lub tłumione. Gdy wchłoniesz ten chaos emocjonalny, o co nie trudno pracując z kobietami po przejściach – Twoja empatia zacznie Cię obciążać.

Wyobraź sobie, że masz wewnętrzne pokrętło, które reguluje poziom empatii. Jak termostat. Możesz współodczuwać z rodzącą – czuć jej ból, lęk, cierpienie – ale jednocześnie zachowywać bezpieczny dystans. Twoją odpowiedzialnością jest troszczyć się o nią, ale nie zanurzać się w jej emocjach na tyle głęboko, żeby stracić kontrolę nad własnymi.

→ Kilka prostych sposobów, by odzyskać równowagę:

- Zadać sobie pytanie: *czy lęk, który teraz czuję, jest mój – czy pacjentki?*
- Zlokalizuj emocje w ciele: *w której części ciała odczuwam napięcie?*
- Wróć do siebie, biorąc świadome i spokojne oddechy.
- Zmień pozycję ciała – odejdź na moment, np. podejdź do okna.
- Przemyj twarz i dłonie chłodną wodą.

- Pomrugaj oczami, potrząśnij palcami dłoni, jakbyś chciała strząsnąć z nich krople wody.
- Poruszaj palcami stóp.

Skup uwagę na czymś pozytywnym:

- Znajdź przedmiot, który budzi w tobie pozytywne skojarzenia i skup na nim wzrok.
- W myślach przenieś się na chwilę do swojego bezpiecznego miejsca – ogrodu, parku, plaży. Przywołaj wspomnienia zapachów, dźwięków, kolorów, smaków, które cię tam otaczały.

Pamiętaj o odpoczynku po każdym porodzie.

Wprowadź rytuał zakończenia dyżuru. Wychodząc ze szpitala, zamknij za sobą drzwi i wyobraź sobie, że symbolicznie zostawiasz za nimi emocje i ciężar dnia. W drodze powrotnej skieruj uwagę na siebie – pomyśl, czego naprawdę potrzebujesz, co sprawi ci przyjemność i pozwoli się zregenerować. Może to być spotkanie z kimś bliskim, spacer, film, książka, prysznic, ulubiona muzyka, masaż, medytacja czy zwykły odpoczynek w ciszy. Ważne, by to było coś dla Ciebie.

Bądź uważna na pierwsze sygnały przeciążenia:

- wyczerpanie,
- problemy ze snem,
- drażliwość,
- trudności z koncentracją i pamięcią,
- częste infekcje,
- bóle głowy,
- przygnębienie
- apatię.

Nie ignoruj ich – to sygnały alarmowe. Raz jeszcze: dbając o siebie, chronisz swoją zdolność pomagania innym.

→ Dobrostan relacyjny

Dbając o własny dobrostan, warto zwrócić uwagę na jakość relacji, które budujemy – zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. Otaczaj się ludźmi, przy których czujesz się swobodnie i bezpiecznie, z którymi lubisz rozmawiać, odpoczywać, uprawiać sport czy dzielić inne pasje niezwiązane z pracą. Relacje, które pozwalają ci się regenerować, są bardzo ważnym – jeśli nie najważniejszym –

„buforem bezpieczeństwa” w naszym życiu. Niestety, w codziennym pośpiechu między obowiązkami domowymi a pracą, często nieświadomie pozwalamy, by relacje z bliskimi, akceptującymi nas osobami słabły.

Jednocześnie ważne jest, aby nauczyć się świadome rozpoznawać toksyczne zachowania u innych – unikaj osób, które obwiniają cię, rywalizują, podważają twoje kompetencje czy bagatelizują twoje trudności. Takie kontakty generują dodatkowy stres i podważają poczucie własnej wartości.

Szczególną rolę w budowaniu dobrostanu relacyjnego odgrywa środowisko pracy. Praca w zespole opartym na wzajemnym szacunku, dobrej komunikacji i zaufaniu daje poczucie wsparcia i bezpieczeństwa. Warto dążyć do tworzenia przestrzeni, w której można otwarcie mówić o trudnościach i problemach – bez obawy o ocenę czy krytykę. Pomocne są regularne rozmowy po trudnych dyżurach (tzw. debriefingi), pytania o potrzeby zespołu oraz wspólne szukanie rozwiązań. Warto wprowadzić też drobne rytuały wzmacniające – jak dzielenie się na zakończenie dyżuru dobrymi doświadczeniami czy wzmacniającymi informacjami. Taka codzienna, świadoma troska o relacje staje się jednym z filarów odporności psychicznej i zawodowego dobrostanu.

→ Zamiast zakończenia

Podkreślmy to jeszcze raz: dbanie o siebie to nie luksus ani przejaw egoizmu – to konieczność, jeśli chcemy zachować zdrowie fizyczne, psychiczne, emocjonalne i duchowe. Oznacza to świadome podejmowanie działań, które wspierają regenerację, równowagę i wewnętrzny spokój. W praktyce może to być odpoczynek, zdrowe jedzenie, aktywność fizyczna, ale też stawianie granic, odmawianie nadmiernym oczekiwaniom czy świadome budowanie wspierających relacji.

Utrzymywanie zdrowej relacji z samą sobą jest fundamentem, który przekłada się na jakość relacji z innymi – jeśli zadbasz o siebie, łatwiej będzie ci okazywać troskę i wsparcie innym, nie przekraczając przy tym własnych granic.

PAMIĘTAJ: dbanie o siebie to element twojego profesjonalizmu. Bez niego twoja odporność psychiczna i fizyczna z czasem będzie słabnąć.

Bibliografia:

- Williams M., Penman D., *Mindfulness. Trening uważności*, Warszawa, Samo Sedno, 2023.
- LaDyne R., *Odetnij napięcie. Jak pokonać stres dzięki praktykom psychosomatycznym*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2021.
- Ferguson A., *Reset nerwu X. Jak skutecznie poradzić sobie z lękiem, stresem i traumą*, Kraków, Insignis Media, 2024.
- Germer C., Neff K., *Samowspółczucie*, Gdańsk, GWP, 2022
- Schiraldi G. R., *Siła rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu*, Gdańsk, GWP, 2023.
- Rothschild B., *Wsparcie dla wspierających*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2024.

8

Wsparcie kobiet w okresie okołoporodowym po doświadczeniu przemocy



Julia Walatek

psycholożka, psychotraumatolożka



kulturze i mediach czas ciąży, porodu i porodu często jest ukazywany jako okres szczęścia i nadziei, jednak dla wielu kobiet może się wiązać z nasileniem trudnych emocji, zwłaszcza jeśli w ich życiu obecna jest lub była przemoc. Badania pokazują, że doświadczenie przemocy – zarówno w dzieciństwie, jak i w dorosłości – znacząco zwiększa ryzyko komplikacji zdrowotnych i psychicznych w okresie okołoporodowym. Rola położnej jest w tym przypadku bardzo ważna – to ona sprawuje bezpośrednią opiekę nad kobietą w ciąży, podczas porodu i w porodu, i może reagować, gdy widzi niepokojące objawy związane z doznaniem przemocy.

W oparciu o własne doświadczenia pracy z pacjentkami po przemocy, chciałabym przybliżyć to zagadnienie oraz podzielić się praktycznymi wskazówkami, z uwzględnieniem specyfiki sytuacji migrantek.

Według danych WHO co trzecia kobieta na świecie doświadcza w ciągu swojego życia przemocy fizycznej i/lub seksualnej, najczęściej ze strony partnera. W Polsce, jak wskazuje raport NIK z 2021, niemal co czwarta kobieta przynajmniej raz doświadczyła przemocy domowej. Ze szczególnym ryzykiem wiąże się czas ciąży i porodu, kiedy zmiana dynamiki relacji, stres oraz poczucie bezradności mogą nasilać agresywne zachowania w związku. Przemoc w okresie okołoporodowym zwiększa ryzyko:

- **powikłań zdrowotnych w ciąży** (poronień, porodów przedwczesnych, niskiej masy urodzeniowej dziecka),
- **zaburzeń psychicznych** (depresji, PTSD, zaburzeń lękowych),
- **problemów w nawiązywaniu więzi z dzieckiem**,
- a także **przemocy podczas porodu**, nazywanej przemocą instytucjonalną.

Położna towarzyszy kobiecie na różnych etapach okołoporodowych, dlatego warto, aby potrafiła rozróżniać rodzaje przemocy i ich objawy – to pomoże jej udzielić adekwatnego wsparcia.

Przemoc może mieć charakter:

- **fizyczny** (bicie, popychanie, szarpanie),
- **psychiczny** (upokarzanie, kontrolowanie, groźby, gaslighting),
- **seksualny** (wymuszanie współżycia, gwałt),
- **ekonomiczny** (pozbawienie środków do życia, ograniczanie dostępu do leczenia).

Objawami mogącymi wskazywać na doświadczanie przemocy są m.in.:

- nadmierny niepokój lub/i napięcie podczas wizyt,
- niewyjaśnione siniaki i urazy,
- niechęć do rozmowy przy partnerze,
- rezygnacja z badań ginekologicznych,
- zgłaszanie nieuzasadnionych obaw lub przeciwnie – skrajne bagatelizowanie objawów,
- unikanie kontaktu wzrokowego z personelem medycznym, szczególnie mężczyznami (w kulturze Azji Wschodniej, arabskiej, afrykańskiej, południowoazjatyckiej, romskiej jest to normą kulturową, związaną najczęściej z szacunkiem lub wstydem związanym z sytuacją okołoporodową),
- wycofanie emocjonalne – obojętność, „nieobecność”,
- trudności w podejmowaniu decyzji dotyczących siebie i dziecka, nadmierne poleganie na partnerze lub rodzinie,
- ekstremalny wstyd lub poczucie winy związane z ciążą, porodem, własnym ciałem,
- nadmierne podporządkowanie się poleceniom personelu, nawet wbrew własnym potrzebom i granicom,
- problemy z karmieniem piersią – odmawianie, trudności w nawiązywaniu kontaktu z dzieckiem,
- zachowania nadmiernie kontrolujące np. obsesyjne sprawdzanie stanu dziecka, nieufność wobec personelu,
- trudności z nawiązaniem relacji z dzieckiem, dystans emocjonalny lub przeciwnie nadmierna lękowa troska,
- niska samoocena i poczucie niekompetencji w roli matki,
- silne reakcje na zapachy, dźwięki, dotyk (np. zapach lateksowych rękawiczek, widok strzykawek), które mogą przypominać sytuację przemocy,
- epizody paniki lub zamrożenia (freeze response) podczas badań czy rozmów o przeszłości,
- trudności z opisaniem swoich objawów – kobiety mogą nie umieć nazwać swoich emocji i dolegliwości,
- niepokój o przyszłość i bezpieczeństwo dziecka – często wyrażany w przesadnie katastroficzny sposób lub w zupełnym zaprzeczeniu.

Warto pamiętać, że opuszczenie własnego kraju może wiązać się z traumatycznymi doświadczeniami i odbywać w dramatycznych okolicznościach. Częstym powodem wyjazdu migrantek i uchodźczyń jest bezpośrednie zagrożenie ich życia lub zdrowia spowodowane przez katastrofy naturalne, reżim polityczny czy konflikty

zbrojne. Już samo opuszczenie ojczyzny jest związane z ogromnym stresem, a odnalezienie się w nowej – w tym przypadku polskiej – rzeczywistości, bywa trudnym wyzwaniem pod względem społecznym, kulturowym, językowym i emocjonalnym. Takie doświadczenia sprawiają, że kobiety migranckie i uchodźczynie często narażone są na dyskryminację i przemoc w różnych sferach życia, zarówno w tych prywatnych, jak i publicznych. To z kolei wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do otoczenia oraz komfort w kontakcie z personelem medycznym. Poniżej przedstawiam najważniejsze ryzyka i obawy, z jakimi te kobiety się mierzą:

- **Lęk przed ujawnieniem faktu przemocy z obawy przed konsekwencjami prawnymi, deportacją czy utratą opieki nad dzieckiem.** Wynikają z nieznamomości prawa, dostępnych form wsparcia lub wcześniejszej dyskryminacji.
- **Brak zaufania do służb medycznych spowodowany doświadczeniami w kraju pochodzenia.** Wiele cudzoziemek pochodzi z miejsc, gdzie kontakt ze służbą zdrowia lub policją wiązał się z ryzykiem, na przykład obciążaniem winą osoby pokrzywdzonej. Dlatego może minąć dużo czasu, zanim obdarzą kogoś z personelu zaufaniem, zwłaszcza w sytuacji intymnej, jaką jest poród.
- **Poczucie osamotnienia i izolacji społecznej w nowym kraju.** Gdy kobieta nie ma przy sobie bliskich osób, nie zna lokalnego języka ani systemu opieki zdrowotnej, i może czuć się niewidzialna lub pozbawiona wpływu na własny los. To nasila bezradność i lęk, szczególnie w sytuacjach związanych z ciałem i intymnością.
- **Stygmatyzacja w środowisku migracyjnym** – szczególnie w społecznościach zamkniętych kulturowo.
- **Wzmacnianie kontroli nad matką i dzieckiem po porodzie przez partnera lub otoczenie** (obecne m.in. w niektórych społeczności południowoazjatyckich, Bliższego Wschodu, afrykańskich oraz częściowo w społecznościach romskich).
- **Bariera językowo-kulturowa** często uniemożliwia swobodną rozmowę o emocjach, potrzebach czy historii przemocy, a także ogranicza dostęp do wsparcia psychologicznego, medycznego lub prawniczego. Nawet przy pomocy tłumacza niektóre kwestie pozostają trudne do wyrażenia, a czasem w danej kulturze w ogóle nie istnieją odpowiednie słowa, by o nich mówić. Tak jest na przykład ze słowem „przemoc”, które ma inny zakres znaczeniowy w zależności od kultury lub jest tematem tabu.

- **Przemoc domowa** nakładająca się na doświadczenia z podróży, takie jak przemoc seksualna, handel ludźmi, rozłąka z rodziną, śmierć bliskich. To traumatyczne przeżycia z różnym natężeniem objawów czasem wyciszonych, a czasem bardzo widocznych w sytuacji porodu czy badania.
- **W niektórych kulturach standardowe procedury medyczne są odbierane jako niepotrzebne lub przeciwnie** – kobieta oczekuje interwencji, których system w Polsce nie przewiduje. Często są to tradycyjne rytuały poporodowe np. okadanie, kąpiele oczyszczające matki i dziecka, specjalne żywienie poporodowe – w krajach azjatyckich czy afrykańskich stosuje się diety dla matek po porodzie. Brak uwzględnienia różnic kulturowych w opiece medycznej może prowadzić m.in. do odrzucenia leczenia, spowodować ponowną traumę i poczucie przemocy systemowej, pogłębiać nieufność wobec służby zdrowia czy generować konflikty między pacjentkami a personelem.

