

Anna Maria Kola

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6208-8701>

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

e-mail: amkola@umk.pl

Potencjał zintegrowanego modelu pracy środowiskowych położnych dla profilaktyki problemów społecznych i rozwoju nowych obszarów pracy socjalnej w Polsce

Potential of the Integrated Model of Work of Midwives for the Prevention of Social Problems and Development of New Areas of Social Work in Poland

<http://dx.doi.org/10.12775/PBE.2021.028>

Abstract

The text concerns the potential of the integrated model of work of midwives, implemented in Poland since 2019, to prevent social problems, including fertility problems. The analyzes contained in the article refer to the author's research conducted using various methods, including the method of examining documents in the field of (1) professional tasks of midwives and community midwives described in the legislation regulating the working conditions of environmental midwives and (2) the model of the curriculum of education of midwives, resulting from analyzes of study programs and training standards for midwives, as well as (3) pilot studies in the midwives community, conducted by the method of individual cases (using the in-depth interview technique). The conclusions from the analyzes allow for broadening the ways of thinking about the work of a midwife in the context of the tasks of

the social welfare system and pro-family policy in Poland so that it becomes an additional opportunity to support women and families in crises and contribute to reducing problems resulting from domestic violence, neglect of children, mental health problems or social problems of families.

Keywords: midwives, midwifery education, social prevention.

Wprowadzenie

Głównym beneficjentem programów pomocy społecznej w Polsce są rodziny. Wynika to z przyjętego modelu pomocy oraz ze względów kulturowych, które rodzinę, a szczególnie matkę jako osobę umożliwiającą i zapewniającą społeczeństwu transmisję biologiczną i kulturową, osadzają w (deklarowanym) centrum życia społecznego.

Wskazują na to zarówno zapisy ustawowe, jak i liczby opisujące skalę pomocy społecznej, której wymiar i poziom finansowania sukcesywnie się zwiększa. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku oferuje zróżnicowane wsparcie rzeczowe i finansowe tym, których dotyka ubóstwo, bezrobocie, sieroctwo, bezdomność, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, a także potrzeba ochrony macierzyństwa czy wielodzietności (art. 7 tego dokumentu). Według Głównego Urzędu Statystycznego z pomocy tej w formie środowiskowej pomocy społecznej w 2019 roku skorzystało 1 775,8 tys. osób (*Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w 2019 r.*, 2020, s. 1) i wydano na nią 4 641 mln zł. Koszty te były o 64 mln zł wyższe niż w 2018 roku (*Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 r.*, 2020, s. 76).

W 2019 roku łączna kwota wydatków z budżetu państwa w działach: 852 (pozycja budżetowa: „pomoc społeczna”), 853 („pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej”) i 855 („rodzina”, w tym „świadczenia wychowawcze” i „świadczenia alimentacyjne”) wyniosła 58 974 mln zł, czyli 14,2% ogółu wydatków budżetu (12,7% w 2018 r.). W 2019 roku beneficjentom przekazano o 9 879 mln zł (o 20,1%) więcej niż w 2018 roku, a zwiększone środki przeznaczone były głównie na realizację rozszerzonego rządowego programu „Rodzina 500 plus” (*Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 r.*, 2020, s. 75). W efekcie uruchomienia programu „Rodzina 500 plus” nastąpił znaczący wzrost udziału wydatków na politykę rodzinną w PKB – z 1,78% PKB w 2015 do 4% PKB w 2021 roku (*Rodzina 500 plus*, 2021).

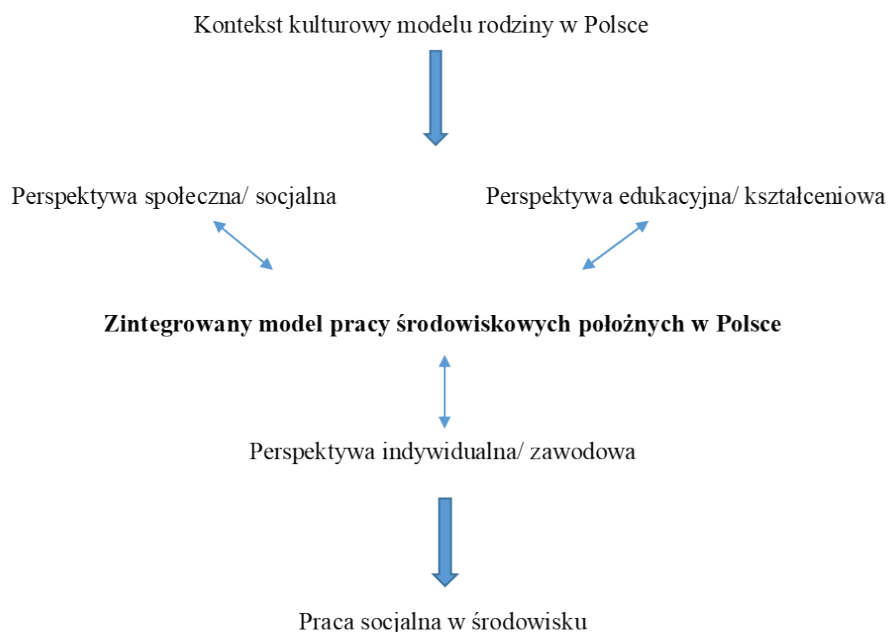
Ustawodawcy i politycy społeczni doradzający politykom uchwalającym systemowe rozwiązania uczynili z programu „Rodzina 500 plus” główne narzędzie sterowania polityką prorodzinną w Polsce. Program stał się ponadto podstawową formą wsparcia socjalnego dla najbardziej potrzebujących. Został uruchomiony w kwietniu 2016 roku jako jeden z największych w ostatnich dekadach program wsparcia rodzin, który oferuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł – początkowo na drugie i kolejne dziecko w rodzinie, a od 1 lipca 2019 roku – na każde dziecko. Krytycy tego rozwiązania wskazują, że rządzący powinni poszerzyć spektrum form wsparcia rodziny i kobiety w dzieciństwie i kwestiach wychowawczych. Zwolennicy natomiast, często w perspektywie konserwatywnej, argumentują, że to rodziny są samostanowiącym podmiotem, który potrzebuje jedynie socjalnego bezpieczeństwa, by się wzmacniać (także liczebnie). Krytycy odwołują się do kulturowych kosztów programu, tj. mniejszej aktywności zawodowej kobiet, ograniczenia roli edukacji przedszkolnej i opieki żłobkowej, umożliwiającej kobiecie rozwój zawodowy. Zwolennicy mówią o godności klas nieuprzywilejowanych, doświadczających kryzysów finansowych, zawodowych, zdrowotnych, co w konsekwencji prowadzi do utrwalenia podziałów społecznych i kulturowej dominacji klasy wyższej.

