

Ewa Włodarczyk

Polka w sytuacji macierzyństwa : w trosce o osiągnięcie i spełnianie wartości macierzyństwa

Chowanna 2, 65-77

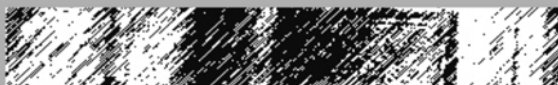
2008

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Zagrożenia zdrowia i edukacja zdrowotna w rodzinie



EWA WŁODARCZYK

Polka w sytuacji macierzyństwa W trosce o osiągnięcie i spełnianie wartości macierzyństwa

Winno opiekować się niewiastą, noszącą w łonie przyszłe pokolenie.

J. Śniadecki

A Pole in the context of motherhood. Out of concern for reaching and fulfilling motherhood

Abstract: Recently, due to the low birth rate in Poland, motherhood has become a topical issue. The author of the text deals with the issues connected with psychological and social conditions of women's attitude to their fulfillment of the motherhood value.

Key words: motherhood, value, social support.

Demografowie (nie tylko w Polsce) ostrzegają: jest nas coraz mniej! Powodów takiego stanu rzeczy w naszym kraju upatrywać należy w społeczeństwie kilku czynników.

Pierwsza grupa czynników leży w sferze świadomości. Obecnie kobiety coraz śmielej wychodzą poza przypisywane im stereotypowo role społeczne żony i matki, odkrywając obszary innych możliwości realizacji siebie oraz obierając inne priorytety i inne aspiracje niż tylko macierzyństwo. Wiele z nich (mniej lub bardziej otwarcie) odrzuca tożsamość matki ze względu na to wszystko, co może być w niej ograniczającego (związane z nią wyrzeczenia, obawa przed koniecznością rezygnacji z własnej niezależności, własnych interesów i pragnień, zagrożenie wolności, uszczerbek dla fizycznej atrakcyjności, przeszkoda w osiąganiu wysokiego statusu materialnego, zyskaniu wysokiej pozycji zawodowej, ograniczenie możliwości realizacji własnych marzeń i planów życiowych). Prokreacja stała się przedmiotem kalkulacji, wyważania zysków i strat, wynikiem wyboru, jakiego coraz częściej dokonują młodzi ludzie, decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem na założenie rodziny.

Wzrost poziomu wiedzy medycznej w zakresie prokreacji, doskonalenie metod antykoncepcji oraz rosnąca samoświadomość kobiet zrelatywizowały postawy wobec płodności, uzależniając plany rodzicielskie od szeregu czynników i traktując potencjał prokreacyjny jako przedmiot świadomego wyboru, z którego można korzystać według własnych chęci i priorytetów.

Prawdopodobnie jednak na kształtowanie się poglądów dotyczących posiadania dzieci w najbardziej znaczący sposób wpływa obecnie mierność warunków ekonomicznych rodzin, powodująca w konsekwencji obniżenie poziomu dzietności, dobrowolną i świadomą bezdzietność, odkładanie urodzenia pierwszego dziecka, preferowanie modelu rodziny 2+1, ewentualnie 2+2 oraz zjawisko nielegalnych aborcji. Formułowana często opinia o tym, że dzieci obniżają poziom życia materialnego rodziny i są sporym obciążeniem dla budżetu domowego, jest argumentem silnie osłabiającym „nakaz macierzyństwa”. Racja ekonomiczna jest również jedną z motywacji skłaniających kobiety do podejmowania pracy zawodowej, co pociąga za sobą częstokroć unikanie macierzyństwa lub pogorszenie jakości jego wypełniania, gdy już zaistnieje. Nieustabilizowana pozycja na rynku pracy kobiet i/lub ich partnerów, wzrastające bezrobocie, ubóstwo sporej części społeczeństwa to kolejne przyczyny tego, że macierzyństwo przestaje być cenione i widziane jako cel życiowy.

Zdaje się zatem kwestią oczywistą, że macierzyństwo powinno być (na każdym etapie jego realizowania) przedmiotem troski i obszarem wielopłaszczyznowego wsparcia ze strony społeczeństwa. W niektórych

kęgach społecznych macierzyństwo jest ukazywane głównie w kategoriach powołania, daru, wyróżnienia, błogosławieństwa, radości, szczęścia. Nie podważając takich aspektów, trzeba jednak pozostać czujnym, by w tej wyidealizowanej, sielankowej wizji nie zabrakło trzeźwego rejestrowania potencjalnych i występujących już czynników ze sfery psychicznego zdrowia, które mogą wymagać interwencji pomocowej.