Zrozumienie oczekiwań pacjentki i wrażliwość kulturowa są tu kluczowe.

W przypadku kobiet migranckich potrzebne jest wsparcie wielowymiarowe, które uwzględnia nie tylko doświadczenie przemocy, ale i specyfikę migracji, różnice kulturowe oraz systemowe bariery w dostępie do opieki. Każdy z nas, w tym położne, może zrobić coś niezwykle cennego – być dla tej kobiety osobą, która widzi ją jako człowieka, nie tylko pacjentkę czy statystykę. Ważne jest, aby dać ciężarnej migrantce do zrozumienia, że jesteśmy po jej stronie, że ma prawo czuć to, co czuje, i że jej przeżycia mają znaczenie. Istotą wsparcia jest intencja, by kobieta nie czuła się w swojej sytuacji całkowicie bezradna i osamotniona – poczucie beznadziei i izolacji może prowadzić do skrajnych decyzji, a nawet desperackich prób odebrania życia sobie lub innym. Dlatego tak wielką moc mają małe gesty – dobre słowo, spojrzenie pełne akceptacji, chwila cichej obecności. Czasem tyle wystarczy, by kobieta wiedziała, że ma obok siebie życzliwe, empatyczne osoby. Położna nie musi znać wszystkich odpowiedzi ani mieć gotowych rozwiązań. Najważniejsze, aby była obecna, słuchała i jednocześnie dawała kobiecie przestrzeń – zapytanie pacjentki o zdanie i potrzeby czy uszanowanie wyboru to pierwszy krok w procesie zdrowienia.

Każdy, niezależnie od funkcji i kompetencji, może w jakimś zakresie i w jakiejś formie wesprzeć kobietę po doświadczeniu przemocy. Poniżej kilka kluczowych wskazówek, aby pomóc kobiecie poczuć się bezpiecznie i godnie:

- **Nazywaj przemoc po imieniu**, nie bagatelizuj jej – reaguj, niezależnie od sytuacji rodzinnej czy kulturowej. Przy podejrzeniu przemocy warto porozmawiać w cztery oczy, poinformować o dostępnej pomocy. Jednak unikaj stosowania presji czy wymuszania zgody na natychmiastową decyzję. Twoją rolą jest być obok, a nie decydować za kobietę – może jeszcze nie być gotowa na działanie. Nie oceniaj, nie przyspieszaj na siłę. Ważne, żeby pacjentka wiedziała, że ma prawo do pomocy.
- **Stwarzaj przestrzeń wolną od stereotypów**. Unikaj uprzedzeń związanych z pochodzeniem, religią, wyglądem, sytuacją migracyjną czy statusem prawnym kobiety. Ważne jest, aby pracownicy medyczni i pomocowi byli świadomi swoich uprzedzeń i potrafili je kontrolować, nie narzucając swoich przekonań.
- **Bezpieczeństwo emocjonalne** to także dostęp do opieki psychologicznej. Jeśli w szpitalu lub poradni jest psycholog, za zgodą pacjentki warto go zaprosić. Możemy również przekazać konkretne informacje o dostępnych rodzajach pomocy w formie ulotek czy zapisków. Przydatne będą numery telefonów do ośrodka interwencji kryzysowej, fundacji wspierających kobiety i migrantki, schronisk dla kobiet po przemocy, Niebieskiej Linii czy telefonu zaufania. Wyżej wymienione wsparcie jest bezpłatne.
- **Zasada: „nic o niej, bez niej”**. Każdą decyzję dotyczącą kobiety warto podejmować z jej udziałem, pytając o zdanie prostym i zrozumiałym dla niej językiem, pozwalając wybierać i decydować w takim zakresie, w jakim to możliwe. Takie podejście przywraca migrantce poczucie wpływu na własne życie – co często zostało jej odebrane przez doświadczenie przemocy.

Mam pełną świadomość, że praca z kobietami po przemocy to zadanie niezwykle wymagające emocjonalnie i obciążające psychicznie. Dlatego tak istotne jest, aby nie zapominać o sobie – o swoich zasobach, granicach i potrzebach. Kluczowe staje się budowanie odporności psychicznej, czyli tzw. rezyliencji, która pozwala nie tylko skutecznie pomagać innym, ale też chronić siebie przed wypaleniem i przeciążeniem. Chciałabym podzielić się kilkoma sprawdzonymi sposobami, które z powodzeniem stosuję w swojej praktyce. Mam nadzieję, że okażą się one pomocne również dla ciebie. Warto wybrać te, które najbardziej do ciebie przemawiają i stopniowo wprowadzać je w codziennie życie – efekty pojawiają się szybciej, niż się tego spodziewasz:

- **Trening uważności (mindfulness).** Codziennie przez 5–10 minut koncentruj się na swoim oddechu, ciele lub otoczeniu. Zauważaj myśli, ale ich nie oceniaj. Przykładowa narracja uważnościowa: „Zamknij oczy, skup się na oddechu. Zauważ dźwięki wokół. Jakie zapachy czujesz? Jak czuje się twoje ciało?”
- **Dziennik wdzięczności.** Codziennie wieczorem zapisz 3 rzeczy, za które jesteś wdzięczna, nawet jeśli to drobiazgi. Przykład: „Dziś jestem wdzięczna za słońce za oknem, uśmiech pacjentki i spokojny spacer.”
- **Technika STOP na trudne emocje.** Gdy poczujesz narastający stres: **S** – Stop, zatrzymaj się, **T** – *Take a breath*, weź głęboki oddech, **O** – *Observe*, zauważ, co się dzieje w twoim ciele i głowie, **P** – *Proceed*, działaj świadomie i spokojnie.
- **Trening relaksacyjny Jacobsona.** Ćwiczenie polega na napinaniu i rozluźnianiu wszystkich mięśni ciała po kolei.
- **Ćwiczenie „bezpieczne miejsce”.** Wyobraź sobie miejsce, w którym czujesz się bezpiecznie i spokojnie. Opisz je szczegółowo w myślach lub na kartce – kolory, dźwięki, zapachy. Wracaj tam w chwilach napięcia.
- **Regularny kontakt z osobami wspierającymi.** Świadomie buduj relacje z osobami, które Cię rozumieją i przy których możesz być sobą. Możesz uczestniczyć w grupach wsparcia, np. w superwizji czy grupach Balinta. Może warto skorzystać z psychoterapii.
- **Ćwiczenie samowspółczucia (self-compassion).** To technika pracy z trudnymi emocjami, w której zamiast się krytykować, reagujemy na własny ból i trudności tak, jak zareagowalibyśmy na cierpienie przyjaciela. Samowspółczucie zmniejsza krytycyzm wobec siebie, obniża stres, wzmacnia poczucie własnej wartości i wewnętrzne wsparcie. **Instrukcja krok po kroku:** 1. znajdź spokojne miejsce 2. pomyśl o sytuacji, która ostatnio Cię zraniła, zdenerwowała albo zawstydziła 3. zauważ emocje, które się pojawiają (np. smutek, złość, lęk) 4. połóż rękę na sercu lub obejmij się ramionami 5. weź kilka spokojnych oddechów, powiedz do siebie w myślach lub na głos:
 - „To trudne, co teraz czuję.”
 - „Każdy czasem przeżywa podobne emocje. Nie jestem w tym sama.”
 - „Mogę być dla siebie teraz dobra i troskliwa.”

- **Ćwiczenie koherencji serca (Heart Coherence).** To technika synchronizacji oddechu, rytmu serca i emocji, idealna przed ważną rozmową, po trudnej sytuacji lub na koniec dnia. Pomaga szybko wyciszyć układ nerwowy i odzyskać równowagę emocjonalną, zmniejsza poziom stresu, harmonizuje pracę serca i mózgu, poprawia nastrój. **Instrukcja krok po kroku:** 1. usiądź wygodnie, zamknij oczy 2. połóż rękę na klatkę piersiową, w okolicy serca 3. skup uwagę na sercu 4. oddychaj powoli i głęboko – wdech przez nos, wydech przez usta w tempie ok. 5 sekund wdechu i 5 sekund wydechu 5. wyobraź sobie, że oddychasz przez serce – wdech i wydech przez to miejsce 6. po kilku oddechach przywołaj pozytywne uczucie, np. wdzięczność, spokój, czułość do kogoś bliskiego albo miłe wspomnienie 7. oddychaj w tym rytmie przez 2–5 minut.

Wiem, że w codziennym natłoku pracy i zmęczeniu trudno znaleźć czas na dodatkowe gesty czy rozmowy. Nie trzeba jednak zmieniać wszystkiego naraz. Wystarczy wprowadzić jedną lub dwie drobne rzeczy – wziąć spokojny oddech przed wejściem na salę lub zadać sobie pytanie: „czego teraz potrzebuje ta kobieta?”. Po czasie zauważymy, że zmienia się nie tylko jakość opieki, ale i nasze samopoczucie. W zawodach pomocowych jest jedna ważna zasada – zaczynamy od siebie. Im bardziej my będziemy spokojne i stabilne, tym więcej wsparcia damy innym. Nawet pracując wśród sztormów, możemy być jak latarnia morska, która nie zatrzyma burzy, ale wskaże bezpieczny kierunek. Życzę sobie i tobie, abyśmy potrafiły być taką latarnią dla siebie i dla innych kobiet. Czasem jeden życzliwy człowiek wystarczy, by zmienić czyjaś historię.

Literatura:

- dr Judith L. Herman. (2002). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Wydawnictwo GWP.
- dr Judith L. Herman. (2020). *Trauma. Od przemocy domowej do terroru politycznego*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Bessel van der Kolk. (2023). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- WHO (2013): *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*.
- Fundacja Feminoteka. *Przemoc wobec kobiet – diagnoza i przeciwdziałanie*. (materiały edukacyjne i raporty) <https://feminoteka.pl/edukacja/baza-zrodel>.
- Christopher Germer Neff Kristin. (2022). *Samowspółczucie. Zaakceptuj siebie i zbuduj wewnętrzną siłę*. Wydawnictwo GWP.
- Heather Regan-Addis/ Choden. (2023). *Kurs życia opartego na uważności*. Wydawca Fundacja Voices dla Mindfulness Association Polska.

9

Praca z pacjentką po doświadczeniach traumatycznych



Julia Walatek

psycholożka, psychotraumatolożka

Trauma jest jak nagła, nieprzewidywalna burza, która zrywa dachy, zalewa ulice i pozostawia po sobie krajobraz pełen zgłiszcz. W pierwszej chwili próbujemy przetrwać, schować się, znaleźć bezpieczne miejsce. Potem przychodzi cisza – ale to cisza przesycona lękiem i niepewnością. Z czasem, krok po kroku, zaczynamy podnosić z ziemi porozrzucone kawałki własnego świata. Część z nich będzie nadawała się do odbudowy, część trzeba będzie zostawić. Proces zdrowienia po traumie to nie powrót do tego, co było – to powolne budowanie nowej drogi, uwzględniając to, co się wydarzyło, ale nie pozwalając już przeszłości rządzić naszym życiem.

Nurty związane z terapią traumy, szczególnie w ostatnich 5–10 latach, rozwijają się bardzo dynamicznie. To jedna z najintensywniej rozwijających się dziedzin psychotraumatologii oraz psychiatrii. Przez dekady trauma była niedoceniana albo rozumiana bardzo wąsko – głównie w kontekście wojny, katastrof czy przemocy fizycznej. Dopiero nowsze badania pokazały, jak różnorodne formy traumatycznych doświadczeń wpływają na psychikę i ciało człowieka oraz jak bardzo są powszechne, zwłaszcza w życiu kobiet. Postaram się pokrótce przybliżyć temat traumy, mając jednak świadomość, że to jedynie ułamek tego, co kryje w sobie to złożone i niezwykle intrygujące zagadnienie. Serdecznie zachęcam cię do samodzielnego pogłębiania wiedzy.

Zacznę od przedstawienia jednego z najważniejszych badaczy traumy na świecie, holendersko-amerykańskiego psychiatry Bessela Van der Kolka. Van der Kolk mówi, że trauma to doświadczenie przekraczające zdolności organizmu do poradzenia sobie z intensywnym stresem i emocjami, które pozostawiają trwałe ślady w ciele, mózgu i psychice. Ciało „pamięta” traumę – nawet jeśli świadoma pamięć wydarzenia zanika, trauma pozostaje w układzie nerwowym i objawia się w napięciach mięśniowych, reaktywności emocjonalnej, zaburzeniach snu, derealizacji itd. Zakłóca także prawidłowe działanie mózgu, zwłaszcza w obrębie: ciała migdałowatego (nadmiernie aktywne – odpowiada za reakcje lękowe), kory przedczołowej (osłabiona – trudniej logicznie ocenić zagrożenie i regulować emocje) oraz hipokampa (upośledzona pamięć zdarzeń i kontekstu – wspomnienia stają się fragmentaryczne, oderwane od czasu i miejsca). W efekcie układ nerwowy pozostaje w stanie podwyższonego pobudzenia lub przeciwnie – odrętwienia i zamrożenia. Mówimy tutaj o pierwotnych mechanizmach obronnych organizmu – walki, ucieczki i zamrożenia – pozwalających nam na przetrwanie. Jako mechanizmy autonomiczne są poza naszą kontrolą, czyli nie mamy wpływu na to, jak zareagujemy w danej sytuacji. Dlatego lubię to psychotraumatologiczne zdanie: „jest to normalna reakcja naszego organizmu, na nienormalną sytuację,

która przytrafiła się nam w życiu”. Najlepiej opisuje to zdanie używane w psychotraumatologii: „jest to normalna reakcja naszego organizmu, na nienormalną sytuację, która przytrafiła się nam w życiu”. W praktyce może to wyglądać tak: kobieta podczas porodu nie reaguje na polecenia położnej czy lekarza, sprawia wrażenie bezruchu czy nieobecności, co wcale nie musi być oznaką jej złej woli. Jej organizm może znajdować się w reakcji zamrożenia, a w takim stanie ruch czy wydobywanie głosu może być niemożliwe. Warto zatem wyjaśnić, czym jest mechanizm nazywany „walka-ucieczka-zamrożenie”, co z kolei pozwoli nam lepiej zrozumieć zarówno reakcje pacjentek, jak i nasze własne:

- **Walka (fight)** – organizm mobilizuje się do stawienia oporu lub obrony. Najczęściej ten stan objawia się napięciem mięśni (np. szczęk, pięści itd.), przyspieszonym oddechem, wzrostem tętna, złością, intensywnym skupieniem na zagrożeniu (gotowość do „ataku” lub obrony), czasem podniesionym głosem, krzykiem, szorstkimi gestami itd.
- **Ucieczka (flight)** – organizm przygotowuje się do ucieczki „od” niebezpiecznej sytuacji lub oprawcy, lub „w” kierunku bezpiecznego miejsca albo osoby. Najczęstsze objawy: przyspieszone tętno, napięcie mięśni nóg (gotowość do biegu), nadmierna czujność, rozglądanie się, niepokój, panika, uczucie „muszę stąd uciec”, trudność w skupieniu się na czymkolwiek poza zagrożeniem, chęć wycofania się fizycznie lub psychicznie z trudnej sytuacji, czasem kompulsywne zajmowanie się czymś „na odwrócenie uwagi” itd.
- **Zamrożenie (freeze)** – organizm „zastyga”, gdy walka lub ucieczka są niemożliwe. Objawy, które temu towarzyszą: odrętwienie części lub całego ciała, uczucie „paraliżu” – „jestem tu, ale jakby mnie nie było”, spowolniony lub płytki oddech, pustka w głowie, trudność w myśleniu, poczucie odcięcia od emocji i ciała (dysocjacja), poczucie odrealnienia, jakby wszystko działo się za szybą (jak we mgłę albo jakby świat wokół nas mocno przyspieszył lub spowolnił), brak możliwości podjęcia decyzji lub ruchu, uczucie chłodu czy zimna, czasem brak reakcji na bodźce z zewnątrz.