Ewaluacja funkcjonowania programu świadczeń wychowawczych nie jest jednak przedmiotem badań podjętych na potrzeby niniejszego tekstu. Celem jest zaś poszerzenie modelu wsparcia rodziny i wskazanie, że włączenie w poczet narzędzi polityki – zarówno społecznej, jak i prorodzinnej – kolejnego rozwiązania systemowego może przynieść wiele korzyści społecznych. Stąd w artykule opisane zostaną możliwości oddziaływań środowiskowych położnych i ich udział w profilaktyce społecznej i rozwoju form pracy socjalnej. Chodzi o program zintegrowanej, interdyscyplinarnej i wielozadaniowej opieki nad kobietą ciężarną przez położną wprowadzony w 2019 roku. W tekście zostanie zrekonstruowany model opieki nad ciężarną i młodą matką, a jego charakterystyka odniesiona będzie do uwarunkowań prawnych i społecznych, w tym: (1) zadań zawodowych położnych i położnych środowiskowych, (2) modelu kształcenia położnych, (3) konkluzji z pilotażowych badań w środowisku położnych.

Model ten został przedstawiony graficznie na rysunku 1, który prezentuje wymienione czynniki i uwarunkowania szczegółowe, tj. perspektywę społeczną i socjalną realizacji form wsparcia kobiet, możliwości i bariery kształcenia położnych, a także perspektywę indywidualną (zawodową), która wskazuje na skuteczność modelu i jego znaczenie dla całości. Na formy realizacji całego modelu wpływa znacząco wspomniany już kontekst kulturowy, uwzględniający

wartości społeczne, cele rozwojowe, modele rodziny czy miejsce poszczególnych jej członków w strukturze społecznej i rodzinnej.

Jest jeszcze jeden element tego schematu, będący wartością dodaną i propozycją systemowego otwarcia na nowe obszary pracy socjalnej, tj. znaczenie modelu zintegrowanej opieki nad ciężarną i młodą matką dla pracy socjalnej, rozumianej jako działania profesjonalne (które w Stanach Zjednoczonych opisywane są jako *clinical social work*, por. Bogo, 2018; Drisko, Grady, 2012), mieszczące zadania zawodowe, kierunki kształcenia oraz cele społeczne.



Rys. 1. Model pracy środowiskowych położnych w Polsce i jego uwarunkowania

Źródło: badania własne.

W tekście znajdują się odniesienia do badań, pozwalających na sformułowanie wniosków dotyczących charakterystyki modelu pracy środowiskowych położnych w Polsce. Mowa tu o analizie niemal 40 programów kształcenia na kierunku położnictwo na studiach I i II stopnia, realizowanych w 23 uczelniach wyższych różnego typu – w uniwersytetach, uniwersytetach medycznych, państwowych wyższych szkołach zawodowych, uczelniach niepublicznych, jak również przepisów prawa regulujących zatrudnienie położnych w Polsce oraz

pilotażowych badań pogłębionych prowadzonych przez autorkę w środowisku położnych.

Zadania i role położnych środowiskowych w zintegrowanym modelu opieki nad ciężarną

W 2020 roku zarejestrowano ponad 355 tys. urodzeń żywych (*Ludność...*, 2021, s. 12). Dane te pozwalają wnioskować, że skala bezpośredniego środowiskowego wsparcia – dodatkowego względem systemu pomocy społecznej – może być wysoka. Jeśli uzupełnimy te dane o informację dotyczącą częstotliwości wizyt i spotkań kobiety z położną Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) lub położną środowiskową, to okaże się, że potencjał społecznego zinstytucjonalizowanego wsparcia jest w tym zakresie znaczący. Świadczenia mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, ale gdy jest to uzasadnione medycznie – w domu pacjentki. W warunkach domowych odbywane są wizyty patronażowe lub profilaktyczne, które obejmują m.in. rozpoznanie problemów zdrowotnych czy edukację i przygotowanie kobiety do rodzicielstwa. Zadania położnych podczas wizyt patronażowych określa załącznik nr 3 – Wykaz świadczeń gwarantowanych położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540).