W psychologicznej propozycji wyróżnienia zdarzeń życiowych, które mogą zaburzać funkcjonowanie człowieka¹, na 12. pozycji usytuowana jest ciąża. Istotnie, znakomita większość kobiet, które w bagażu doświadczeń mają okres ciąży i narodziny dziecka/dzieci, potwierdza, że jest to sytuacja życiowa silnie związana ze stresem, począwszy od momentu potwierdzenia, że rozwija się w nich nowe życie. Urodzenie dziecka można także uznać za zdarzenie nazywane w psychologii wydarzeniem zmiany życiowej (*life change events*), a więc takim, które dotyczy ważnych spraw i cennionych wartości oraz któremu towarzyszy poczucie nieskuteczności dotychczasowych sposobów postępowania, stan obciążenia, napięcia i niedopasowania wymagań do kompetencji, co zmusza jednostkę do dokonania zmian w zachowaniu i życiu (za: Sę k, 1991, s. 25).

W zasadzie można powiedzieć, że ile brzemiennych kobiet, tyle obaw. Na podstawie rozmów z wieloma matkami pozwolę sobie stwierdzić, że wśród najczęściej rejestrowanych przez brzemiennie kobiety obaw zgłaszane są następujące lęki (które można nazwać ogólnie lękami przed nieznanym)²:

1) dotyczące dziecka:

- obawy o prawidłowy rozwój i zdrowie poczętego dziecka, połączone często z poczuciem winy kobiety, że nie dość przygotowała się do okresu ciąży (fizycznie, zdrowotnie i psychicznie) oraz że nie dość dbała o siebie (zwłaszcza w początkowym okresie ciąży), a także z obawami o to, czy stres i środowisko życia nie wpłynęły źle na rozwój dziecka; bywają to również lęki przed przekazaniem dziecku chorób genetycznych, przed urodzeniem chorego dziecka, wzmacniane doświadczeniem wcześniejszej źle znoszonej lub trudno przebiegającej ciąży i/lub porodu czy doświadczeniami wcześniejszych poronień lub martwych urodzeń, a także obserwowanymi u innych matek doświadczeniami związanymi z patologicznym przebiegiem ciąży lub urodzeniem chorych dzieci;
- obawy dotyczące przyszłości dziecka, jego zdrowia i wzrastania (rozwoju we wszystkich aspektach);

¹ Mowa tu o Uporządkowanej Skali Ocen Społecznych, skonstruowanej przez Holmesa i Rahe'a. Jest to lista 43 zdarzeń życiowych wraz z przypisanymi im wartościami liczbowymi, będącymi odzwierciedleniem siły towarzyszącego im stresu.

² Autorka dziękuje w tym miejscu za zaufanie wszystkim matkom, które w rozmowie podzieliły się refleksją na temat obaw, jakie towarzyszyły im w okresie ciąży.

2) dotyczące kobiety:

- obawy związane z samym porodem, dotyczące jego przebiegu, strach przed bólem i nieumiejętnością właściwego zachowania się w kolejnych fazach porodu;
- obawy związane z tym, czy zdoła poradzić sobie w bliższej i dalszej przyszłości z obowiązkami matki (pytania kobiety zadawane samej sobie, czy będzie potrafiła zająć się maleństwem, które w niej rośnie, a nawet obawy, że nie będzie potrafiła go kochać) i z godzeniem roli matki z innymi rolami społecznymi (zwłaszcza ambiwalentne odczucia towarzyszące rozważaniom powrotu do aktywności zawodowej), niekiedy zbudowane na negatywnym obrazie samej siebie, postrzeganiu się jako niewystarczająco wyposażonej w wiedzę i umiejętności do udanego wypełniania roli matki;
- obawy związane z koniecznością wielorakiej reorganizacji życia osobistego;

3) dotyczące i dziecka i matki:

- obawy związane z sytuacją ekonomiczną rodziny;
- obawy związane ze sferą emocjonalną w relacjach z osobą ojca dziecka;
- obawy związane z brakiem akceptacji ze strony rodziny pochodzenia matki i ojca;

4) przed urodzeniem dziecka;

5) po urodzeniu dziecka.