To naturalne mechanizmy obronne, sterowane przez układ współczulny i przywspółczulny, aktywujące się poza naszą świadomością. Nieprzepracowane doświadczenie zapisuje się zarówno w ciele, jak i w psychice, wpływając na codzienne funkcjonowanie oraz relacje z innymi. Dlatego efektywne leczenie powinno obejmować nie tylko sferę poznawczą, ale również pracę z ciałem, ruchem, oddechem i odczuciami somatycznymi.

Gdybyśmy natomiast „ubrali” przeżywaną traumę w etapy i rozmieścili w czasie, to wyglądałyby one następująco:

● Etap pierwszy – szok

To bezpośrednia reakcja na wydarzenie, trwająca do 48 godzin po zdarzeniu. Towarzyszą jej m.in. odrętwienie emocjonalne, poczucie nierealności, wyparcie, dezorientacja, brak kontaktu z własnymi emocjami lub reakcje paniki. Osoba doświadczająca szoku jest w stanie fizycznego i psychicznego przeciążenia.

● Etap drugi – ostra reakcja na stres (ASD)

Trwa od kilku dni do 4 tygodni po doświadczeniu traumatycznym. Objawia się silnym lękiem, drażliwością, problemami ze snem, intruzywnymi wspomnieniami, flashbackami, unikaniem sytuacji przypominających o zdarzeniu oraz nadmierną czujnością. U wielu osób objawy stopniowo łagodnieją w ciągu kilku dni lub tygodni. Na pierwszym i drugim etapie warto zaproponować wsparcie psychologiczne lub interwencję kryzysową.

● Etap trzeci – zespół stresu pourazowego (PTSD)

Diagnozę można postawić, gdy objawy utrzymują się dłużej niż 4 tygodnie od zdarzenia i zamiast ustępować nasilają się lub zaczynają wpływać na codzienne funkcjonowanie. PTSD wymaga specjalistycznego leczenia, np. terapii psycho-traumatologicznej, EMDR, terapii somatycznej, a często i farmakoterapii.

Wiele osób doświadcza szoku i ostrej reakcji na stres, co jest naturalną, fizjologiczną odpowiedzią organizmu, która z czasem samoistnie ustępuje lub łagodnieje przy wsparciu otoczenia. PTSD diagnozujemy dopiero wtedy, gdy ten stan się utrwała i zaczyna destrukcyjnie wpływać na życie. Warto pamiętać, że o tym, czy dane wydarzenie stanie się traumą, nie decyduje samo zdarzenie, lecz sposób, w jaki nasz organizm i psychika na nie zareagowały oraz czy miały przestrzeń i możliwość, by tę reakcję ukończyć i się z nią uporać. To właśnie dlatego dwie osoby, które doświadczyły tego samego (np. porodu czy przemocy), mogą mieć zupełnie inne reakcje psychiczne – jedna może rozwinąć PTSD, a druga nie.

To, czy dana osoba doświadczy traumy, zależy od wielu czynników, m.in. od jej zasobów wewnętrznych, wsparcia społecznego oraz okoliczności zdarzenia. **Zasoby wewnętrzne** to indywidualne cechy i zdolności, które pomagają radzić sobie w trudnych sytuacjach, np. odporność psychiczna, umiejętność regulacji emocji, wcześniejsze doświadczenia w pokonywaniu kryzysów, poczucie sensu i sprawczości czy znajomość technik radzenia sobie ze stresem. Im więcej takich zasobów

posiada dana osoba, tym większe prawdopodobieństwo, że nawet bardzo trudne przeżycie nie doprowadzi u niej do rozwoju traumy.

Okoliczności zdarzenia to wszystkie czynniki związane z samym trudnym doświadczeniem m.in. jak nagle i nieprzewidywalne było to zdarzenie, jak długo trwało, czy osoba miała poczucie wpływu na sytuację, czy jej integralność psychiczna lub fizyczna była bezpośrednio zagrożona, a także czy było to pojedyncze doświadczenie, czy też długotrwałe (np. przemoc domowa, wojna, przewlekła choroba bliskiej osoby, poród). Im bardziej intensywne i przytłaczające okoliczności, tym większe ryzyko traumy.

Kolejnym istotnym czynnikiem jest **wsparcie społeczne**, czyli obecność i pomoc innych osób, m.in. lekarza, położnej, rodziny, przyjaciół, partnera, grupy wsparcia, terapeutę. Badania pokazują, że osoby, które w momentach kryzysowych mogą liczyć na wsparcie bliskich lub życzliwych ludzi, rzadziej rozwijają poważne reakcje pourazowe. Natomiast izolacja i brak wsparcia zwiększają ryzyko traumy. To właśnie w tym obszarze, wsparcia społecznego, istotna jest rola personelu medycznego.

Biorąc pod uwagę powyższe, skupię się na potencjalnie traumatycznym doświadczeniu, jakim może być poród. Dostępne badania potwierdzają, że około 20–30% kobiet ocenia swój poród jako traumatyczny, a 3–7% rozwija po nim PTSD. Poród jest silnie obciążającym psychicznie i emocjonalnie doświadczeniem, które może wywołać u kobiety (a czasem też u partnera czy innych osób obecnych przy porodzie) poczucie przerażenia, bezsilności, utraty kontroli lub zagrożenia życia – swojego bądź dziecka. Może wywołać długofalowe skutki psychiczne, w tym depresję poporodową, trudności w nawiązywaniu więzi z dzieckiem czy problemy w relacjach rodzinnych.

Do czynników, które mogą spowodować traumę porodową należą m.in.:

- bardzo bolesny, długi lub skomplikowany poród,
- nagle interwencje medyczne (np. cesarskie cięcie w trybie nagłym, użycie kleszczy, próżniociągu),
- poczucie utraty kontroli nad sytuacją,
- brak wsparcia emocjonalnego od personelu medycznego lub bliskich,
- przemoc obstetryczna – czyli niepotrzebne, niezgodnione lub brutalne zabiegi i działania przy porodzie, np. nieuzasadnione nacięcie krocza, brak zgody na interwencję, oziębłe lub lekceważące traktowanie rodzącej,
- zagrożenie życia dziecka lub matki,
- śmierć dziecka lub poronienie.

Objawy, które mogą świadczyć o potrzebie konsultacji ze specjalistą terapii traumy (takim jak psychotraumatolog, psychoterapeuta specjalizujący się w terapii traumy, terapeuta EMDR, psychiatrą) to na przykład:

- natrętne wspomnienia lub koszmary związane z porodem,
- unikanie rozmów o porodzie, szpitalu, ciąży,
- silny lęk przed kolejnym porodem,
- trudności w nawiązywaniu więzi z dzieckiem,
- poczucie winy, złości, wstydu wpływające na funkcjonowanie kobiety,
- objawy somatyczne: bezsenność, napięcie, ataki paniki, problemy z pamięcią.

Zwiększenie świadomości na temat traumy porodowej i poporodowej jest kluczowe, aby zapewnić odpowiednie wsparcie po trudnych doświadczeniach związanych z porodem. Dlatego ważne jest, by personel medyczny był uważny na każdą pacjentkę i w razie potrzeby udzielał informacji dotyczących wsparcia psychologicznego. Mam głębokie przekonanie, że wiele z poniższych działań personel podejmuje intuicyjnie lub świadomie – oto podsumowanie:

- 1 Wolniej znaczy szybciej. Jeśli nie musimy działać szybko ani podejmować natychmiastowych decyzji, to spowolnijmy, dajmy pacjentce czas. Spokój stabilizuje i jest potrzebny, aby układ nerwowy mógł się samoregulować. Działajmy małymi krokami.
- 2 Zadbajmy o potrzeby fizyczne pacjentki. Jedzenie, picie, komfort ciepły, ubrania czy artykuły higieniczne (np. specjalne podpaski czy bielizna poporodowa, ubranka czy pieluszki dla dziecka) mają duże znaczenie. Niektóre tematy mogą być dla kobiety wstydliwe, dlatego wymagają od nas dużej uważności i intuicji.
- 3 Nie zakładajmy, że pacjentka wie, jak działa system opieki zdrowotnej w Polsce. Zamiast oczekiwać proponuję ciekawość. To, co dla nas jest oczywiste, dla kogoś innego może być nowe i zupełnie obce. Warto zapytać: „Czego potrzebujesz w tym momencie?”
- 4 Twórzmy przewidywalne i jasne ramy. Wzmacniają one poczucie bezpieczeństwa i sprawczości. Warto omówić prawa pacjentki, wyjaśnić przebieg porodu, informować, co konkretnie robimy w trakcie badań. Pomocna będzie aktualna lista ośrodków, poradni, fundacji, (wraz z numerami telefonów), w których pacjentka w ciąży i połogu może szukać wsparcia (np. psychologicznego, położniczego, medycznego, socjalnego, prawnego, tłumaczeniowego itd.). Taka lista pomoże kobiecie poczuć się bezpiecznie. Dobrze jest wspólnie ją omówić.

- 5 Powtarzajmy, bądźmy cierpliwi. Częstym objawem traumy są problemy z pamięcią czy koncentracją – to naturalne. Umysł w sytuacji ekstremalnego stresu działa w trybie przetrwania, dlatego koncentracja, pamięć krótkotrwała i logiczne myślenie mogą być mocno osłabione. Można zapominać o podstawowych rzeczach, gubić wątek, mieć problem z codziennymi czynnościami, a czasem nawet nie pamiętać fragmentów ostatnich dni. To nie jest oznaka słabości, tylko mechanizm ochronny organizmu. W psychologii mówi się czasem o „mgłę pourazowej” albo „kryzysowym odcięciu poznawczym”. To mija – powoli, z czasem i troską o siebie.
- 6 Używajmy prostego, zrozumiałego języka, bądźmy uważni na gesty i reakcje ciała pacjentki. Język przekazuje nie tylko treści werbalne, ale i emocje, co jest szczególnie ważne w kontekście międzykulturowym. Na pewno pomoże znajomość podstawowych pojęć związanych z religią, wartościami i obyczajami panującymi w kulturze pacjentki.
- 7 Twórzmy bezpieczną przestrzeń, w której kobieta może wyrażać emocje bez obawy przed oceną czy krytyką. Kluczowe tutaj są empatia, cierpliwość oraz uważność na potrzeby i granice pacjentki. Dla kobiet, które po traumie często doświadczają izolacji, wstydu, poczucia winy i stygmatyzacji, obecność wspierających osób jest jednym z głównych czynników ochronnych.
- 8 Zadbajmy o symbolikę i aranżację przestrzeni. Czasem drobne szczegóły na sali – kolory, światło, możliwość posiadania osobistego przedmiotu (np. talizmanu, figurki, zdjęcia bliskiej osoby) czy samodzielna decyzja o obecności rodziny podczas porodu, mogą wpłynąć na poczucie bezpieczeństwa i komfort kobiety.
- 9 Dajmy pacjentce wybór i sprawczość. by kobieta miała wpływ na tempo i formę współpracy, gdzie to tylko możliwe na przykład: znieczulenie, obecność mężczyzny na sali poporodowej, decyzje co do dziecka.
- 10 Zwróćmy szczególną uwagę na dotyk. Pytajmy o zgodę, jeśli dotyk jest konieczny w jakiegokolwiek formie (np. odkrywanie części ciała czy cewnikowanie). przedzajmy o wykonywanych czynnościach – to wzmacnia poczucie sprawczości i godności pacjentki.
- 11 Stosujmy techniki stabilizujące i regulujące. Badania wskazują, że ćwiczenia oddechowe, metody relaksacyjne, joga oraz praktyki mindfulness czy medytacja znacząco obniżają poziom kortyzolu oraz zmniejszają objawy stresu i nadmiernego pobudzenia (van der Kolk, 2014). Proponujemy je i wprowadzajmy powoli,

stopniowo, z pełnym poszanowaniem granic, tempa i możliwości emocjonalnych pacjentki. Przykłady różnorodnych technik relaksacyjnych znajdziemy np. na kanale YouTube „Chodź na słówko”, a swoją wiedzę na temat traumy poszerzymy, słuchając podcastu „Ładnie o traumie”.