Narodowy Fundusz Zdrowia może zrefundować łącznie 32 wizyty u kobiety w ciąży i w połogu, ponieważ od 21. tygodnia ciąży aż do rozwiązania położna środowiskowa sprawuje opiekę w formie wizyt odbywających się: (1) od 21. do 31. tygodnia ciąży – 1 raz w tygodniu (maksymalnie do 10 wizyt), (2) od 32. tygodnia ciąży do porodu – 2 razy w tygodniu (maksymalnie do 16 wizyt), (3) 6 wizyt patronażowych – do 42. dnia po porodzie. W ramach tych wizyt położna środowiskowa sprawuje opiekę medyczną nad kobietą, a po rozwiązaniu – nad jej dzieckiem oraz – szczególnie w przypadku wizyt patronażowych – ma za zadanie obserwować i **oceniać relację rodziny z noworodkiem**. Ponadto położna odpowiedzialna jest za prowadzenie edukacji zdrowotnej i **udzielanie porad** dotyczących: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, **opieki** medycznej, **socjalnej** oraz laktacji, **kontroli płodności, samoopieki**; a także za **promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców; identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie; formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych dzia-**

łań. Wyróżnione zadania dotyczą wprost problemów społecznych i socjalnych, z którymi borykają się polskie rodziny, a na które system pomocy społecznej od lat próbuje znaleźć remedium. Powyżej opisane zadania wynikają z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 roku w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 29 listopada 2019 r. poz. 2335), odwołującego się do art. 13 ust. 4 Ustawy z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r. poz. 357, 730 i 1590).

Zapisy, które weszły w życie 2 grudnia 2019 roku, pozwalają dostrzec główne obszary aktywności. Zadania położnej POZ w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób obejmują wiele zadań w obszarze edukacji i profilaktyki zdrowia kobiety, w tym: edukację dotyczącą prozdrowotnego stylu życia kobiety; edukację przedporodową; poradnictwo z zakresu odżywiania w okresie ciąży i porodu oraz pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia; poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią; edukację i udzielanie porad w celu powrotu płodności po porodzie i metod regulacji płodności; profilaktykę chorób ginekologicznych i patologii położniczych; edukację kobiety we wszystkich okresach życia opierającą się na prowadzeniu przez kobietę samoobserwacji oraz podejmowania działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego; edukację prozdrowotną, której celem będzie zapobieganie zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową; profilaktykę chorób wieku rozwojowego; edukację w zakresie obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym. Na szczególne wyróżnienie zasługuje, w kontekście podejmowanych rozważań, **kształtowanie postaw rodzicielskich**. Wpisuje się to m.in. w szeroko zakrojone działania promujące Ruch Aktywnego Rodzenia, coraz popularniejszego dzięki akcjom społecznym Fundacji Rodzić po Ludzku (por. Kitzinger, 1996; Balaskas, 1997; Leboyer, 2012).

W obszarze świadczeń pielęgnacyjnych zadania położnej POZ skupiają się na planowaniu, realizacji i ocenie opieki pielęgnacyjnej nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porodu, nad noworodkiem i niemowlęciem do 8. tygodnia życia, nad kobietą ze schorzeniami ginekologicznymi; na przygotowaniu i wspieraniu rodziny w opiece nad noworodkiem, niemowlęciem i kobietą; na przygotowaniu kobiety do samoopieki i samopielęgnacji.

Wiele działań położnych dotyczy czynności diagnostycznych, przy czym część z nich ma charakter *stricte* medyczny, tj. monitorowanie rozwoju ciąży fizjologicznej; wykonywanie badania położniczego; monitorowanie przebiegu

połogu i rozwoju noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia; obserwacja i ocena rozwoju psychoruchowego noworodka i niemowlęcia do 8. tygodnia życia oraz adaptacji do środowiska zewnętrznego; wykonywanie pomiarów u kobiety i noworodka oraz ocena tych pomiarów zgodnie z przepisami dotyczącymi standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej etc. Są jednak zadania diagnostyczne wymagające szerszych kompetencji dotyczących umiejętności udzielenia wsparcia psychologicznego, społecznego i socjalnego, tj. **przeprowadzanie wywiadu środowiskowego lub rodzinnego; zwracanie uwagi na relację rodziny z noworodkiem i niemowlęciem do drugiego miesiąca życia oraz ocena stanu psychicznego kobiety w okresie ciąży i porożu, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej.**

Zadania w zakresie świadczeń leczniczych obejmują działania medyczne, często uzupełniające działania lekarza, tj. np. udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej; udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego do czasu przybycia lekarza; przyjmowanie porodu nagłego w warunkach domowych; zabezpieczenie naciętego lub pękniętego krocza czy wykonywanie zabiegów leczniczych oraz ordynowanie leków. Poza zadania medyczne wychodzą zadania polegające na **ustalaniu diety kobiety zgodnie z potrzebami oraz udzielaniu pomocy w okresie laktacji.**

Ostatnią grupę zadań stanowią świadczenia rehabilitacyjne, czyli ćwiczenia usprawniające w ciąży, porożu i schorzeniach ginekologicznych; wykonywanie drenażu ułożeniowego u kobiety i prowadzenie gimnastyki oddechowej, relaksacyjnej i przygotowującej do porożu oraz w okresie porożu.