Wszystkie te lęki i rozterki mogą splatać się z pasywnością, z niskim poczuciem własnej wartości, z brakiem wiary w „lepsze jutro” oraz motywacji i gotowości, by wziąć swój los we własne ręce, a także z toksycznymi emocjami i uczuciami smutku, strachu, niepokoju, przerażenia, stanami przygnębienia, zniechęcenia, beznadziei, a nawet depresji. Psychologowie sygnalizują, że jest niezwykle ważne, by kobiety, które przeżywają takie emocje, nie próbowały ich tłumić, gdyż prowadzić to może do jeszcze poważniejszych obciążających następstw w sferze psychiki, dlatego korzystnie jest stworzyć im bezpieczne warunki do zwербalizowania myśli i emocji (pomaga to spojrzeć na problem z dystansu, lepiej go zanalizować) oraz odreagowania owych emocji.

R.S. Lazarus, który centrum swych zainteresowań uczynił krytyczne zdarzenia życiowe, zwrócił uwagę na zjawisko przyrównane do rozchodzenia się fal na wodzie: sytuacja stresowa może się stać źródłem kolejnych stresów i pociągać za sobą kolejne stany krytyczne. W wyniku wystąpienia krytycznego zdarzenia życiowego jednostki na ogół uruchamiają w sobie rezerwuary możliwości i strategii służących radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Zdaniem R.S. Lazarusa, ludzie dokonują wtedy dwójakiej oceny: znaczenia danej sytuacji w ich życiu oraz zachowań zaradczych, jakimi dysponują w sytuacji, w jakiej się znaleźli (za: Sekuło-

wicz, 2000, s. 57). Zwykle korzystają z jednego lub kilku (wyróżnionych przez Lazarusa i jego współpracowników) sposobów radzenia sobie: poszukują informacji i zdobywają wiedzę potrzebną do podjęcia racjonalnej decyzji lub do przewartościowania zagrożenia; podejmują bezpośrednie (aktywne) działania zaradcze, skierowane na własną osobę lub otoczenie; powstrzymują się od działań, tłumacząc ich zaniechanie jako jeden ze sposobów zaradczych; uruchamiają procesy intrapsychiczne, poznawcze, służące zaradczej regulacji emocji, w postaci mechanizmów obronnych (Sekulowicz, 2000, s. 59).

Często jednak problemy, którym trzeba stawić czoła, pojawiają się nagle i/lub narastają z taką siłą, że zasoby tkwiące w jednostkach okazują się niewystarczające, by pokonać negatywne skutki tychże zdarzeń i sprostać nowym wymaganiom. Potrzeba tutaj zatem wsparcia z zewnątrz.

Konkretyzacją reakcji społecznej na obawy towarzyszące kobietom, które będą lub są matkami, mogą być następujące rodzaje wsparcia społecznego³:

- wsparcie emocjonalne, polegające na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę, na dawaniu werbalnych i niewerbalnych komunikatów o pozytywnych uczuciach wobec osoby, okazywaniu jej akceptacji, przychylności, empatii i solidarności, a także dawaniu jej poczucia bezpieczeństwa i zaspokojeniu potrzeby afiliacji w celu wyzwolenia poczucia nadziei, rozładowania napięcia i podtrzymania nastroju⁴,
- wsparcie wartościujące, zogniskowane wokół dawania komunikatów służących wzmacnianiu poczucia własnej wartości, dostarczające również zapewnień o ważności partnerów relacji, wzajemnym szacunku oraz poczuciu znaczenia i godności,
- wsparcie instrumentalne, związane z wymianą instrumentów, jakimi są sposoby postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych;
- wsparcie rzeczowe, związane z konkretną pomocą materialną, rzeczową i finansową,
- wsparcie informacyjne, nazywane niekiedy poznawczym, związane z wymianą takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu własnej sytuacji i problemu, z reinterpretacją zdarzeń w kierunku ich zrozumienia, z edukowaniem, rozwiewaniem wątpliwości, z dawaniem

³ Znakomitą próbą usystematyzowania wiedzy na temat wsparcia społecznego jest opracowanie *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (Sęk, Cieślak, red., 2004). Ponadto na temat wsparcia społecznego zob. m.in. S. Kawula (2005, s. 127–128), Z. Dołęga (2001, s. 549–500).

⁴ Więcej zob. np. D. Becełewska (2005).

szukającej wsparcia osobie informacji, rad pomocnych w rozwiązywaniu jej problemów, z dzieleniem się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne trudności,

- wsparcie duchowe (psychiczno-rozwojowe), zwłaszcza w sytuacjach bez wyjścia, gdy osoba pogrążona jest w stanie apatii i rezygnacji.

W efekcie dostosowanego do potrzeb i skutecznie udzielonego wsparcia społecznego można się spodziewać, że osoba, której tego wsparcia udzielono, zostanie wzmocniona psychicznie i zachęcona do działania, do podjęcia prób przezwyciężenia piętujących się przed nią trudności.