- 12 Pozwólmy kobiecie na emocje i łzy. Towarzystwo w ciszy może być bardziej wspierające niż tysiąc słów.
- 13 Zachęcajmy do ruchu – jest zasobem. Może to być np. spacer, a jeśli pójdziemy razem z pacjentką – będzie miał dodatkową wartość.
- 14 Nie próbujemy pracować z traumą. Tym się zajmują specjaliści. My nie musimy brać na siebie reakcji, emocji czy historii pacjentki. Wystarczy, że na tyle, na ile możemy, stworzymy dla niej bezpieczną przestrzeń i będziemy traktować ją tak, jak same chcielibyśmy być traktowane w trudnym momencie swojego życia. To naprawdę wystarczy.
- 15 Najważniejsze – dbajmy o siebie! Pracujemy w wymagającym i wyczerpującym środowisku, co może szybko doprowadzić do wypalenia zawodowego. Aby temu zapobiec, możemy skorzystać z metody EmotionAid® (przedstawiona poniżej), która pomaga regulować emocje, obniżać napięcie i stres. Metoda ta może pełnić funkcję „pierwszej pomocy” w relacjach z innymi. Więcej informacji na temat metody i jej stosowania znajdziemy na stronie <https://emotionaid.com/> oraz Polskie Stowarzyszenie Somatic Experiencing® (PSSE) <https://psse.net.pl/emotionaid/>.

Trauma pozostawia po sobie wzburzone morze wspomnień i emocji. W kontakcie z pacjentką nie chodzi o to, by natychmiast uciszyć fale, lecz by być obok – tworzyć wspierającą przestrzeń, gdy próbuje na nowo odróżnić bezpieczny brzeg od nieprzewidywalnych głębin. Czasem wystarczy, że ktoś poda jej dłoń, pomoże złapać oddech między kolejnymi falami. I właśnie to może być twoja rola – krótki, a zarazem bezcenny moment w jej życiu, który zapamięta na długo.

5

które w krytycznych sytuacjach pomogą Ci poradzić sobie z Twoimi uczuciami i reakcjami

kroków

W sytuacjach krytycznych i stresujących masz przyspieszony rytm serca? Twój oddech staje się przyspieszony i płytki? Twoje ciało zaczyna drżeć? Jesteś zdezorientowany, przestraszony, niespokojny, spanikowany lub bezradny? To naturalne reakcje na stres, które można zmienić stosując następujące kroki:



Oceń w skali 0 do 10 poziom stresu jakiego teraz oświadczasz.

Jeśli jest większy niż 6, postępuj według wszystkich mienionych poniżej kroków.

Jeśli jest mniejszy niż 6, przejdź od razu do kroku 4.

- 

Uścisk motyla: Skrzyżuj ręce i połóż dłonie na ramionach. Poklep 25 razy naprzemiennie otwartymi dłońmi ramiona, a poczujesz się spokojniej. Zrób przerwę, weź kilka oddechów i powtórz ćwiczenie.
- 

Podstawowe uziemienie: Postaw stopy mocno na ziemi, poczuj ws2parcie podłoża. Rozejrzyj się wokoło i policz 10 różnych przedmiotów tego samego koloru, potem 10 przedmiotów o różnej fakturze lub kształcie. To ćwiczenie przywraca Twoją zdolność orientacji i funkcje poznawcze kory mózgowej.
- 

Samoukojenie i regulacja: Połóż jedną dłoń na klatce piersiowej a drugą na brzuchu. Zaobserwuj swój oddech. To ćwiczenie ustabilizuje Twój oddech i przyniesie komfort.
- 

Rozładowanie: Skup się na doznaniach z ciała i skoncentruj na jednym z nich. Obserwuj z ciekawością, bez oceniania tego co odczuwasz. Ulga pojawi się spontanicznie jako głęboki oddech, ziewanie, mrowienie, ciepło, pot, gęsia skórka, śmiech lub płacz.
- 

Zasoby: Aby wzmocnić poczucie spokoju, pomyśl o czymś miłym, o czymś co Cię wzmacnia lub uspokaja. To może być przyjaciel, coś co kochasz, jakieś miejsce, wyobrażenie albo istota duchowa. Zwróć uwagę na relaksujący wpływ tego zasobu.

Pamiętaj, stres, który odczuwamy wpływa również na osoby wokół nas. Zanim zaczniesz pomagać innym, najpierw sam skorzystaj z tego narzędzia. Wzmocni to Twoją zdolność zarządzania sytuacjami kryzysowymi oraz umiejętność zapobiegania lękowym i stresowym reakcjom łańcuchowym. Znając skuteczność tych pięciu kroków, będziesz w stanie samodzielnie zdecydować, czy aby się oikoić zastosujesz je wszystkie czy tylko część.

Literatura:

- Van der Kolk, B. (2021). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Wydawnictwo Czarna Owca.
- Richard A. Bryant, Allison G. Harvey. (2003). *Zespół ostrego stresu: teoria, pomiar, terapia*. Wydawnictwo PWN.
- Morrison James. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Polskie Stowarzyszenie Somatic Experiencing, psse.net.pl/emotionaid.
- Badanie opublikowane w 2025 roku: *Exploring traumatic childbirth: Associations between obstetric violence indicators and perinatal posttraumatic stress*. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12132949/?utm_source=chatgpt.com.
- Justyna Dąbrowska. (2023). *Przeprowadzę cię na drugi brzeg. Rozmowy o porodzie, traumie i ukojeniu*. Wydawnictwo Agora.

10

Prawo do opieki



Mariana Guzar

specjalistka ds. legalizacji pobytu cudzoziemców

Skoro czytasz ten przewodnik, wśród swoich pacjentek możesz mieć cudzoziemki. Jak wiadomo, okres ciąży i porodu jest dla kobiety szczególnym czasem, często trudnym. Ciężarnej uchodźczyni lub migrantce może być jeszcze trudniej, nie tylko z powodu nowego środowiska czy nowych warunków. Brak niezbędnej wiedzy o swoich prawach, obowiązkach, standardach opieki okołoporodowej w Polsce, czy o lokalnych zwyczajach i praktykach może również nastręczać trudności. Jako położna, w tym szczególnym okresie będziesz w kręgu zaufanych osób cudzoziemki oczekującej dziecka. Możesz wspierać swoją pacjentkę, nie tylko wykonując obowiązki zawodowe, ale też udzielając jej wskazówek w istotnych dla niej kwestiach. W ten sposób możesz stać się „światelkiem” dla przyszłej mamy, która dopiero zapoznaje się z polską kulturą. Żeby ułatwić ci to zadanie, w tym przewodniku zwrócimy szczególną uwagę na informacje, które mogą przydać się twojej pacjentce, wskażemy też sprawdzone i wiarygodne źródła. Pamiętaj, twoja pomoc jest bardzo cenna, dzięki niej świeżo upieczona mama łatwiej odnajdzie się w nowej roli.

→ Prawo do nieodpłatnej opieki zdrowotnej w Polsce

Istnieje błędne przekonanie, że każda ciężarna cudzoziemka w Polsce ma takie samo prawo do bezpłatnej publicznej opieki zdrowotnej, jak obywatelka Polski. Natomiast, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, taki dostęp zależy od **statusu pobytowego i ubezpieczeniowego** danej cudzoziemki. Na przykład kobiety, które posiadają w Polsce **status uchodźcy, ochronę uzupełniającą, zezwolenie na pobyt czasowy** w celu połączenia się z rodziną - członkiem rodziny, posiadającym status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, mogą bezpłatnie korzystać z publicznego systemu opieki zdrowotnej w okresie ciąży, porodu lub porodu, nawet jeśli nie są ubezpieczone. Przyszłe mamy-migrantki, które mają w Polsce pobyt czasowy (z wyjątkiem ww. zezwolenia na pobyt czasowy) lub inny status pobytowy, mogą skorzystać z takiej opieki w ramach NFZ jeśli posiadają ubezpieczenie dobrowolne lub obowiązkowe na przykład:

- z tytułu zatrudnienia lub prowadzenia działalności gospodarczej,
 - są zgłoszone do Urzędu pracy jako osoby bezrobotne,
 - są zgłoszone do ubezpieczenia członka rodziny,
 - oraz inne przypadki, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Cudzoziemki posiadające status ochrony czasowej UKR, (najczęściej obywatele Ukrainy oraz ich członkowie rodziny) są uprawnione do nieodpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej z pewnymi ograniczeniami na podstawie Ustawy z dnia 12 marca o pomocy obywatelom Ukrainy (informacja aktualna na dzień pisania tego przewodnika).

Cudzoziemcy, ubiegający się o ochronę międzynarodową (w procedurze uchodźczej), mogą bezpłatnie korzystać z opieki zdrowotnej oferowanej przez operatora medycznego Urzędu do Spraw Cudzoziemców.

→ Odpłatne usługi opieki zdrowotnej w Polsce

Powiedz swojej pacjentce, że niezależnie od tego, czy jest ubezpieczona, czy nie, może odpłatnie skorzystać z usług publicznych i prywatnych placówek medycznych.

Taka opieka medyczna jest dostępna dla każdej kobiety w ramach:

- odpłatnej wizyty/badania,
- pakietu wykupionego w prywatnej sieci usług medycznych (typu LUX MED, Enel-Med itp.),
- wykupionej polisy ubezpieczeniowej.

→ Prawa Pacjenta

Pamiętaj, że w innych krajach prawa pacjenta i standardy opieki zdrowotnej mogą się różnić od tych obowiązujących w Polsce. Zarówno Polacy, jak i obcokrajowcy korzystający ze świadczeń zdrowotnych w Polsce, mają takie same prawa podstawowe, niezależnie od obywatelstwa. Wyjaśnij swojej pacjentce, jakie , prawa jej przysługują.

Główne prawa pacjenta w Polsce, uregulowane przede wszystkim w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, obejmują:

- prawo do świadczeń zdrowotnych,
- prawo do informacji (pacjent ma prawo do rzetelnej, zrozumiałej i wyczerpującej informacji o swoim stanie zdrowia, diagnozie, proponowanych metodach leczenia, ryzyku i rokowaniach, a także o przysługujących mu prawach),
- prawo do wyrażania zgody na leczenie,

- prawo do tajemnicy informacji,
- prawo do dokumentacji medycznej (pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej, w tym historii choroby, wyników badań i innych istotnych informacji związanych z jego leczeniem),
- prawo do poszanowania intymności i godności,
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (pacjent ma prawo do prywatności i kontaktu z bliskimi),
- prawo do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza (pacjent ma prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza, jeśli uważa, że jest ono nieprawidłowe).
- prawo do dochodzenia swoich praw (pacjent ma prawo do dochodzenia swoich praw w przypadku ich naruszenia, w tym do złożenia skargi do Rzecznika Praw Pacjenta).

Poinformuj pacjentkę o Rzeczniku Praw Pacjenta, który pełni ważną rolę i udziela pomocy w sytuacjach, gdy prawa te są naruszane. Więcej szczegółów na ten temat pacjentka znajdzie na stronie Ministerstwa Zdrowia (link do strony oraz kontakt do Rzecznika Praw Pacjenta podany jest w części „Polecane źródła”).

→ Ważne uwagi dla kobiety cudzoziemskiej

Jeżeli Twoja pacjentka pochodzi z innego kraju niż Polska, niektóre przepisy mogą być dla niej nowe i niezwykle ważne. Jednym z nich jest brak rejonizacji – kobieta może się zapisać do lekarza w każdej przychodni świadczącej usługi zdrowotne na podstawie NFZ, ma też prawo rodzić w wybranym przez siebie szpitalu, niezależnie od miejsca zamieszkania. Powiedz przyszłej mamie, że ma prawo do zmiany przychodni, lekarza prowadzącego ciążę, pediatry, położnej czy pielęgniarki. Może też wybrać ginekolożkę – kobietę, co dla niektórych kultur i religii jest bardzo ważne. Może śmiało zmienić lekarza czy przychodnię, jeśli tego chce – w Polsce jest to normalna praktyka.

Nie dziw się, jeżeli pacjentka zapyta cię, jak i kiedy umówić się z lekarzem lub zapisać się do szpitala na poród. W niektórych krajach poród przyjmuje ginekolog przy pomocy położnej. Wyjaśnij przyszłej mamie, która jest pod Twoją opieką, że w publicznych szpitalach nie można umówić się na poród z lekarzem, można za to podpisać umowę z wybraną położną – w Polsce to położna przyjmuje poród. Jest to usługa odpłatna, cena może się różnić w zależności od miejscowości

oraz doświadczenia konkretnej położnej. Wyjątek stanowi sytuacja planowanego cięcia cesarskiego, gdy kobieta posiada skierowanie od lekarza prowadzącego ciążę. W takim przypadku należy jak najwcześniej udać się do wybranego szpitala ze skierowaniem, aby ustalić termin porodu oraz omówić zasady i terminy związane z przyjęciem do szpitala. Może się wydawać zaskakujące, że kobieta nie jest świadoma ak podstawowych – na pierwszy rzut oka – kwestii. W wielu krajach standardem jest, że przyszłe matki umawiają się na poród z wyprzedzeniem, zarówno z wybranym szpitalem, jak i lekarzem. Takie podejście buduje zaufanie i przynosi spokój ciężarnej.

Przekaż pacjentce, że liczne szpitale pozwalają rodzić w obecności osoby towarzyszącej, niektóre wręcz do tego zachęcają. Może to być mąż, partner, matka, siostra lub inna zaufana osoba, która będzie wspierać kobietę. Takie dodatkowe wsparcie będzie szczególnie ważne dla kobiet, które nie mówią po polsku. Niektóre szpitale oferują także pokoje lub sale jednoosobowe – jedno jako standard, inne za dodatkową opłatą, a jeszcze inne udostępniają je na zasadzie „kto pierwszy, ten lepszy”. Wybór sali jednoosobowej jest polecany przez szpital, a w przypadku porodów rodzinnych wręcz preferowany. Takie warunki zapewniają większy komfort i prywatność. Warto sprawdzić, czy w wytypowanych przez pacjentkę szpitalach jest taka możliwość, być może zadecyduje to nawet o ostatecznym wyborze placówki.

Gdy kobieta pochodzi z kraju, w którym praktykowany jest poród domowy, rodzenie w szpitalu może powodować u niej dodatkowy stres. Przedstaw pacjentce możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, jeśli taka placówka znajduje się w jej miejscowości lub okolicy. Dom Narodzin to miejsce, w którym poród odbywa się w bardziej intymnej, domowej atmosferze, w porównaniu do tradycyjnego szpitala, jednocześnie zapewniając zaplecze medyczne. Stanowi alternatywę zarówno dla porodu w domu, jak i w szpitalu, łącząc komfort i prywatność z bezpieczeństwem medycznym. Pamiętaj, żeby zaznaczyć, że poród w domu narodzin zazwyczaj jest odpłatny.