W 2019 roku uchylono Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 roku w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1567), które jeszcze szerzej formułowało zadania pozamedyczne związane ze wsparciem kobiety w różnych jej rolach przez cały okres życia. Rozporządzenie wskazywało na zadania z obszarów edukacji w zakresie planowania rodziny, jak również opieki nad kobietą w każdym okresie jej życia. Model opieki świadczonej przez położną z 2016 roku zakładał współpracę z lekarzem ginekologiem (położnikiem); lekarzem POZ; pielęgniarką POZ; pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania; pielęgniarką opieki długoterminowej domowej; położną zatrudnioną w specjalistycznej poradni położniczo-ginekologicznej. Dorobek w tym obszarze był bogaty, ponieważ od co najmniej dwóch dekad w Polsce następuje

intensyfikacja działań edukacyjnych w zakresie zdrowia przyszłego dziecka, tj. realizowane są programy edukacyjne, np. *Już teraz mogę dbać o zdrowie swego przyszłego dziecka. Program edukacyjny dla młodzieży w wieku 16–24 lat* (1999), prowadzony przez jedną z najważniejszych polskich instytucji zajmujących się zdrowiem matki i dziecka – Instytut Matki i Dziecka. Są to programy edukacyjne, włączające wykorzystanie metod aktywizujących dla młodzieży na zajęciach z edukacji prozdrowotnej, np. dotyczących znaczenia przyjmowania kwasu foliowego przez dziewczęta i młode kobiety w wieku 16–24 lata. Celem pośrednim programów jest „umożliwienie młodym ludziom zrozumienia własnej roli jako przyszłych rodziców w stwarzaniu szans na zdrowie i dobrą jakość życia swojego dziecka (kształtowanie postaw)” (*Już teraz mogę dbać o zdrowie swego przyszłego dziecka...*, 1999, s. 6). Można zatem wskazać na wcześniej podjęte działania, tworzące podstawę do zmian wprowadzonych przez państwo.

Ważne było także uwzględnienie w rozporządzeniu potencjalnej współpracy z innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami świadczeniobiorców, co poszerzało wachlarz możliwości pomocy instytucjonalnej w nieokreślonych zapisami prawa, trudnych sytuacjach życiowych, w których mogła znaleźć się kobieta i jej rodzina (problemy finansowe, kryzysy zdrowotne, przemoc w rodzinie). W rozporządzeniu z 2016 roku również widniał zapis o możliwości współpracy z przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia. Pozwalało to na instytucjonalną współpracę z organizacjami pozarządowymi czy innymi instytucjami publicznymi i stwarzało możliwości podjęcia działań profilaktycznych. Ustawodawstwo z 2016 roku było m.in. podstawą do uruchomienia w wersji pilotażowej kompleksowego programu opieki nad kobietą w ciąży. Zarządzenie nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie wprowadziło nowy zakres świadczeń: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)”. W uzupełnieniu do wymienionego zarządzenia w dniu 22 grudnia 2016 roku opublikowane zostało Zarządzenie nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, poszerzające zakres opieki nad kobietami w ciąży zagrożonej.

Projekt KOC wprowadzał nowy standard opieki, która nie jest dzielona pomiędzy świadczeniodawców realizujących umowy w ramach POZ i leczenia szpitalnego (w zależności od potrzeb i stanu zdrowia kobiety). Program miał głównie cele instytucjonalne, by połączyć w system podmioty sprawujące opiekę nad kobietą w ciąży i w porożu. Mógł być realizowany przez podmioty, które w swojej strukturze posiadają: oddział szpitalny o profilu położniczo-ginekologicznym; poradnię położniczo-ginekologiczną; oddział szpitalny o profilu neonatologicznym, jak również zatrudniają w ramach swej struktury organizacyjnej lub na podstawie podwykonawstwa położne zapewniające realizację zadań edukacji przedporodowej oraz opieki w okresie ciąży, porodu i porożu.

Ponadto celem programu było poszerzenie zakresu finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń realizowanych przez położną, a w konsekwencji zwiększenie prestiżu i znaczenia zawodu położnej, co miało zachęcać do podejmowania pracy w zawodzie. Było to ważne, gdyż od 2008 roku w Polsce obserwuje się spadek liczby położnych (podobnie jak pielęgniarek). Dane z dnia 31 grudnia 2020 roku przedstawione przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) wskazują, że pogłębia się tendencja wzrostu średniego wieku położnych (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, 2021). W 2020 roku średni wiek położnej wynosił 50,74 lat (w ciągu 12 lat średnia wieku wzrosła o 7 lat, w 2012 roku – 43,23 lata). Powstaje „dziura pokoleniowa”, ponieważ w zawodzie pracują osoby w wieku 48–60 lat.