Jak stwierdza E. Greenglass, zebrano dane świadczące o pozytywnym wpływie wsparcia społecznego na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz potwierdzające, że stopień zakorzenienia w relacjach i sieciach zapewniających wsparcie społeczne jest silnym predyktorem zdrowia i zachowalności (Greenglass, 2004, s. 146).

Opierając się na założeniu, że system wartości i zachowanie kobiet zależy głównie od relacji interpersonalnych (Mandal, 2000, s. 144), przyjmuje się, że owo wsparcie społeczne może odgrywać w życiu kobiet znaczącą rolę⁵ (nie pomijając przy tym indywidualnych różnic w zakresie potrzeby wsparcia, jego percepcji, inicjowania, poszukiwania, udzielania i przyjmowania). Kobiety „w porównaniu z mężczyznami angażują się w relacje bardziej bliskie, emocjonalne i pozwalające na otworzenie się” (Greenglass, 2004, s. 146) oraz „potrzebują raczej więcej bliskich kontaktów z ludźmi, które byłyby przez nie przeżywane jako wspierające je, podtrzymujące na duchu i będące wyrazem troski” (Mandal, 2000, s. 148). Specyfika ich reakcji może wynikać z częstszej u kobiet niż u mężczyzn skłonności do nawiązywania większej liczby bliskich relacji oraz z odmiennej socjalizacji dziewcząt i chłopców (dziewczynki uczone są koncentracji na osobach i na emocjach oraz trenowane w rozwijaniu umiejętności interpersonalnych). W wyniku takiej emocjonalności i ekspresyjności oraz odmienności socjalizacji kobiety uważają wspieranie innych oraz wsparcie społeczne za istotną wartość oraz chętniej wykorzystują prospołeczny, emocjonalny, raczej pasywny, unikający styl radzenia, związany z poszukiwaniem wsparcia (Mandal, 2000, s. 145). Ponadto kobiety w trudnych dla nich chwilach silniej niż mężczyźni odczuwają i ujawniają potrzebę wsparcia, realizowaną przede wszystkim w relacjach z ludźmi i utożsamianą w specyficznym kobiecym sposobie z relacją potrzebną do opowiedzenia o swoich troskach i niepowodzeniach oraz ze sposobem na poprawienie obniżonego nastroju (w przeciwieństwie do mężczyzn, którzy raczej w takich sytuacjach nastawieni są na styl zadaniowy radzenia,

⁵ Więcej o potrzebie wsparcia społecznego powiązanej ze zmienną płci, także w świetle wyników badań, zob. np. E. Mandal (2000, s. 143–154) oraz E. Greenglass (2004).

a wsparcie pojmują bardziej instrumentalnie, jako użyteczną interakcję pomagającą w pokonywaniu trudności w realizacji zadań) (Mandal, 2000, s. 149).

Jak sygnalizuje H. Sęk (1991, s. 26), wiedza z zakresu krytycznych wydarzeń życiowych „może mieć swoje zastosowanie zarówno w opracowywaniu prewencyjnych programów przygotowujących do spotkania z tymi wydarzeniami, jak i pod postacią prewencyjnej pomocy towarzyszącej krytycznym wydarzeniom”⁶. Oprócz wsparcia społecznego dla kobiet, które już urodziły dzieci, nie można więc pominąć postulatu wspierania kobiet, będących jeszcze w ciąży. Coraz częściej też zwraca się uwagę na buforowe – pośrednie, wyprzedzające działanie wsparcia. „Zakłada się bowiem, że uzyskane wcześniej wsparcie społeczne może mobilizować źródła osobistych zasobów radzenia sobie i zdolności opierania trudnościom, a zatem pośrednio prowadzić do wymaganych istotnych zmian w mechanizmach przystosowania do zmienionych warunków życia. W takim rozumieniu wsparcie społeczne stanowi element prewencji pierwotnej, zarówno tej ukierunkowanej na otoczenie społeczne, jak i tej indywidualnej – ukierunkowanej na osobę” (Dołęga, 2001, s. 547). Zgodnie z hipotezą buforową w sytuacji silnego stresu istniejące, spostrzegane i otrzymywane wsparcie społeczne działa na zasadzie buforu, obniżając napięcie stresowe i osłabiając jego negatywne skutki, a ponadto może wpływać na procesy oceny w przebiegu stresu (zmieniając ocenę typu „strata” i „zagrożenie” na ocenę typu „wyzwanie” oraz zmieniając oceny własnych kompetencji i w konsekwencji umiejętnego poprowadzenia przez profesjonalistę w toku interakcji pomocowej, podwyższając poczucie własnej skuteczności zaradczej) (Sęk, Cieślak, 2004, s. 26).