Kolejna ważna informacja dla kobiety to obowiązek zgłoszenia się do wybranej przychodni w celu objęcia opieką zdrowotną matki i dziecka. Do przychodni należy zapisać się w ciągu 7 dni od daty urodzenia dziecka lub nadania numeru PESEL. W ramach tej procedury rodzice wybierają pediatrę, pielęgniarkę środowiskową i położną. W okresie połogu matce i dziecku przysługuje opieka położnej środowiskowej w ramach wizyt patronażowych.

Ubezpieczony rodzic ma obowiązek zgłosić w swoim zakładzie pracy narodziny dziecka i dołączyć je do swojego ubezpieczenia. Zatrudniony rodzic wypełnia druk ZUS ZCNA i przekazuje go pracodawcy. Rodzic prowadzący działalność gospodarczą sam przekazuje druk do ZUS. Dzięki temu nowonarodzone dziecko zostaje objęte opieką ubezpieczeniową, zarówno społeczną, jak i zdrowotną, i nabywa uprawnień do korzystania z usług publicznej służby zdrowia.

→ Prawo kobiety pracującej: urlop, prawa pracownicze

Kobiety zazwyczaj potrafią odnaleźć informacje o swoich prawach pracowniczych w okresie okołoporodowym, o ile posługują się językiem polskim w wystarczającym stopniu. Jeżeli jednak znajomość języka polskiego, jest niewystarczająca, , polecamy broszurę „Jestem mamą w Polsce”. Znajdziesz w niej niezbędne informacje, m.in.:

- polskie prawo pracy dla kobiet w ciąży,
- urlopy po urodzeniu dziecka,
- zasiłek chorobowy, macierzyński,
- Prawa ciężarnej w pracy,
- pomoc socjalna po urodzeniu dziecka.

PAMIĘTAJ! Jeżeli pacjentka jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę, niezależnie od obywatelstwa chroni ją Kodeks pracy i przysługuje jej szereg praw, gwarantowanych ww. kodeksem. Natomiast jeśli wykonuje pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, jej prawa i przywileje będą zależeć od indywidualnej sytuacji. Najlepiej w takim przypadku skonsultować się ze specjalistą np. w ramach konsultacji, oferowanych przez organizacje pozarządowe wspierające migrantów.

W Polsce przewidziane są cztery rodzaje urlopów dla rodziców:

- urlop macierzyński,
- urlop rodzicielski,
- urlop ojcowski,
- urlop wychowawczy.

Skorzystanie z tych urlopów jest możliwe pod warunkiem, że kobieta ma prawo pobytu i prawo do pracy w Polsce. Do urlopu nie mają prawa kobiety zatrudnione na podstawie umów zlecenia lub o dzieło.

Polskie prawo przewiduje różnego rodzaju świadczenia rodzinne po urodzeniu dziecka. Pomoc finansowa jest dostępna dla kobiet, w zależności od ich statusu pobytowego w Polsce.

Główne świadczenie, do których najczęściej są uprawnieni cudzoziemcy to:

- **świadczenia rodzicielskie,**
- **świadczenia wychowawcze 800+,**
- **„becikowe”** – jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia dziecka,
- **zasiłki finansowe,** dostęp do których zależy m.in. od kryterium dochodowego rodziny (zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego),
- **świadczenia opiekuńcze** – świadczenia, wypłacane rodzicom dzieci z niepełnosprawnością.

Jeżeli matka nie ma dostępu do wymienionych świadczeń, taki dostęp może mieć ojciec dziecka. Więcej można przeczytać w broszurze „Jestem matką w Polsce” oraz polecanych źródłach, w ostatnim punkcie tego rozdziału.

→ Droga do legalizacji pobytu dziecka cudzoziemskiego urodzonego w Polsce

Po porodzie twoja pacjentka może czuć się zdezorientowana w związku z formalnościami dotyczącymi legalizacyjnych swojego dziecka. Wsparz ją – podpowiedz jej schemat postępowania według poniższego wzoru.

→ Karta urodzenia — akt urodzenia — dokument podróży — legalizacja pobytu dziecka.

karta urodzenia



Pierwszym dokumentem potwierdzającym urodzenie dziecka jest **karta urodzenia**. Wystawia ją szpital, na jej podstawie dziecko zostaje zarejestrowane w Polsce. Następnie Urząd Stanu Cywilnego (USC) wydaje **odpis aktu urodzenia**. Rodzice mogą chcieć uzyskać również odpis aktu urodzenia dziecka wydany przez władze swojego kraju pochodzenia. Wyjaśnij matce, że w przypadku dzieci urodzonych w Polsce taki odpis wydaje polski USC.

akt urodzenia



Rejestracja dziecka urodzonego w Polsce polega na zgłoszeniu jego narodzin w USC właściwym ze względu na miejsce urodzenia. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 21 dni od wystawienia karty urodzenia – zazwyczaj robi to matka lub ojciec dziecka. Można to zrobić osobiście w USC lub online, za pośrednictwem platformy ePUAP. Cudzoziemcy powinni dodatkowo przygotować tłumaczenia przysięgłe zagranicznych aktów stanu cywilnego na język polski, aby potwierdzić swój stan cywilny oraz nazwiska rodowe.

Więcej informacji o zarejestrowaniu urodzonego w Polsce dziecka dowiesz się w USC oraz z naszej publikacji i broszury, linki znajdziesz w „Polecanych źródłach” na końcu tego rozdziału.

dokument
podróży

Głównym dokumentem tożsamości cudzoziemca w Polsce nadal jest **dokument podróży** – paszport. Kwestia jego wyrobienia w Polsce zależy w dużym stopniu od obywatelstwa.

Rodzice powinni zarejestrować obywatelstwo dziecka. Jeżeli oboje rodzice są cudzoziemcami, dziecko nie otrzyma polskiego obywatelstwa. Polskie prawo przewiduje uzyskanie obywatelstwa na podstawie tzw. „prawa krwi”, co oznacza, że sam fakt urodzenia w Polsce nie daje dziecku prawa do polskiego obywatelstwa – dziecko dziedziczy je po swoich rodzicach. Jeżeli rodzice mają różne obywatelstwa, powinni wybrać, które z nich otrzyma dziecko. Jeżeli prawo kraju pochodzenia rodziców dopuszcza posiadanie dwóch obywatelstw, dziecko może zostać uznane za obywatela obu krajów. Te kwestie warto sprawdzić w ambasadzie swojego kraju jeszcze przed narodzinami dziecka.

Dopiero po ustaleniu obywatelstwa rodzice mogą wyrobić dziecku paszport lub – jeśli pozwalają na to przepisy kraju, którego obywatelstwo dziecko będzie posiadać – wpisać je do paszportu jednego z rodziców.

legalizacja
pobytu dziecka

Następną formalnością jest **legalizacja pobytu dziecka**, która zależy od sytuacji pobytowej jego rodziców.

Jeśli jedno z rodziców posiada polskie obywatelstwo, dziecko automatycznie je dziedziczy za zgodą obojga rodziców i nie potrzebuje już dodatkowych zezwoleń na pobyt w Polsce. Gdy zaś oboje rodzice są cudzoziemcami, status prawny urodzonego dziecka należy uregulować jak najszybciej. W przypadku gdy przynajmniej jeden rodzic ma uregulowany status pobytowy w Polsce, dla dziecka też nie powinno to stanowić problemu. Pamiętaj jednak każda sytuacja wymaga

indywidualnej analizy. Jeżeli rodzice nie mają pewności, jak zalegalizować pobyt dziecka, najlepiej skonsultować się ze specjalistą. Można w tym celu skorzystać z oferowanych przez organizacje pozarządowe nieodpłatnych konsultacji dotyczących legalizacji pobytu.

→ Polecane źródła

Aby ułatwić twojej cudzoziemskiej pacjentce znalezienie niezbędnych informacji, przygotowaliśmy linki do sprawdzonych, wiarygodnych źródeł. Można w nich znaleźć dodatkowe informacje na tematy opisane w tym rozdziale, m.in.:

- **Prawa pacjenta – strona Ministerstwa Zdrowia:**
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/prawa-pacjenta>
- **Kontakt do Rzecznika Praw Pacjenta:**
<https://www.gov.pl/web/rpp/kontakt>
- **Rejestracja urodzenia dziecka:**
<https://www.gov.pl/web/gov/zglos-urodzenie-dziecka>
- **Świadczenia rodzinne – strona Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:**
<https://www.gov.pl/web/rodzina/wiadczenia-rodzinne>
- **Broszura „Jestem mamą w Polsce. Informator dla migrantek, które oczekują dziecka w Polsce”:**
<https://forummigracyjne.org/publikacja/jestem-mama-w-polsce-informator-dla-migrantek-ktore-oczekuja-dziecka-w-polsce-w-jezykach-ukrainskim-rosyjskim-i-angiel/>
- **Informacje dotyczące zezwolenia na pobyt cudzoziemca w Polsce – Moduł Obsługi Spraw UdSC (informacje dostępne w kilku językach):**
<https://www.mos.cudzoziemcy.gov.pl/potrzebuje-informacji>

11

Opieka okołoporodowa nad migrantkami

Wyniki grup fokusowych
z udziałem położnych

▶▶ Karolina Madej
badaczka

▶▶ Ewelina Łapińska
badaczka

Fundacja Polskie Forum Migracyjne od lat wspiera migrantki w ciąży i połogu w polskim systemie opieki zdrowotnej. W tym czasie zgromadziłyśmy bogate doświadczenie i wiedzę praktyczną dotyczącą różnic kulturowych, i wynikających z nich zróżnicowanych potrzeb mam pochodzących z różnych części świata. Osobami, które sprawują bezpośrednią opiekę nad migrantkami i uchodźczyniami przed, w trakcie oraz po porodzie, są położne. To one zazwyczaj – często bez wcześniejszego przygotowania – stykają się z wyzwaniami wynikającymi z różnic kulturowych, które mają wpływ na jakość i adekwatność świadczonej opieki. Do udziału w opisywanym poniżej badaniu zaprosiłyśmy położne z różnych środowisk, by lepiej zrozumieć doświadczenia oraz wyzwania, z jakimi mierzą się w pracy z migrantkami w okresie okołoporodowym. Przeprowadziłyśmy dwie grupy fokusowe, w trakcie których rozmawiałyśmy z uczestniczkami o sposobach radzenia sobie, dostępnych formach wsparcia, a także o ich potrzebach i rekomendacjach systemowych. Poniższy raport prezentuje najważniejsze wątki poruszane podczas tych rozmów.

W grupach fokusowych wzięło udział łącznie 15 położnych, których doświadczenie zawodowe mieściło się w przedziale od 5 do 28 lat (średnia = 16,6). Nasze rozmówczynie pracowały w różnych miejscach: przychodniach, gabinetach ginekologiczno-położniczych, szpitalach (m.in. na oddziałach neonatologicznych oraz intensywnej terapii noworodka), szkołach rodzenia, laboratoriach, w tzw. środowisku oraz na uczelniach. Jedna z uczestniczek świadczyła również pomoc na granicy polsko-białoruskiej. Dwie z nich miały własne doświadczenie migracji i nieuznane w Polsce kwalifikacje zawodowe mimo wieloletniej praktyki w zawodzie w kraju pochodzenia.

Poniżej omawiamy najważniejsze wątki poruszane przez uczestniczki grup fokusowych.

Specyfika opieki nad migrantkami: doświadczenia położnych

→ Zróżnicowane i często zaskakujące praktyki okołoporodowe/położowe kobiet z różnych krajów

Położne biorące udział w badaniu opisywały szereg zróżnicowanych i często zaskakujących praktyk okołoporodowych u kobiet pochodzących z różnych krajów i grup kulturowych, znacząco odbiegających od standardów i oczekiwań przyjętych w polskim systemie ochrony zdrowia. Podkreślały tym samym, jak bardzo ich praca wymaga elastyczności, zrozumienia kontekstu kulturowego oraz unikania pochopnych ocen w kontakcie z pacjentkami cudzoziemskimi. Jedna z uczestniczek opisała sytuację związaną z pacjentkami romskimi, które opuszczały szpital tuż po porodzie – bez wypisu i bez konsultacji z personelem medycznym. Kobietom towarzyszyły ich liczne rodziny, celebrujące poród w nietypowej dla szpitala formie. Poniższy opis ukazuje nie tylko różnice organizacyjne, ale i fundamentalnie inne podejście do porodu – jako wydarzenia wspólnotowego, święta rodzinnego, a nie procedury medycznej kontrolowanej przez jakąś instytucję:

Uczestniczka (U): Romki nam wychodzą po prostu z noworodkiem pod pachą i wychodzą, tak? Nagle patrzymy, nie ma pacjentki na sali. Prowadząca (P): Czyli bez wypisu? Jak bez wypisu? U: Tak, Romki tak robią. One po prostu uciekają ze szpitala. [Teraz] Przychodzą urodzić- [wcześniej] to mało kiedy do szpitala przychodziły. Potem się zaczęły pojawiać, to przy porodzie było tak, że z jednej strony wyganiałam pół rodziny, a z drugiej już pół rodziny wlazło i ja się nie umiałam odgonić od tych kobiet, tak? No bo mężowie to na dole muzyka, alkohol leci pod szpitalem i jest wielka impreza, bo się rodzi romskie dziecko.



Kolejna uczestniczka poruszyła temat odmiennych oczekiwań związanych z porodem – zwłaszcza podejścia do cesarskiego cięcia. Podczas gdy dla kobiet z niektórych kultur (np. z Czeczenii) cesarka jest formą prestiżu i świadectwem wysokiego statusu, dla innych (np. pochodzących z niektórych krajów afrykańskich) – piętnem i źródłem wstydu. Ten wątek wskazuje na istotne różnice symboliczne przypisywane temu samemu zabiegowi medycznemu – i na konieczność rozpoznania tych znaczeń, by nie narażać kobiet na niezrozumienie, stres czy poczucie winy:

Ja bym chciała powiedzieć, na przykład ja jak zaczynałam pracę [...] zerknęłam się jako młoda położna z Czeczenkami. Nie rozumiałyśmy się też. Ja się tylko uczyłam rosyjskiego w szkole, więc coś tam rozumiałam. Natomiast ich kultura, to, że one bardzo chciały cięcie, zanim ktoś tam wytłumaczył lekarz, że dla nich to jest jakaś forma prestiżu. A zarazem z Afryki kobiety to jest tak jakbyś została naznaczona na cięcie, prawda? Więc my nie potrafiłyśmy się też jakby kulturowo [...] w ogóle nie miałyśmy tej bazy ze studium, nic.