NIPiP prognozuje ponadto, że do 2035 roku liczba pielęgniarek i położnych będzie spadać (Kubisa, 2016, s. 140) i znacząco zmniejszy się także wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek i położnych na tysiąc mieszkańców (spadnie do poziomu 4 zatrudnionych na tysiąc mieszkańców). Jak pisze Julia Kubisa w swojej książce poświęconej ruchowi pracowniczemu pielęgniarek i położnych pt. *Bunt białych czepków* (2016): „[...] w przypadku polskiej ochrony zdrowia nie widać żadnych programów, mających na celu polepszenie warunków pracy całej grupy zawodowej i dostosowanie wymagań do możliwości i chęci pielęgniarek po 50 roku życia” (Kubisa, 2016, s. 114). Sytuacja wyglądała inaczej, gdy położne mogły uzyskać kwalifikacje zawodowe, kończąc licea medyczne, które działały w każdej gminie. Zapewniało to stały przyływ kadr. Dziś konieczne jest podjęcie studiów wyższych, do tego spełniających wymagania standardu kształcenia. Z tego też powodu należy zastanowić się nad zmianą czy poszerzeniem modelu kształcenia położnych, by oferować elastyczniejsze formy zatrudnienia.

Kształcenie położnych – wciąż wiele do zmiany

Wymienione zadania i obowiązki zawodowe położnych jednoznacznie wskazują na bardzo szerokie możliwości oddziaływań wychowawczych i środowiskowych. Jednakże powstaje pytanie, czy położne są do tego przygotowane i mają świadomość potrzeb i form pomocy kobietom zagrożonym różnego rodzaju problemami psychologicznymi, społecznymi i socjalnymi. Odpowiedzi na to pytanie można poszukać u samych położnych, jak również analizując dokumenty, tj. programy kształcenia prowadzonych w polskich uczelniach studiów z zakresu położnictwa. Badania programów studiów realizowane były przez autorkę na potrzeby niniejszego tekstu w pierwszej połowie 2021 roku metodą analizy dokumentów. W analizach uwzględniono programy studiów I i II stopnia, przy czym nie włączono programów tzw. studiów pomostowych, które studiować mogą jedynie osoby, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły 2,5-letnią szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie położnej.

W Polsce w 2021 roku kształcenie położnych prowadzone było w 23 szkołach wyższych. Są to: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (studia I i II stopnia); Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (studia I i II stopnia); Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna w Elblągu (studia I stopnia); Gdański Uniwersytet Medyczny w Gdańsku (studia I i II stopnia); Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu (studia I i II stopnia); Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach (studia I i II stopnia); Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (studia I i II stopnia); Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (studia I i II stopnia); Uniwersytet Medyczny w Lublinie (studia I i II stopnia); Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II (studia I stopnia); Uniwersytet Medyczny w Łodzi (studia I i II stopnia); Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (studia I stopnia); Uniwersytet Opolski (studia I i II stopnia); Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku (studia I stopnia); Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (studia I i II stopnia); Uniwersytet Rzeszowski (studia I i II stopnia); Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach (studia I stopnia); Akademia Pomorska w Słupsku (studia I stopnia); Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (studia I i II stopnia); Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie (studia I stopnia); Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie (studia I i II stopnia); Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (studia I i II stopnia); Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie (studia I i II stopnia).

Studia na kierunku położnictwo regulowane są standardami kształcenia, tzn. Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 roku w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1573). Studia I stopnia trwają nie krócej niż 6 semestrów, student powinien zdobyć minimum 180 ECTS, a liczba godzin zajęć, włączając liczbę praktyk zawodowych, nie może być niższa niż 4720. Studia II stopnia są studiami uzupełniającymi kwalifikacje w zawodzie położnej. Znaczący to, że studiów uzupełniających na położnictwie nie mogą podjąć absolwenci lub absolwentki studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo. By mieć uprawnienia do wykonywania zawodu położnej, należy skończyć minimum studia I stopnia na kierunku położnictwo. Studia I stopnia nie wymagają uzupełnienia na drugim stopniu, by podjąć pracę zawodową. Wśród analizowanych kierunków i uczelni prowadzących kształcenie na kierunku położnictwo 16 uczelni kształci na I i II stopniu, 7 uczelni – jedynie na II stopniu. Studia II stopnia trwają minimum 4 semestry i obejmują nie mniej niż 120 ECTS, a liczba godzin nie może być niższa niż 1300 (w tym godziny praktyk).

Kierunek położnictwo jest przyporządkowany do dyscypliny naukowej – nauki medyczne albo dyscypliny naukowej – nauki o zdrowiu jako dyscypliny wiodącej. Z uwagi na interdyscyplinarność i wielozadaniowość efekty i treści uczenia mogą być odniesione do innych obszarów nauk i dyscyplin, jednak analiza programów studiów wykazała, że dzieje się to w niewielkiej liczbie przypadków. Tylko jeden z programów kształcenia zakładał odniesienie efektów uczenia się do obszaru nauk społecznych. Były to dyscypliny: nauki socjologiczne – 1%, pedagogika – 0,5% oraz psychologia – 1% ECTS. Na studiach II stopnia na Uniwersytecie Opolskim efekty uczenia się zostały odniesione do trzech obszarów nauk: nauk o zdrowiu, nauk medycznych oraz nauk farmaceutycznych.