Obawy dotyczące zdrowia (dziecka i samej kobiety) skutecznie mogłyby rozwiązać kuratela kompetentnego lekarza ginekologa położnika, gotowego odpowiedzieć rzeczowo i wyczerpująco na wątpliwości kobiety oraz czujnego na wychwycenie w sferze zdrowia matki i dziecka potencjalnych nieprawidłowości, wymagających dodatkowych badań i konsultacji, zorientowanego w ofercie dodatkowych badań, jakie można wykonać, jeśli zachodzi taka potrzeba. Zdumiewa współczesna technika, stosowana w diagnostyce prenatalnej; trzeba jednak pamiętać, że często jest ona obecna w miastach, gdzie ulokowane są kliniki, a to oznacza, że wiele kobiet pozbawionych jest możliwości korzystania z nich lub ma utrudniony dostęp do takich placówek.

⁶ Główne formy prewencyjne mogłyby tu przyjąć trójką postaci: uczenia osobistych kompetencji dla rozwoju własnych potencjałów i wyposażenia w umiejętności skutecznego radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami, udzielania specjalistycznej pomocy prewencyjnej w indywidualnym doradztwie psychologicznym oraz działalności konsultacyjnej, eksperckiej i ogólnoedukacyjnej (za: Sęk, 1991, s. 35–36).

Dojrzałego macierzyństwa (i ojcostwa) uczą szkoły rodzenia, których zadaniem jest „zapoznanie przychodzących tam par z intensywnością, dynamiką i potęgą tego wydarzenia, jakim jest poród, uświadomienie im, że poród to twórcze doświadczenie wymagające miłości oraz ogromnego wysiłku ciała i umysłu, którego owocem jest pojawienie się nowej istoty ludzkiej”⁷. Program zajęć w tych szkołach powinien być skrojony na miarę zgłaszanych przez matki potrzeb oraz obejmować i nabywanie wiadomości (m.in. zagadnienia dotyczące dynamiki porodu, edukacja w zakresie opieki nad dzieckiem i podstaw psychologii rozwojowej i wychowawczej), i kształtowanie umiejętności (np. opieki nad noworodkiem i niemowlęciem, reorganizacji życia rodzinnego po narodzinach dziecka), a wśród osób prowadzących zajęcia winni znaleźć się przedstawiciele różnych profesji (np. położne, ginekolodzy położnicy, pediatrzy, psychologowie). Niestety, są to zajęcia, w których udział jest w pełni finansowany przez osoby zainteresowane, co sprawia, że wiele par z przyczyn ekonomicznych z nich rezygnuje.

Wiele obaw kobiet wiąże się z samym procesem porodu. Mimo obserwowanej od kilku lat poprawy jakości opieki okołoporodowej (dzięki pomysłodawcom akcji „Rodzić po ludzku”) nadal jeszcze zdarza się, że kobiety, wspominając poród i traktowanie ich na sali porodowej, a później na oddziale położniczym przez personel medyczny, skarżyły się na poczucie osamotnienia, na minimalne zainteresowanie personelu ich osobą, na bycie na sali porodowej pozostawionymi samymi sobie i na brak wskázówek dotyczących zachowań w kolejnych fazach porodu i ułatwiających jego przebieg, na brak informacji dotyczących ich zdrowia i stanu zdrowia dzieci, na traktowanie przez personel przedmiotowo i obojętnie. Perspektywy rodzenia dziecka w takich okolicznościach, bez możliwości wyboru placówki bardziej przyjaznej, niepotrzebnie dodatkowo podsycają lęki kobiet. Konieczne jest zatem zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego matek dzięki rzetelnej informacji lekarskiej i obecności życzliwego, skorego do pomocy personelu medycznego, którego uwaga nie będzie skoncentrowana jedynie na fizycznych i medycznych aspektach porodu, ale uwzględni także potrzeby psychologiczne i społeczne rodzących.