Jedna z uczestniczek opisała sytuację, w której pacjentka z jednego z państw afrykańskich chciała, żeby wypisano ją ze szpitala od razu po porodzie, ale bez dziecka, do którego planowała dochodzić. Chęć ta spotkała się z dużym niezrozumieniem i krytyką personelu medycznego. Z kolei dla innej Afrykanki bardzo trudnym doświadczeniem było zabiegowe opróżnienie jamy macicy (tzw. łyżeczkowanie) w ogólnym znieczuleniu (pod narkozą), które postrzegала jako niezrozumiałe i naruszające jej granice – mimo że w Polsce zabieg ten jest standardową procedurą.

Położne zauważyły także różnice w podejściu do opieki nad dzieckiem. Kobiety z Afryki były postrzegane jako pewniejsze swoich kompetencji macierzyńskich od wielu Ukrainek, które częściej potrzebowały wskazówek i wsparcia. Uczestniczki przywoływały również przykład Filipinek, które preferowały karmienie mlekiem modyfikowanym zamiast piersią i często mieszkaly z całymi rodzinami na małej powierzchni, co spotykało się z krytyką lekarzy:

Chcę karmić mlekiem modyfikowanym, nie chcę piersią – dla mnie okej, nie nakłaniam ich. Pediatrka chciała ich zgłosić do opieki, [mówiła] “tak nie może być”. [o współpracowniczkach] Dziewczyny nie mogą tego zrozumieć, że tak można żyć na kupie. “Trzeba im wytłumaczyć... musisz im powiedzieć... ktoś to musi monitorować...” Tak sobie żyją, niech sobie tak żyją, pewnych rzeczy nie jesteśmy w stanie zmienić – ja się szybko oswoiłam z tą sytuacją.

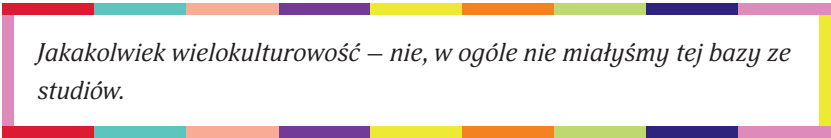


Niektóre kobiety doświadczały silnego stresu związanego z wyglądem dziecka, np. w przypadku widocznych wad wrodzonych, takich jak rozszczep podniebienia. W pewnych społecznościach taka wada może skutkować odrzuceniem zarówno dziecka, jak i matki:

W wielu narodach niepełnosprawność albo dziecko, które ma rozszczep podniebienia, wygląda inaczej, nie spełnia warunków – jest wykluczone. Mamy mamy, które zamykają się razem ze swoimi dziećmi, bo są zostawiane tylko dlatego że to dziecko jest inne i nigdy nie będzie się zachowywać jak... [Inna uczestniczka: Co nie znaczy, że Polacy tak nie robią.] Chodzi o to, że one zostają same i one powiedzą ci to wprost, że do nich rodzina się nie odzywa, bo dziecko, które ma rozszczep wargi i podniebienia i wygląda jak wygląda – to się zoperuje super – ale to jest przekleństwo. Była taka mama, nie pamiętam skąd, ona tak strasznie płakała... To dziecko kochała ponad życie i ten partner też był z nimi, ale ona mówiła, że ona już nigdy tej swojej rodziny nie zobaczy.



Według położnych wiele trudności wynika z niezrozumienia lub nieznamomości praktyk kulturowych pacjentek. Dotyczy to m.in. oczekiwań wobec porodu, podejścia do cesarskiego cięcia, opieki położkowej, żywienia noworodka czy tabu związanych z niepełnosprawnością.



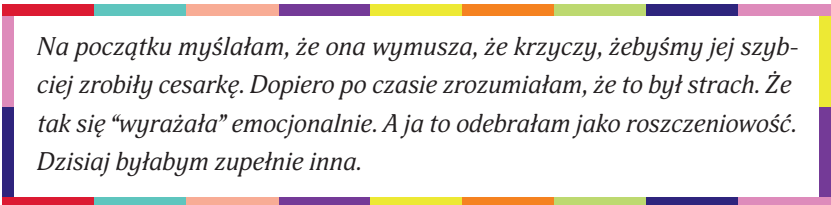
Jakakolwiek wielokulturowość – nie, w ogóle nie miałyśmy tej bazy ze studiów.



Uczestniczki wskazywały, że zachowania wynikające z różnic kulturowych są często odbierane przez personel jako „problemy z pacjentką”, zamiast jako coś naturalnego dla odmiennego kontekstu społeczno-kulturowego. Wspominały również o potrzebie oddzielenia nieszkodliwych praktyk wynikających z różnic międzykulturowych (np. gdy kobieta chce rodzić w chuście na głowie) od tych szkodliwych dla zdrowia, których źródłem jest brak wiedzy (np. praktykowanie wałkowania piersi, by wywołać laktację).

Konfrontacja z własnymi stereotypami i ograniczeniami

Dla części położnych praca z kobietami z innych kultur była przyczynkiem do refleksji nad własnymi uprzedzeniami, przyzwyczajeniami oraz zawodowymi schematami działania. To, co początkowo mogło wydawać się „trudnym zachowaniem” lub przejawem roszczeniowości, z czasem okazywało się być reakcją na traumę, barierę językową lub było po prostu inną formą wyrażania emocji.



Na początku myślałam, że ona wymusza, że krzyczy, żebyśmy jej szybciej zrobiły cesarkę. Dopiero po czasie zrozumiałam, że to był strach. Że tak się “wyrażała” emocjonalnie. A ja to odebrałam jako roszczeniowość. Dzisiaj byłabym zupełnie inna.



Tego rodzaju refleksje pokazują, że praktyka międzykulturowa może być głębokim procesem uczenia się i wewnętrznej transformacji – nawet dla osób z wieloletnim doświadczeniem zawodowym. To droga od rutyny i automatyzmu do większej uważności, empatii i otwartości.

→ Kontakt z pacjentkami po traumach i w kryzysie

W pracy położnych niejednokrotnie pojawiają się sytuacje wymagające szczególnej uważności i delikatności – zwłaszcza w kontakcie z kobietami, które doświadczyły wojny, przemocy seksualnej, handlu ludźmi lub starają się o udzielenie im ochrony międzynarodowej. Ich reakcje w trakcie porodu i położu mogą odbiegać od tego, co w lokalnym kontekście uznawane jest za normę. Ich potrzeby są ściśle związane z wcześniejszymi doświadczeniami, często traumatycznymi. **Położne wskazywały, że zrozumienie historii kobiety może decydować o powodzeniu opieki – i nie zawsze chodzi tu o kwestie medyczne, ale o warunki emocjonalne i relacyjne.**

Jeden z najbardziej przejmujących przykładów dotyczył kobiety z Kolumbii – ofiary przemocy seksualnej, której poczucie bezpieczeństwa w trakcie porodu wymagało obecności wyłącznie kobiecego personelu:

Mama Kolumbijka została sprzedana przez rodzinę, zgwałcona... miała traumę, potrzebowała opieki kobiety. Ordynator był mężczyzną. Ja zaproponowałam inny szpital – gdzie ordynatorką jest kobieta, która jeździ z misją do Afryki. Tam ta kobieta poczuła się bezpieczna i poród przebiegł spokojnie.

Położne wskazywały, że dla kobiet po traumie relacja z opiekunem medycznym jest równie ważna jak sama procedura. Zbudowanie zaufania, wspólne „prowadzenie porodu”, oddech, rozluźnienie – to elementy kluczowe, by poród naturalny mógł w ogóle się odbyć. Brak zaufania, wynikający często z przemocy, której te kobiety doznały w przeszłości, może uniemożliwić naturalny przebieg porodu. W tym przypadku skierowanie do odpowiedniego szpitala, prowadzonego przez kobietę z doświadczeniem pracy w krajach globalnego Południa, okazało się kluczowe – zredukowało lęk, umożliwiło zaufanie i bezpieczny poród.

W innych wypowiedziach położne podkreślały, że pacjentki z doświadczeniem przemocy i migracji często nie mają siły ani słów, by mówić o swoich potrzebach. Dlatego to na personelu spoczywa odpowiedzialność za uważność, cierpliwość

i „czytanie” sygnałów pozawerbalnych. Sytuacje migrantek są często zniuansowane i skomplikowane, a wynikające z nich, niezrozumiałe dla personelu medycznego zachowania i reakcje stanowią jedynie widoczny wierzchołek góry lodowej.

Istotną rolę będą odgrywać nie tylko przeszłe doświadczenia kobiet, ale również ich aktualna sytuacja życiowa. Położne opisywały mamy Ukrainki wchodzące w nowe, często przemocowe związki w Polsce. Jedną z historii dotyczyła kobiety, która zaszła w ciążę z nowym partnerem w Polsce, podczas gdy jej mąż pozostał w Ukrainie. Nowonarodzone dziecko formalnie „należało” do męża. Nowy partner stosował przemoc – po brutalnym pobiciu kobieta zapadła w śpiączkę, a dziecko trafiło do pogotowia opiekuńczego.

Położne wskazywały, że kobiety po trudnych doświadczeniach bardzo często podporządkowują się poleceniom personelu pomimo braku wewnętrznej zgody. Nie czują, że mają wybór i prawo do decydowania o sobie. Nasze rozmówczynie podkreślały, że potrzeba odpowiednich warunków do indywidualnej rozmowy z takimi kobietami – prawdziwa relacja z pacjentką, zwłaszcza z innym doświadczeniem kulturowym, wymaga czasu. Niestety, systemowa presja, tempo pracy i ograniczenia logistyczne nie pozwalają na pogłębiony kontakt.

Czasami mam wrażenie, że 8 godzin spędzam u pacjentek, a 4 godziny w samochodzie. Ale warto. Bo w domu jest kontakt. Ona się rozluźnia. Mówi. Płacze. A w szpitalu – zamknięta, przestraszona.



Role: położna czyli kto?

→ **Położna-tłumacz: bariera językowa, brak profesjonalnych tłumaczy, brak materiałów w językach obcych**

Uczestniczki badania wskazywały, że często występują w roli tłumacza – pośredniczą w kontakcie z lekarzem, tłumaczą wypisy czy plan porodu. Gdy same nie znają języka pacjentki, starają się oddolnie znaleźć w placówce kogoś, kto potrafi się nim porozumiewać. Nasze rozmówczynie podkreślały, że z powodu braku profesjonalnych tłumaczy i niedostępności przetłumaczonych materiałów wiele zadań językowych wykonują samodzielnie – kosztem czasu i energii. Mimo trwającej od trzech lat wojny w Ukrainie, na wielu oddziałach szpitalnych tłumaczeniami nadal zajmują się osoby spoza kadry medycznej, np. salowe. Chociaż liczba pacjentek nieposługujących się językiem polskim znacznie wzrosła, kwestia tłumaczenia nie została rozwiązana systemowo. Uczestniczki przywoływały przykłady oddolnego zaangażowania, np. w załatwianie profesjonalnego tłumaczenia wypisu, aby pacjentka mogła uzyskać świadczenia z ZUS-u. Tego typu pomoc uzależniona jest jednak od zaangażowania i dobrej woli personelu, a nie od procedur instytucjonalnych.

Nasze rozmówczynie podnosiły również kwestie jakości tłumaczenia i odpowiedzialności za jego precyzję. Wskazywały, że choć nie mają profesjonalnych kompetencji tłumaczeniowych, muszą przekładać złożone kwestie medyczne i zdrowotne, a te często mają kluczowe znaczenie dla leczenia. Pacjentki zmuszone są ufać, że informacje zostały przekazane wiernie i precyzyjnie – co nie zawsze można zagwarantować.

Położne zgodnie podkreślały, że brak profesjonalnego wsparcia językowego w opiece okołoporodowej stanowi istotny problem, który może bezpośrednio wpływać na bezpieczeństwo pacjentek. W wielu placówkach brakuje nie tylko tłumaczy, ale też materiałów informacyjnych i edukacyjnych w językach obcych, co znacznie utrudnia komunikację. Placówki posiadające akredytacje często są ograniczone formalnie – wszystkie materiały muszą być zatwierdzone i opatrzone odpowiednim logotypem.

Często oczekuje się, że pacjentka przyjdzie z osobą towarzyszącą – członkiem rodziny lub znajomym – która pomoże w tłumaczeniu. Jednak ten model budzi poważne wątpliwości. Położne zwracają uwagę, że w takich sytuacjach nie da się

zweryfikować jakości tłumaczenia ani tego, czy przekazano wszystkie informacje wiernie i w sposób zrozumiały. To szczególnie niebezpieczne, gdy chodzi o decyzje medyczne, które dotyczą zdrowia lub życia kobiety i dziecka.

Pacjent powinien uzyskać informację zrozumiałą dla siebie – a to się często nie dzieje.



Jedna z uczestniczek badania opisała skalę problemu, wskazując, że brak profesjonalnego tłumaczenia jest normą, mimo że liczba pacjentek z ograniczoną znajomością języka polskiego stale rośnie:

U mnie w przychodni i jednej, i drugiej nie ma totalnie żadnej... Ten temat nie istnieje, ale istnieje bardzo realnie, no bo jest tych pacjentek bardzo dużo. I to są zarówno mamy z Białorusi czy z Ukrainy, które no nie mówią po polsku jeszcze w taki sposób, żeby poczuć się tak... komfortowo i tak, że na pewno zrozumiały zalecenia, bądź mogą swobodnie wyrazić swoje jakieś pytania.



Brak systemowych rozwiązań w tym zakresie naraża pacjentki na nieporozumienia, pominięcia istotnych informacji, a w skrajnych przypadkach – na błędne decyzje terapeutyczne, które w medycynie okołoporodowej mogą mieć bardzo poważne konsekwencje.

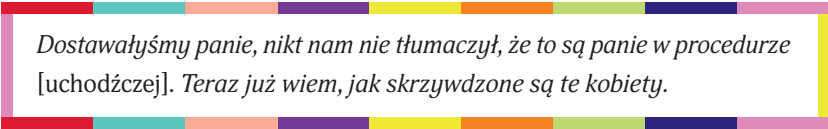
→ Położna-psycholog: kontakt z pacjentkami po traumie

Praca z pacjentkami, które doświadczyły przemocy seksualnej, ucieczki z kraju ogarniętego wojną lub innych traumatycznych przeżyć, wymaga szczególnego podejścia. Położne uczestniczące w badaniu zwracały uwagę, że opieka nad ko-

bietami z doświadczeniem uchodźczym czy przemocy wymaga nie tylko wiedzy medycznej, ale również kompetencji psychotraumatologicznych – takich jak rozumienie mechanizmów traumy, uważność na reakcje obronne, umiejętność budowania poczucia bezpieczeństwa i unikanie tzw. retraumatyzacji.