W zakresie wiedzy student lub studentka poznaje m.in. psychologiczne podstawy rozwoju człowieka, jego zachowania prawidłowe i zaburzone; problematykę relacji człowiek – środowisko społeczne i mechanizmy funkcjonowania człowieka w sytuacjach trudnych; etapy rozwoju psychicznego człowieka i występujące na tych etapach prawidłowości; pojęcie emocji i motywacji oraz zaburzenia osobowościowe; specyficzne problemy występujące w poszczególnych okresach życia kobiety (okres dojrzewania lub okołoporodowy, klimakterium), szczególnie wynikające z barier w komunikowaniu się.

W zakresie umiejętności absolwent lub absolwentka powinni potrafić m.in. rozpoznawać zachowania prawidłowe, zaburzone i patologiczne; oceniać

wpływ choroby i hospitalizacji na stan fizyczny i psychiczny człowieka; oceniać funkcjonowanie człowieka w sytuacjach trudnych (stres, frustracja, konflikt, trauma, żałoba) oraz informować o elementarnych formach pomocy psychologicznej; rozpoznawać problemy psychospołeczne macierzyństwa małoletnich i kobiet w późnym wieku oraz wskazywać rolę wychowania seksualnego w życiu człowieka; identyfikować błędy i bariery w procesie komunikowania się oraz wykazywać umiejętność aktywnego słuchania. Efekty te podkreślają ważną rolę kobiety jako matki, jednak zbyt mało pomijając rolę ojca, a także – umiejętności komunikowania się położnej.

Na studiach II stopnia efekty uczenia się w zakresie nauk humanistycznych i społecznych obejmują wiedzę m.in. na temat modeli i podejść stosowanych w psychologii zdrowia; znaczenia wsparcia społecznego i psychologicznego w zdrowiu i chorobie oraz sytuacjach szczególnych w położnictwie i ginekologii; teorii stresu psychologicznego i jego determinantów. Do tego absolwent i absolwentka nauczą się zarządzania i kierowania zespołem oraz procesami/projektami, w tym opieki koordynowanej nad kobietą ciężarną. W zakresie umiejętności programy studiów II stopnia obejmują natomiast np. umiejętność rozpoznawania zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym człowieka oraz oceny procesu adaptacji człowieka w różnych kontekstach zdrowia i choroby; wskazywania roli wsparcia społecznego i psychologicznego w opiece nad człowiekiem zdrowym i chorym; metody radzenia sobie ze stresem.

Studia w znacznej mierze realizują profil praktyczny, a ich program uwzględnia obowiązkowe praktyki zawodowe. Wśród programów profil ogólnoakademicki miały tylko cztery programy na studiach II stopnia (Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet Śląski, Gdański Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie). Zajęcia praktyczne odbywają się w warunkach symulowanych i z wykorzystaniem infrastruktury podmiotów wykonujących działalność leczniczą, tj. w salach porodowych, oddziałach położniczych, noworodkowych (położniczo-noworodkowych), patologii ciąży, ginekologicznych, onkologii ginekologicznej lub ginekologii onkologicznej, pediatrycznych (niemowlęcych, patologii noworodka), internistycznych, chirurgicznych oraz intensywnej terapii. Mogą to być również gabinety podstawowej opieki zdrowotnej (położnej podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej), specjalistyczne ambulatoria (poradnie ginekologiczne i ginekologiczno-położnicze), ale także – co ważne w kontekście pracy z rodziną – szkoły rodzenia i poradnie laktacyjne.

Analiza programów kształcenia pozwala na sformułowanie wniosku, że większość z nich realizuje zakres efektów uczenia się i treści kształcenia za-

wartych w standardach kształcenia położnych. Dotyczy to zarówno przedmiotów przygotowujących do czynności medycznych, jak i tych z obszaru nauk społecznych. Na studiach I stopnia są to zatem zajęcia z socjologii, psychologii, pedagogiki, prawa medycznego, a także z obszaru zagadnień zdrowia publicznego, poszerzone o język angielski. Na studiach II stopnia zaś są to zajęcia z dydaktyki medycznej, psychologii zdrowia, zarządzania, pomocy kobiecie w środowisku międzykulturowym.

Pojawiają się jednak propozycje zajęć, głównie na II stopniu studiów, które poszerzają nie tylko kompetencje położnych w różnych obszarach, np. komunikacji, ale też pozwalają na (z)rozumienie zadań stojących przed nimi.

Ciekawą propozycję ma w swym programie Uniwersytet Jagielloński, oferujący zajęcia z różnych obszarów kompetencyjnych, potrzebnych położnym w budowaniu relacji z kobietą ciężarną i jej rodziną. Pierwszym z nich jest zakres wsparcia i terapii, w ramach którego oferowane są zajęcia pt. *Trening umiejętności motywacyjnych* oraz *Podstawy psychoterapii w opiece ginekologiczno-położniczej*. W programie są też zajęcia pogłębiające refleksję nad działaniem pomocowym, tj. *Duchowość, hermeneutyka, dialog* oraz inne o interesująco brzmiącym tytule nawiązującym do książki Susan Sontag (2016): *Metafora choroby*.