Ciągle rzadkością jest korzystanie ze wsparcia psychologicznego przez kobiety, które czują, że nie będą w stanie unieść ciężaru realizacji przyszłego (lub już istniejącego) macierzyństwa. Bezwzględnie konieczne jest stworzenie takiego systemu wsparcia, w którym pomoc winna zmierzać przede wszystkim do obniżenia lęku i napięcia emocjonalnego,

⁷ Więcej o szkołach rodzenia, o ich obecnych funkcjach i o propozycjach zmian zob. np. A. Kamińska, W. Kłapa (2000, s. 173).

pozytywnego wzmocnienia kobiety ciężarnej przez różne formy wsparcia oraz wskazania jej sposobów radzenia sobie w zaistniałej sytuacji, czyli uruchomienia strategii radzenia (B a r a ń s k a, 1995, s. 67). Odpowiednio przygotowanych psychologów powinno się zatrudniać tam, gdzie trafiają przyszłe matki i kobiety debiutujące w tej roli: w gabinetach ginekologicznych i oddziałach położniczych. Należałoby także wprowadzić do szpitali odpowiednio wyszkolonych psychologów, którzy byłiby pomocni zarówno kobietom, jak i personelowi w stwarzaniu warunków porodów psychicznie bezpiecznych⁸.

Może warto byłoby też zadbać o to, by rozszerzono ofertę wartościowych programów telewizyjnych i artykułów w czasopiśmiennictwie kobiecym, poruszających w dostępny i rzetelny naukowo sposób kwestie macierzyństwa (czy szerzej rodzicielstwa) na każdym jego etapie, popularyzujących wiedzę z tego obszaru i wyposażających w niezbędne kompetencje.

Uspokajająca dla kobiet oczekujących dzieci byłaby również świadomość, że żyją w państwie, które wielowymiarowo troszczy się o kobiety spodziewające się dziecka i o kobiety matki. Niebagatelne znaczenie dla kształtowania się postaw wobec potencjalnego lub faktycznego macierzyństwa ma także obserwowana sytuacja ekonomiczna państwa oraz polityka anty- lub pronatalna państwa, zachęcająca lub zniechęcająca do prokreacji. Program polityki prorodzinnej państwa powinien mieć charakter długofalowy, systemowy i kompleksowy. Jednym z nadrzędnych (i co ważne – długookresowych) celów polityki rodzinnej powinno być tworzenie warunków do efektywnego funkcjonowania rodzin poprzez wspomaganie ich we wszystkich fazach ich istnienia. Do realizacji zintegrowanej polityki rodzinnej potrzebna jest jednomyślność celów w poszczególnych dziedzinach polityki społecznej oraz ścisła współpraca wielu podmiotów (instytucji administracji rządowej, organów samorządowych i organizacji pozarządowych). Polityka prorodzinna w Polsce ciągle powinna realizować szereg zadań, w tym zwłaszcza zadanie tworzenia warunków do posiadania dziecka/dzieci lub łagodzenia obciążeń związanych z utrzymaniem dzieci oraz tworzenia warunków do godzenia obowiązków rodzicielskich z pracą zawodową (dłuższe urlopy macierzyńskie, płatne urlopy wychowawcze, praca w niepełnym wymiarze godzin).

Ciąża, a następnie urodzenie dziecka i opieka nad nim powoduje wiele zmian w życiu kobiety. Radykalnie zmienia się jej codzienność, tryb życia: przeorganizowuje się porządek dnia, przerwana zostaje aktywność zawodowa, ulegają osłabieniu relacje społeczne, częstokroć zmienia się hierarchia wartości, podejście do życia, sposób myślenia.

⁸ Taki postulat wysunęła już np. M. Kościelska (1998, s. 55).

O ile kobiety oczekujące dziecka mogą liczyć na zainteresowanie specjalistów, o tyle zwykle wraz z opuszczeniem szpitala z nowo narodzonym dzieckiem są zdane na siebie, nękane wątpliwościami i obawami, które nabierają na sile, gdy matki znajdują się w czterech ścianach swych domów.

Pewna część kobiet, które zaszły w ciążę, odczuwa lęk przed tym, co przyniesie przyszłość, począwszy od okresu ciąży poprzez poród po obawy związane z generalną akceptacją różnych aspektów macierzyństwa. Potrzeba zatem najpierw sieci poradnictwa, a potem akcji informacyjnej (w poradniach dla kobiet czy gabinetach ginekologicznych, jak również w środkach masowego przekazu), która wyposażałaby kobiety w wiedzę pozwalającą im zorientować się, dokąd mogą się udać po pomoc (materiałną, usługową i psychologiczną) w związku z różnymi aspektami ich nowej sytuacji życiowej.