Problem polega na tym, że system opieki zdrowotnej w Polsce – zarówno na poziomie strukturalnym, jak i edukacyjnym – nie jest przygotowany na takie wyzwania. W programach kształcenia brakuje treści dotyczących pracy z osobami po traumie, a w praktyce klinicznej nie ma standardowych procedur ani narzędzi wsparcia dla położnych pracujących z takimi pacjentkami.

Jak wskazywała jedna z uczestniczek:



Dostawałyśmy panie, nikt nam nie tłumaczył, że to są panie w procedurze [uchodźcze]. Teraz już wiem, jak skrzywdzone są te kobiety.



Ten cytat obrazuje nie tylko brak kluczowych informacji, które powinny zostać przekazane personelowi medycznemu, ale też samotność położnych w konfrontacji z cierpieniem, którego nie były uczone rozpoznawać i na które jednocześnie same nie były przygotowane. Położne wskazywały, że bez odpowiedniego wsparcia i szkolenia ciężko jest zapewnić adekwatną, empatyczną opiekę kobietom po traumie. Istnieje również ryzyko, że sam personel doświadczy wypalenia emocjonalnego, dlatego potrzeba mechanizmów chroniących pracowników medycznych przed wtórnym stresem traumatycznym, czyli rozwinieniem podobnych objawów, których doświadczają wspierane osoby bezpośrednio dotknięte traumą.

W praktyce klinicznej nieadekwatny kontakt może prowadzić do wycofania pacjentki, oporu wobec badania czy odmowy współpracy – reakcji, które nie zawsze są właściwie odczytywane przez personel. Brak wiedzy o tym, z jaką historią przychodzi kobieta, może prowadzić do niezamierzonego pogłębiania jej lęku, wstydu czy poczucia braku kontroli.

→ Położna-pracownik socjalny: praca z osobami w trudnej sytuacji życiowej i wiążące się z tym zagrożenia

Pacjentki położnych często znajdują się w trudnych sytuacjach życiowych – nie mają warunków do opieki i wychowania dziecka lub trwają w związkach przemocowych. W przypadkach jawnych zaniedbań to na personelu medycznym spoczywa obowiązek zgłoszenia ich odpowiednim służbom. Ocena sytuacji pacjentki często jednak nie jest łatwa, a granica – kiedy interweniować – bywa niejednoznaczna.

Położne opisywały sytuacje bezpośrednio zagrażające bezpieczeństwu personelu – np. wtargnięcie pijanego ojca dziecka na oddział i jego agresywne zachowanie – w których nie mają możliwości podjęcia realnych działań. Wezwanie odpowiednich służb może nastąpić tylko za zgodą lekarza.

Uczestniczki badania zwracały uwagę na poważne braki systemowe: brak jasnych procedur i narzędzi do interwencji w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa pacjentki, m.in. w przypadku przemocy domowej, obecności nietrzeźwego partnera podczas wizyty, podejrzenia handlu ludźmi czy innych form nadużyć – zarówno w placówce medycznej, jak i poza nią.

W takich sytuacjach, mimo że zagrożenie bywa ewidentne, położne mogą jedynie oczekiwać – np. na decyzję lekarza prowadzącego, zgodę administracji lub interwencję z zewnątrz. Brakuje im uprawnień, wsparcia i jasnych ścieżek działania, które umożliwiłyby szybką i skuteczną reakcję. Taka bezradność może narażać kobiety na dalsze krzywdy i jednocześnie generować moralne oraz zawodowe napięcie u personelu.

Brakuje mechanizmów, które pozwalają zareagować. Widzisz, że jest zagrożenie – ale nie możesz nic zrobić. Musisz czekać. [...] Narażasz kobietę, ale też siebie na odpowiedzialność.



Brak procedur wpływa także na poczucie bezpieczeństwa samego personelu. Położne mają świadomość, że podejmując działania „na własną rękę”, mogą zostać

pociągnięte do odpowiedzialności prawnej lub dyscyplinarnej. W efekcie często wybierają milczenie lub bierne trwanie w sytuacji, którą oceniają jako zagrożenie.

W relacjach uczestniczek badania pojawiały się opisy sytuacji budzących poważne wątpliwości co do bezpieczeństwa i autonomii pacjentek. Dotyczyło to zwłaszcza kobiet, których status prawny był niejasny, które nie miały dokumentów, były izolowane, nie mówiły w żadnym z lokalnych języków lub przychodziły w towarzystwie osób wzbudzających niepokój. Niektóre z nich sprawiały wrażenie kontrolowanych, zastraszanych lub unikały kontaktu wzrokowego i nawiązania jakiegokolwiek rozmowy.

W takich przypadkach położne podejrzewały, że kobiety mogą być ofiarami przemocy domowej, wykorzystywania seksualnego lub handlu ludźmi. Brak procedur, wsparcia i kanałów komunikacji z odpowiednimi służbami sprawia jednak, że nawet poważne sygnały ostrzegawcze mogą zostać zignorowane lub zagubione w systemie.



Nie wiem, czy moja pacjentka nie jest już sprzedana do burdelu w Niemczech.



To dramatyczne stwierdzenie podkreśla, jak bezsilny może czuć się personel medyczny, który nie ma narzędzi, by odpowiednio zareagować. Pokazuje również skalę zagrożeń, z jakimi mogą mierzyć się kobiety znajdujące się poza głównym nurtem systemu ochrony – bez dokumentów, znajomości języka i wsparcia społecznego.

→ Więcej niż zawód: empatia i solidarność

W wypowiedziach położnych wyraźnie wybrzmiewała nie tylko fachowość i zaangażowanie zawodowe, ale także głęboko ludzka empatia. Szczególnie silnie ujawniła się ona w kontekście wojny w Ukrainie i masowego przybycia kobiet z doświadczeniem uchodźczym. Jedna z uczestniczek opisała, że poruszyło ją to nie tylko zawodowo, ale też bardzo osobiście – jako matkę i kobietę. z

Jak zaczęła się wojna na Ukrainie, to jakby uruchomiło się we mnie coś takiego... Myślę sobie – kurde, mam dwie córki. Co jeśli kiedyś będą musiały gdzieś uciekać, i trafią na ludzi, którzy je potraktują z sercem albo zimno? Może jeśli ja teraz zrobię coś dobrego dla tej dziewczyny z Ukrainy, to kiedyś ktoś zrobi coś dobrego dla mojej córki. I to mnie wtedy napędzało. To był taki moment, że nie wiedziałam, co się dzieje, ale wiedziałam, że muszę działać.



Położne mówiły podczas wywiadu o tym, że empatia i solidarność bywają źródłem siły w sytuacjach kryzysowych – że dla niektórych z nich pomoc kobietom migrantkom jest nie tylko obowiązkiem zawodowym, ale też aktem ludzkiej odpowiedzialności, odruchem serca i próbą budowania świata, w którym każdy może liczyć na wsparcie.

Ja godzinę temu dostałam telefon, czy wezmę pod opiekę kobietę z Chin. [...] Wezmę, bo to wyzwanie. Wolę to niż siedzieć przy komputerze i patrzeć w tabelki. Bo tam mam człowieka – i to jest najważniejsze.



Taka postawa emocjonalnego zaangażowania i utożsamiania się z losem pacjentek sprzyja tworzeniu relacji opartych na zaufaniu, szacunku i zrozumieniu różnic, a nie tylko na mechanicznej realizacji procedur.

Warunki pracy

→ Zróżnicowanie warunków pracy – oddział versus środowisko

Położne uczestniczące w badaniu wskazywały na istotne różnice między opieką sprawowaną w szpitalu, a tą realizowaną w środowisku – czyli w domach pacjentek lub ośrodkach, w których mieszkają. Praca w szpitalu charakteryzuje się szybkim tempem, procedurami i organizacyjną presją, co znacząco utrudnia budowanie relacji, szczególnie z kobietami migranckimi, często doświadczonymi przez traumę lub funkcjonującymi w odmiennym kontekście kulturowym.

W przeciwieństwie do tego, opieka środowiskowa stwarza przestrzeń na spokojne poznanie pacjentki, jej historii, warunków życia i otoczenia społecznego. Takie podejście sprzyja budowaniu zaufania i lepszemu zrozumieniu potrzeb kobiety, co bezpośrednio przekłada się na jakość opieki. Jedna z położnych ujęła to metaforycznie:

Na oddziale nie ma czasu. W środowisku mogę z tą osobą побыć. Obrąć tę cebulę i dojść do tego środka, o co chodzi. [...] W domu ona się otwiera, mówi więcej. Na oddziale wszystko jest szybkie, zautomatyzowane.

Wizyty domowe pozwalają dostrzec aspekty życia kobiety, które pozostają niewidoczne w warunkach klinicznych – takie jak brak wsparcia, trudne warunki bytowe, samotność czy objawy chronicznego stresu. Jak relacjonowała jedna z położnych:

Wchodzę do mieszkania i od razu widzę, czego ona nie powie w gabinecie. Nie ma łóżeczka, nie ma wsparcia, wszystko robi sama. [...] Zaczynamy rozmawiać nie o porodzie, tylko o strachu, samotności, ucieczce z kraju. Wtedy czuję, że to ma sens.

Opieka środowiskowa umożliwia trafniejszą ocenę sytuacji zdrowotnej oraz pełniejsze wsparcie emocjonalne i społeczne. W takiej relacji położna staje się nie tylko specjalistką od medycyny, ale też zaufaną osobą, która pośredniczy pomiędzy pacjentką a systemem opieki zdrowotnej.

→ Doświadczenie pracy w ośrodkach recepcyjnych i interwencyjnych

Położne, które pracują z kobietami mieszkającymi w ośrodkach dla uchodźców lub w domach interwencyjnych, opisywały trudne warunki bytowe, izolację, a także samotność i brak systemowego wsparcia po porodzie. Często migrantki wracały do ośrodków bez żadnej opieki, co rodziło poczucie bezradności i frustracji, także wśród personelu.

Wraca do swojego ośrodka – sama, bez opieki, bez niczego. Szpital – tylko dwa dni. Ośrodek – las, Dębak, kilka kilometrów do przystanku, żadnego wsparcia. One wracają po porodzie do totalnej pustki. Czasem błagają, żeby je zabrać gdzieś indziej. Ale nie ma dokąd.



Warunki życia pacjentek mają bezpośredni wpływ na ich bezpieczeństwo okołoporodowe. Położne często stawiały wobec granic systemu, który nie zapewnia ciągłości opieki ani minimalnych warunków komfortu i wsparcia dla kobiet w szczególnie wrażliwej sytuacji życiowej.

→ Brak uznania kwalifikacji zawodowych migrantek

Jednym z problemów, który szczególnie poruszał uczestniczki grup fokusowych, było niedopuszczanie położnych z Ukrainy i Białorusi do wykonywania zawodu w Polsce, mimo ich odpowiedniego doświadczenia i wykształcenia. Sytuacja ta była postrzegana jako niesłuszna i frustrująca – zarówno z perspektywy migrantek, jak i położnych obserwujących tę niesprawiedliwość w miejscu pracy.

To, że jestem wykształcona i że tutaj coś mam? Guzik. (...) [Kobiety w podobnej sytuacji] Nie mogą podjąć pracy – to jest po prostu mega niesprawiedliwe.



Ten głos oddaje głębokie poczucie utraty wartości zawodowej i społecznej. Uczestniczki badania zwracały uwagę na konieczność stworzenia realnych, uproszczonych mechanizmów szybkiego uznawania kwalifikacji zawodowych migrantek z doświadczeniem w opiece okołoporodowej.

→ Brak lub ograniczone możliwości wsparcia położnych

Uczestniczki grup fokusowych pytane o formy wsparcia dostępne dla nich najczęściej odpowiadały: „Wsparcie? Koleżanka z dyżuru”.

Z wypowiedzi wyłania się obraz systemu, który nie zapewnia położnym ani superwizji, ani stałego wsparcia psychologicznego, nawet w najbardziej obciążających sytuacjach.

U nas nie ma wsparcia, ważymy i mierzymy martwe porody, i idziemy płakać do domu, taka jest prawda.



Jedna z położnych opisała praktykę swojego szpitala, w którym przez pewien czas zatrudniona była psycholożka dla pacjentek. Była to osoba zaangażowana, która – mimo że nie miała takiego obowiązku – wspierała również personel oddziału oraz prowadziła dla niego szkolenia. W momencie cięć budżetowych stanowisko to zostało jednak zlikwidowane. Utrata tej formy wsparcia uwiarydlała ogromną lukę w systemie troski o osoby, których praca wiąże się z silnym obciążeniem emocjonalnym.

Potrzeby

Z wypowiedzi położnych wyłania się obraz głębokiego deficytu wsparcia systemowego, edukacyjnego i organizacyjnego w pracy z pacjentkami migrantkami. Uczestniczki wskazywały nie tylko bariery, ale również konkretne obszary, w których potrzebne są zmiany, zasoby i narzędzia. Ich postulaty dotyczyły zarówno szkoleń i materiałów edukacyjnych, jak i dostępu do tłumaczy czy możliwości lepszej organizacji czasu pracy.

→ Praktyczna edukacja międzykulturowa

Jedną z najczęściej wymienianych potrzeb była edukacja oparta na rzeczywistych doświadczeniach zawodowych, a nie wyłącznie na samej teorii. Położne podkreślały, że obecne szkolenia z „międzykulturowości” są powierzchowne, mało konkretne i nieprzydatne w codziennej pracy. Brakuje im realnych przykładów i materiałów pokazujących, jak postępować w konkretnych sytuacjach klinicznych.

Na studiach nie miałyśmy takiego przedmiotu. Albo był – ale teoretyczny, bez case’ów. Do dzisiaj nie ma podręcznika, który pokazuje realne sytuacje. A różnice są ogromne – kobiety z Azji nie myją się po porodzie, Romki uciekają ze szpitala, Czeczenki domagają się cięcia.

Na studiach nie ma nic – zero praktyki, zero case’ów, nad czym mogłybyśmy oprzeć praktykę. [...] A różnice kulturowe są codziennością – nie wyjątkiem.

→ Narzędzia informacyjne dla pacjentek

Położne podkreślały również, że kobiety migranckie często są zagubione – nie rozumieją, jak działa system ochrony zdrowia, nie wiedzą, gdzie i kiedy mają się zgłosić, jak uzyskać świadczenia czy jakie są ich prawa. Brakuje podstawowych materiałów edukacyjnych: broszur, przewodników czy tzw. „powitalników” przygotowanych w ich językach.