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach na studiach I stopnia poszerza obszar kompetencji przyszłych położnych o *Komunikację interpersonalną*, a na studiach II stopnia – ważne z punktu widzenia wsparcia kobiet *Podstawy interwencji kryzysowej* oraz *Praktyka położnicza oparta na dowodach naukowych*.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie z kolei oferuje zajęcia z *Podstaw psychoterapii, Psychopatologii życia rodzinnego, Socjologii zdrowia* oraz przedmiot w języku angielskim *Global issues in women's health* (Globalne podejście do zdrowia kobiet). Szczególnie przedmiot prowadzony w języku obcym jest ważny dla budowania świadomości i wiedzy na temat potrzeb kobiet pochodzących z innych kręgów kulturowych i językowych, co w sytuacji trwającego na świecie kryzysu uchodźczego ma fundamentalne znaczenie.

Warto wspomnieć jeszcze o Collegium Masoviense – Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie, która w programie studiów II stopnia wśród **wybranych zagadnień z nauk społecznych** zawarła *Filozofię i teorię opieki położniczej*.

Ofertę edukacyjną uczelni kształcących położne w Polsce tworzą kierunki przede wszystkim realizujące standard kształcenia położnych. Stąd absolwenci i absolwentki tych kierunków posiadają wiedzę, umiejętności i kompetencje

społeczne z obszaru nauk medycznych czy też nauk o zdrowiu, choć mogłyby być one bardziej poszerzone o kompetencje społeczne i wiedzę z zakresu nauk humanistycznych i społecznych – niezbędnych dla wszechstronnego wsparcia kobiet. Pojawiają się jednak uczelnie, które ten potencjał dostrzegają i rozwijają, nie tylko w ramach zajęć do wyboru, ale także obowiązkowych. Być może warto byłoby odważniej kształtować *curriculum* położnicze, by móc szerzej realizować postulat i wsparcia kobiet i rodzin. Problemem nie są tutaj zasoby kadrowe, każda uczelnia prowadząca studia posiada bowiem wydział lub katedrę z obszaru nauk społecznych, lecz ważna jest zmiana myślenia i dostrzeżenie, że położna, jako osoba bezpośrednio i często kontaktująca się z kobietą i jej rodziną, ma możliwość szybkiego reagowania. Należy jednak dać położnej narzędzia w postaci wiedzy z zakresu kwestii i patologii społecznych oraz umiejętności diagnozowania i reagowania na sytuacje trudne. Edukacja w tym obszarze może mieć fundamentalne, nie tylko pomocnicze, znaczenie dla profi-laktyki problemów społecznych.

Wsparcie rodziny przez położne – wnioski z badań pilotażowych

Rozważania dotyczące modelu kształcenia i zintegrowanej opieki położnej nad przyszłą matką i dzieckiem można uzupełnić wnioskami z badań dotyczących roli i zadań środowiskowej położnej/położnej POZ, które realizowałam w 2018 i 2019 roku. Są one o tyle ważne, że potwierdzają gotowość położnych do wykonywania wymienionych zadań z obszaru problemów społecznych czy socjalnych. Badania prowadzone były metodą wywiadów pogłębionych ze standaryzowaną listą zagadnień. Pytania dotyczyły zarówno przygotowania zawodowego, szkoleń, doświadczenia w pracy położnej, jak i osobistych opinii na temat prokreacji, macierzyństwa, ról rodzicielskich. Przeprowadzono pięć wywiadów z położnymi pracującymi w różnych placówkach Torunia i Wrocławia oraz z położnymi emerytowanymi. Wstępne wnioski pozwalają na zrozumienie etosu (pracy) położnych oraz warunków pracy i rozwoju zawodowego, a także uzupełniają wnioski dotyczące zakresu kształcenia i obowiązków zawodowych.

Rozmowy prowadzone były z położnymi, które wskazały na kilka ważnych zjawisk i problemów, stanowiących kontekst powyższych rozważań, przy czym jedną z częściej pojawiających się kwestii było wypalenie zawodowe spowodowane pracą, która jawi się jako ciężka praca fizyczna, wymagająca jednocześnie dobrej kondycji ciała i ducha, ale z drugiej strony – możliwości odpoczynku, na co nie zawsze położne mogą sobie pozwolić. Praca położnej nie charakteryzuje

się wysokim prestiżem, za którym idą wysokie zarobki, zatem by godnie żyć, wiele z nich pracuje na kilku etatach, bierze dodatkowe dyżury czy zlecenia.

Stąd walka z wypaleniem zawodowym i umiejętność radzenia sobie ze stresem powinny być elementem szkolenia zawodowego. Wpisuje się to w stałą potrzebę podnoszenia kwalifikacji, co należałoby uwzględnić w programach kształcenia położnych.