Rodzajem wsparcia są wizyty patronażowe położnych środowiskowych, których zadaniem jest opieka nad położnicą i noworodkiem do 6. tygodnia życia. Częstokroć położne są kompetentne w dziedzinie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, fachowo udzielają informacji i rad dotyczących sfery biologiczno-fizjologicznej kobiety oraz czynności opiekuńczo-pielęgnacyjnych nad noworodkiem i niemowlęciem, ale będąc tak blisko kobiety, nie podejmują żadnego wysiłku w kierunku pomocy (często z braku kompetencji), widząc niedomagania kobiety w sferze zdrowia psychicznego. Sądzić jednak można, że profesjonalnej kadrze położnych zależy na podnoszeniu kwalifikacji, obejmującym także choćby minimalne psychologiczne przygotowanie do kontaktu z rozchwianą emocjonalnie kobietą matką.

Naprzeciw potrzebom kobiet matek wychodzi pomoc społeczna, która ma wspierać i uzupełniać rodzinę, reagując na złożone trudne sytuacje, w których się znalazła⁹. Funkcjonujące w polskich realiach jednostki organizujące pomoc społeczną oraz organizacje pozarządowe w różnych zakresach, za pomocą różnych instrumentów (i z różnym poziomem efektywności) odpowiadają na wielorakie potrzeby zgłaszane przez członków rodzin. Podkreśla się, że w pomocy rodzinom preferuje się głównie zaspokajanie potrzeb materialnych, wiedzieć jednak trzeba, że dostrzeżenie wagi trudności bytowych w tych rodzinach jest konieczne, gdyż tak długo, jak trudności materialne będą przez nie odczuwane jako najbardziej uciążliwe, tak długo nieefektywne będzie udzielanie im pomocy na innych płaszczyznach, ponieważ kłopoty materialne będą je przesłaniać i dominować nad innymi. Ważne jest, by udrożnić ścieżki dojścia do usług organi-

⁹ Powody, które mogą stać się podstawą do ubiegania się o pomoc społeczną przez osoby i rodziny, wskazuje art. 7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku.

zacji pomocowych. Znaczną przeszkodą w łagodzeniu trudności, na jakie napotykają kobiety matki, jest ciągle jeszcze brak informacji o przysługujących im uprawnieniach, brak orientacji w możliwościach oraz lokalizacji ośrodków, do których mogłyby udać się po wsparcie. Być może potrzeba w pewnych środowiskach lokalnych zwiększenia społecznej świadomości istnienia agend rządowych i pozarządowych, rozpowszechnienia informacji o możliwościach uzyskania w razie potrzeby konkretnej pomocy oraz odpowiedniej edukacji społeczeństwa, akcentującej ogólnodostępność usług socjalnych i prawo obywateli do korzystania z nich, bez poczucia bycia z tego powodu napiętnowanym. Przed projektowaniem i udzieleniem pomocy należałoby przeprowadzić solidną, kompleksową diagnozę faktycznych potrzeb kobiet, które staną się lub już są matkami, i zacząć od starannego ustalenia ich faktycznych oczekiwań, by wyznaczyć kierunek i formy wsparcia, dobrać właściwe działania zaradcze i udzielić adekwatnej pomocy, zindywidualizowanej w zależności od cech i elementów konkretnej sytuacji. Truizmem jest stwierdzenie, że potrzeba tu zintegrowanych działań (współpracujących z sobą wielu podmiotów, w których centrum zainteresowania stałaby kobieta matka), idących dwutorowo: w kierunku inicjowania lokalnych form działalności w ramach profilaktyki wsparcia, w celu wyprzedzenia sytuacji wymagających interwencji, oraz w kierunku doskonalenia działań instytucjonalnych, ukierunkowanych na kompensację, pomoc, opiekę, poradnictwo i terapię.

Oprócz wspomnianych specjalistycznych ośrodków pomocy i konsultantów nie można pominąć i nie podkreślić roli nieformalnego wsparcia społecznego. Ważne jest, by osoby w najbliższym dla siebie układzie społecznym znalazły bądź wytworzyły tzw. spiralę życzliwości¹⁰, czyli określone grupy wsparcia społecznego, gotowe do służenia w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych (wsparcia w pięciu wcześniej wymienionych płaszczyznach). Często nawet tylko sama świadomość, że ma się wokół siebie osoby gotowe do pomocy, już może dawać poczucie bezpieczeństwa i wzmacniać psychicznie.