Brakuje takich narzędzi – przewodników, powitalników, wzorów dokumentów. Kobieta nie wie, co ją czeka – czuje lęk, dezorientację. [...] Przygotowałyśmy z PFM-em broszurę ‘Bezcenna każda kropla’ – o karmieniu, po rosyjsku i ukraińsku.



Takie materiały – praktyczne, proste i wielojęzyczne – nie tylko zmniejszają niepokój kobiet, ale też odciążają personel, który w przeciwnym razie musi wszystko tłumaczyć indywidualnie, często bez odpowiednich narzędzi czy wsparcia językowego.

→ System tłumaczeń i profesjonalna komunikacja

Położne wielokrotnie mówiły o potrzebie wprowadzenia systemowego dostępu do tłumaczy medycznych – z jasno określonymi zasadami działania, zakresem odpowiedzialności i dostępnością. Obecnie w wielu sytuacjach tłumaczenia są przypadkowe, wykonywane przez członków rodziny lub osoby postronne, co nie tylko utrudnia komunikację, ale także obniża poczucie bezpieczeństwa pacjentek.

Pacjentki często nie rozumieją, co się z nimi dzieje. Tłumaczenia są byle jakie, czasem robi to ktoś z rodziny. To nie daje im poczucia bezpieczeństwa. [...] Potrzebny jest system – lista tłumaczy, dostępność, zasady.



Wskazywano również na brak narzędzi do tłumaczenia dokumentacji medycznej, formularzy, zgód czy zaleceń – co utrudnia zarówno opiekę, jak i zrozumienie procesu leczenia przez pacjentkę.

→ Interdyscyplinarne wsparcie – szkoły dla rodziców i grupy wsparcia

Uczestniczki postulowały rozwijanie miejsc wsparcia – takich jak szkoły dla rodziców czy grupy spotkaniowe, w których kobiety mogą spotkać się nie tylko z położną, ale też z psychologiem, pracownikiem socjalnym, tłumaczem czy fizjoterapeutą. Tego rodzaju inicjatywy nie tylko edukują, ale także budują zaufanie i poczucie bycia zaopiekowaną.

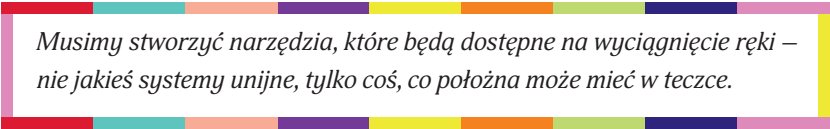
Zrobiliśmy szkołę dla rodziców – i z tego korzystają też migranci. To nie tylko o porodzie – to spotkanie z psychologiem, z socjalnym, z fizjo. Kobieta się oswaja, czuje wsparcie.



Z uwagi na złożone przypadki i konieczność interdyscyplinarnego wsparcia położne zgłaszały również potrzebę stworzenia materiałów zawierających dane kontaktowe organizacji lub instytucji, do których można w razie potrzeby skierować pacjentkę. Alternatywnym rozwiązaniem byłoby utworzenie stanowiska koordynatora (np. przy urzędzie wojewódzkim), który pomagałby kobietom migrantkom i wspierającym je osobom odnaleźć się w systemie.

→ Praktyczne narzędzia i gotowe procedury

Wśród najpilniejszych potrzeb położne wymieniały również konieczność opracowania prostych materiałów, które można by stosować „od ręki” – jak przetłumaczone formularze, krótkie przewodniki, checklisty czy wzory procedur.



Musimy stworzyć narzędzia, które będą dostępne na wyciągnięcie ręki – nie jakieś systemy unijne, tylko coś, co położna może mieć w teczce.



Takie rozwiązania – konkretne, praktyczne i łatwe do wdrożenia – znacząco usprawniłyby codzienną opiekę i zmniejszyły poczucie bezradności wobec barier kulturowych i językowych.

Podsumowanie i przykłady dobrych praktyk

Relacje położnych jasno pokazują, że kobiety z doświadczeniem migracyjnym potrzebują zintegrowanej, interdyscyplinarnej opieki. Położne natomiast potrzebują realnego wsparcia systemowego, które odciąży je z pełnienia wielu ról jednocześnie: psycholożki, pracowniczki socjalnej, doradczyni prawnej czy tłumaczki. W ścieżce edukacyjnej niezbędne są nie tylko treści z zakresu rzetelnej, praktycznej edukacji międzykulturowej, lecz także rozwój kompetencji miękkich – szczególnie tych niezbędnych w pracy z kobietami po traumatycznych przejściach.

Relacja z położną okazuje się dla pacjentek migranckich równie istotna, co sama procedura medyczna. Zrozumienie kontekstu życiowego kobiety wpływa bezpośrednio na jakość i skuteczność opieki. W praktyce oznacza to konieczność zapewnienia w szpitalach podstawowych materiałów wspierających komunikację – takich jak przetłumaczone formularze, oznakowanie przestrzeni oraz broszury informacyjne w różnych językach.

Choć uczestniczki rozmów wielokrotnie wskazywały na braki systemowe, pojawiły się także przykłady skutecznych, oddolnych rozwiązań, które mogą stanowić inspirację dla innych placówek.

→ System tłumaczy – przykład dobrych praktyk z Poznania

Jedna z położnych opisała prosty i efektywny system wsparcia językowego funkcjonujący w jej szpitalu. Każdy oddział posiada listę pracowników znających języki obce – w razie potrzeby można się z nimi bezpośrednio skontaktować telefonicznie. Rozwiązanie to opiera się na dobrej organizacji i współpracy w zespole – bez konieczności wdrażania skomplikowanych technologii.

U nas właśnie jest to całe ISO i te wszystkie co pół roku audyty, akredytacje i na wszystko jest jakiś standard i jest po prostu lista na każdym oddziale tłumaczy. Więc my dokładnie wiemy, że jak mamy mamę z Włoch, to dzwoniemy do Pauli. Że jak mamy mamę z Francji, to dzwoniemy do pani doktor ginekolog z ginekologii.

→ Szkoły dla rodziców i wsparcie interdyscyplinarne

Kolejną dobrą praktyką są szkoły dla rodziców prowadzone z udziałem specjalistów z różnych dziedzin – psychologów, pracowników socjalnych, fizjoterapeutów i położnych. Spotkania te są przestrzenią nie tylko do zdobywania wiedzy, ale także do budowania relacji i redukowania stresu przed porodem.

Zrobiłyśmy szkołę dla rodziców – i z tego korzystają też migranci. To nie tylko o porodzie – to spotkanie z psychologiem, z socjalnym, z fizjo. [...] Kobieta się oswaja, czuje wsparcie.



To rozwiązanie łączące wiedzę, relacyjność i przestrzeń do pytań zostało ocenione jako szczególnie skuteczne w budowaniu zaufania i minimalizowaniu stresu.

→ Materiały i formularze w językach obcych

W niektórych miejscach powstały już pierwsze materiały edukacyjne w językach migrantek – jak broszury o karmieniu piersią. Położne postulują dalsze opracowywanie zestawów materiałów, zarówno informacyjnych, jak i medycznych (formularze, wypisy, zalecenia).

Tego rodzaju zasoby powinny być dostępne nie tylko w dużych ośrodkach, ale również w mniejszych szpitalach, gdzie dostęp do tłumaczy i specjalistów jest ograniczony. Ich obecność może znacząco poprawić komfort i bezpieczeństwo pacjentek.

Słowniczek podstawowych zwrotów w kilku językach

Podstawowe zwroty pomocne w kontakcie z kobietą migrancą w okresie okołoporodowym. Tłumaczenia przygotowane w językach najczęściej używanych przez migrantki w Polsce: ukraiński, rosyjski, arabski, wietnamski, angielski.

Polski	Ukraiński	Rosyjski	Arabski	Wietnamski	Angielski
Dzień dobry	Добрий день	Добрый день	ريڤي خا اابص	Chào buổi sáng	Good morning
Jak się Pani czuje?	Як Ви себе почуваєте?	Как Вы себя чувствуете?	هل اح فيك؟	Bạn cảm thấy thế nào?	How are you feeling?
Czy boli?	Болить?	Боли?	هل مؤذي له	Có đau không?	Does it hurt?
Proszę oddychać spokojnie	Будь ласка, дихайте спокійно	Пожалуйста, дышите спокойно	عودع سرفنت كلضرف نم	Làm ơn hít thở đều	Please breathe calmly
Zaraz będzie położna	Зараз прийде акушерка	Сейчас придёт акушерка	قلباق دي لوتال ال اح يئاس	Hộ sinh sẽ đến ngay	The midwife will be here soon
Czy potrzebuje Pani pomocy?	Вам потрібна допомога?	Вам нужна помощь?	ني ج ائحت له ؟ قءع اسم علل	Bạn có cần giúp đỡ không?	Do you need help?
Proszę mówić wolniej	Говорить, будь ласка, повільніше	Говорите, пожалуйста, медленнее	يئدحت نم عطيب لكلضرف	Làm ơn nói chậm lại	Please speak more slowly
Wszystko jest w porządku	Все гаразд	Всё в порядке	علع عيش لك ءاري ام	Mọi thứ đều ổn	Everything is fine
Gratulacje!	Вітаємо!	Поздравляем!	ان يئاهت	Chúc mừng!	Congratulations!



O FUNDACJI

Fundacja Polskie Forum Migracyjne działa od 2007 roku. Wspiera osoby z doświadczeniem migracji i zabiega o przestrzeganie ich praw. Osoby z doświadczeniem migracji stanowią centrum naszej uwagi, podejmujemy działania podążając za ich potrzebami.

PFM zabiega też o budowanie rzetelnej wiedzy na temat migracji i integracji, buduje umiejętności pracy z migrantami i migrantkami w Polsce. Ważny jest dla nas zrównoważony rozwój społeczny. Wyróżnia nas kompleksowość usług, zaangażowany i kompetentny zespół oraz otwartość na niestandardowe wyzwania. Cenyśmy sobie własną elastyczność. Chętnie działamy we współpracy z innymi.



WIZJA

Społeczeństwo polskie zbudowane jest na dobrych relacjach, zaufaniu i współpracy w różnorodności. Każda osoba jest ważna, ma niepodważalne prawa. Osoby z doświadczeniem migracji współtworzą lokalne społeczności przyczyniając się do rozwoju państwa i regionu.

Migracje są i będą stałym elementem rzeczywistości, a mądre zarządzanie różnorodnością uwzględnia zarówno potrzeby społeczeństwa przyjmującego, jak osób z doświadczeniem migracji.



MISJA

PFM udziela profesjonalnego, kompleksowego wsparcia osobom z doświadczeniem migracji, aby Polska stała się dla nich bezpieczną przestrzenią do życia. Zmierzamy do budowania Polski otwartej i przyjaznej, która czerpie

ze swojej społecznej i kulturowej różnorodności, dba o przestrzeganie praw wszystkich mieszkańców i mieszkank, zabiegao przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

WARTOŚCI

W Fundacji Polskie Forum Migracyjne szanujemy równość i godność wszystkich ludzi. Kierujemy się solidarnością i prawami człowieka. Ważne są dla nas dialog i współpraca. Zabiegamy, aby migranci i migrantki mogli zabierać głos we własnej sprawie. Każdy człowiek jest ważny.

W codziennej pracy zabiegamy o jakość i rzetelność, wzajemny szacunek, zaufanie. Pielęgnowujemy różnorodność.

Dbamy o transparentność i przejrzystość działań, a także bezpieczeństwo i ochronę osób, zarówno tych, którym pomagamy, jak osób, które świadczą pomoc.

W Fundacji Polskie Forum Migracyjne szanujemy równość i godność wszystkich ludzi. Kierujemy się solidarnością i prawami człowieka. Ważne są dla nas dialog i współpraca. Zabiegamy, aby migranci i migrantki mogli zabierać głos we własnej sprawie. Każdy człowiek jest ważny.

W codziennej pracy zabiegamy o jakość i rzetelność, wzajemny szacunek, zaufanie. Pielęgnowujemy różnorodność.

Dbamy o transparentność i przejrzystość działań, a także bezpieczeństwo i ochronę osób, zarówno tych, którym pomagamy, jak osób, które świadczą pomoc.

W sposób ciągły i systematyczny wspieramy beneficjentów w następujących obszarach:

- 1 Zdrowie psychiczne** – zapewniamy wsparcie psychologiczne, terapię indywidualną, interwencję kryzysową dla dzieci i dorosłych. Szkolimy specjalistów do pracy z osobami z doświadczeniem traumy i PTSD, diagnostyki i pracy z dziećmi z doświadczeniem migracji.
- 2 Doradztwo prawne i informacyjne oraz case work** – udzielamy porad dotyczących legalizacji pobytu, rynku pracy i spraw socjalnych. Szczególnie skupiamy się na pomocy osobom z grup wrażliwych: osób starszych, chorych, rodzin wielodzietnych, osób z niepełnosprawnościami.

- 3 Edukacja i integracja** – organizujemy szkolenia dla nauczycieli, warsztaty integracyjne i wydarzenia społeczne wspierające budowanie relacji między migrantami a społecznością przyjmującą. Szkolimy asystentki międzykulturowe, współtworzymy Koalicję na rzecz asystentek międzykulturowych i romskich.
- 4 Aktywizacja zawodowa** – oferujemy doradztwo zawodowe, szkolenia oraz wsparcie w poszukiwaniu pracy i podnoszeniu kompetencji.
- 5 Wsparcie kobiet w okresie okołoporodowym** – oferujemy bezpłatne szkoły rodzenia, konsultacje z położnymi. Szkolimy pracowników służb medycznych.

Działania prowadzimy w dwóch siedzibach w Warszawie: biurze przy ul. Jagiellońskiej 54, będącym jednocześnie Centrum Wielokulturowym oraz centrum wsparcia psychologicznego dla uchodźców przy ul. Szpitalnej. Oferujemy także mobilne formy pomocy, docierając do miejsc zbiorowego zakwaterowania i społeczności lokalnych.

Z działaniami online docieramy do osób migranckich, urzędników i innych odbiorców działań w całej Polsce.

Rocznie obejmujemy wsparciem ponad 15 000 migrantów, uchodźców, dzieci i rodzin funkcjonujących w środowisku wielokulturowym.

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
- ➔ przekaz 1,5% podatku: nasz nr KRS 0000272075

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