Nie do przecenienia jest tu rola ruchu samopomocowego, w którym ma miejsce podejmowanie w grupie osób podobnych pod jakimś względem prób radzenia sobie z problemami indywidualnymi, związane z wymianą doświadczeń, rozszerzaniem pola wiedzy i doskonaleniem umiejętności oraz psychologicznym wzmacnianiem jednostek w ich społecznym funkcjonowaniu. Jedną z propozycji może być pomysł A. Kamińskiej i W. Kłapy „Szkoła matek” (K a m i ń s k a, K ł a p a, 2000, s. 178) jako kontynuacja szkoły rodzenia i metoda promocji zdrowia organizowana w formie grup

¹⁰ O spirali życzliwości pisał S. Kawula m.in. w artykule: *Spoleczne wsparcie nadzieją w życiu człowieka* (R o m a n o w s k a - Ł a k o m y, red., 2000, s. 163).

wsparcia dla matek. Te spotkania o nieformalnym charakterze (podczas których moderatorami dyskusji powinni być pracownicy szkoły rodzenia, sugerujący tematykę rozmów, czuwający nad ich przebiegiem, korygujący błędne, nietrafne stwierdzenia) byłyby okazją do wymiany doświadczeń i dyskusji matek o problemach, jakie napotykają w trakcie wychowania dzieci, zmianach w ich życiu po narodzinach dziecka, a także na temat rozwoju psychicznego i fizycznego niemowląt.

Z pewnością w centrum szerszego i specyficznego zainteresowania winny znaleźć się kobiety, których macierzyństwo wiąże się ze szczególnie trudnymi wymiarami, np. macierzyństwo małoletnich, matek dzieci niepełnosprawnych, matek uzależnionych¹¹.

Troska o matki (potencjalne i aktualne) to inwestycja w przyszłość. Wiele mówi się o ważności tego postulatu, ciągle nie dość jednak podejmowanych inicjatyw, które by tę ideę rzetelnie realizowały.

Bibliografia

- Barańska M., 1995: *Psychologiczne aspekty ciąży i porodu wysokiego ryzyka*. W: *Rodzina i prokreacja*. Red. B. Chazan. Warszawa.
- Becełewska D., 2005: *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*. Katowice.
- Chazan B., red., 1995: *Rodzina i prokreacja*. Warszawa.
- Chymuk M., Topa D., red., 2000: *Edukacja prorodzinna*. Kraków.
- Dolęga Z., 2001: *Wsparcie społeczne a poczucie samotności w okresie dorastania*. W: *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją a wychowaniem*. Red. R. Kwiecińska, M.J. Szymański. Kraków.
- Greenglass E., 2004: *Różnice wynikające z ról płciowych, wsparcie społeczne i radzenie sobie ze stresem*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa.
- Kamińska A., Kłapa W., 2000: *Edukacyjne zadania szkoły rodzenia*. W: *Edukacja prorodzinna*. Red. M. Chymuk, D. Topa. Kraków.
- Kawula S., 2000: *Społeczne wsparcie nadzieją w życiu człowieka*. W: *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*. Red. H. Romanowska-Łakomy. Olsztyn.
- Kawula S., 2005: *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualności – perspektywy*. Red. S. Kawula. Toruń.
- Kawula S., red., 2005: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Toruń.
- Kornas-Biela D., red., 1999: *Oblicza macierzyństwa*. Lublin.
- Kościelska M., 1998: *Trudne macierzyństwo*. Warszawa.

¹¹ Ze względu na specyfikę kształtu i funkcjonowania każda z tych postaci macierzyństwa musiałaby stanowić osobny przedmiot analizy i każdej można by poświęcić odrębne studium.

- Kwiecińska R., Szymański M.J., red., 2001: *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją a wychowaniem*. Kraków.
- Mandal E., 2000: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice.
- Nikoniuk-Zaworska D., red., 2002: *Obszary zainteresowań pedagogów społecznych*. Olsztyn.
- Popiołek K., red., 1996: *Psychologia pomocy*. Katowice.
- Romanowska-Łakomy H., red., 2000: *Radość i cierpienie. Fenomenologia rozwoju człowieka*. Olsztyn.
- Sekułowicz M., 2000: *Matki dzieci niepełnosprawnych wobec problemów życiowych*. Wrocław.
- Sęk H., 1991: *Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań*. W: *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Red. H. Sęk. Poznań.
- Sęk H., red., 1991: *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Poznań.
- Sęk H., Cieślak R., 2004: *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*. W: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Red. H. Sęk, R. Cieślak. Warszawa.
- Sęk H., Cieślak R., red., 2004: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa.
- Zaborowski Z., 1993: *Wsparcie społeczne*. „Opieka – Wychowanie – Terapia”, nr 2.