Położne zwracają uwagę na wieloletowość, co jest wynikiem swoiście pojmowanego procesu profesjonalizacji ich pracy. Obowiązują w nim standardy, będące wynikiem zmiany społecznej i zawodowej roli położnej, co wpływa na sposób kształcenia i społeczny popyt na usługi położnej (nie musi to być jedynie opieka ambulatoryjna czy szpitalna, ale całe spektrum usług medycznych, edukacyjnych, terapeutycznych, funkcjonujących na rynku). Powoduje to także komercjalizację misji położnych, co nie powinno zostać pominięte w procesie kształcenia i kreowania ról społecznych. Potwierdza to zasadność prowadzenia zajęć z zarządzania zespołem czy przedsiębiorczości na studiach II stopnia. Wiele miejsca położne poświęciły w swych wypowiedziach mężczyznom. Dostrzegają one negatywne zjawiska, np. mocne zhierarchizowanie środowiska medycznego, w którym dominują lekarze mężczyźni, a funkcje wykonawcze i opiekuńcze pełnią kobiety – pielęgniarki i położne. Rzutuje to na niski prestiż zawodu położnej i wiąże się z jego nieustającą feminizacją, choć należy przypomnieć, że nie inaczej jest w obszarach pomocy społecznej, na co wskazują wnioski tekstu Lucjana Misia pt. *Mężczyźni a praca socjalna – analiza wybranych problemów* (2014). Powoduje to, że położne podejmują się dodatkowych zadań zawodowych, by poprawić stan budżetu domowego, co z kolei rzutuje na relacje rodzinne i stan zdrowia. Położne są przepracowane, zmęczone, a w kontekście trudnego i odpowiedzialnego zawodu, jaki wykonują, jest to sytuacja niebezpieczna dla zdrowia i życia ciężarnej i noworodka.

Położne zwracają uwagę na nieobecność mężczyzn – zarówno lekarzy, jak i ojców rodzących się dzieci – podczas porodów, ale też w czasie ciąży i porożu. Dużo w tym zakresie zmieniły akcje Fundacji Rodzic po Ludzku, powstałej w 1994 roku, budującej świadomość dobrego, bezpiecznego porodu, w którym wszystkie zasoby są przeznaczone dla kobiety.

Choć rola mężczyzn jest coraz większa – bardziej angażują się w opiekę nad kobietą w czasie ciąży, porodu i porożu, to wciąż na kobiecie ciąży obowiązek opieki nad dzieckiem. Poświadczają to np. dane dotyczące dzielenia urlopu rodzicielskiego pomiędzy kobiety i mężczyzn. Jak podaje Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, z tej formy urlopu od stycznia do grudnia

2017 roku skorzystało ogółem 406,6 tys. osób, w tym 402,4 tys. kobiet i 4,2 tys. mężczyzn (*Więcej urlopów rodzicielskich*, 2018).

Jednakże intensywna obecność ojca staje się powoli wzorcem kulturowym, w którym mieści się uczestniczenie w porodzie, przycinanie pępowiny, aktywna pomoc w opiece nad nowo narodzonym dzieckiem. Być może jest to kwestia pokoleniowa, powyższe obserwacje dotyczą bowiem młodszych wiekiem ojców. Pokoleniowość jest jednym z ważniejszych czynników charakteryzujących pracę położnych, co zapewne jest związane z wartościami, wzorcami kultury, ale też stanowi efekt edukacji zdrowotnej Polaków.

Położne środowiskowe/POZ doświadczają przemocy i na co dzień ją obserwują. Chodzi tu o przemoc symboliczną, która sprawia, że nie są dość poważane – przez lekarzy położników, rodzące kobiety i ich partnerów. Dla lekarzy są pracownicami „od brudnej roboty” (za zdecydowanie niższe uposażenie), organizatorkami porodu, opiekunkami w położu, biorącymi często na siebie trudny obowiązek komunikacji z pacjentką i jej rodziną. Ciężarne i ich partnerzy zaś przyjmują rolę klientów, co przyczynia się do uprzedmiotowienia relacji pacjentka – położna i traktowania pracy położnej jak usługi. Powoduje to, że położne niekiedy wykazują opresyjne i agresywne zachowania wobec rodzących.

Położne obserwują akty przemocy domowej, również w czasie ciąży i położu kobiety. Widzą samotność kobiet w ciąży, w położu, w opiece nad małymi dziećmi. Opisują izolację, wywołaną brakiem pomocy ze strony ojca dzieci czy dalszej rodziny, która prowadzi do depresji, zaniedbań wobec dzieci i samej siebie, autoagresji. Położne potrafią zidentyfikować dzielnice, w których te problemy są natężone, co sprawia, że posiadają niezwykłą wiedzę o środowiskach trudnych (podobnie jak pracownicy socjalni).

Przemoc dotyczy także języka stosowanego w pracy położnej. Badane wskazywały, że mają świadomość, że socjolekt może być odbierany jako przemocowy, np. wtedy, kiedy poród nazywany jest „wydalaniem płodu”. Często język na sali porodowej zawiera formy rozkazu, nie zaś prośby, jest to język skupiony na szybkim przekazie, nie na emocjach kobiet rodzących. Może to wywoływać różne reakcje wśród rodzących czy ich partnerów. Ważne jednak, że położne są tego świadome i wykazują chęć zmiany poprzez odpowiednio ukierunkowaną edukację.

Zmienia się również sposób myślenia położnych o wykonywanym zawodzie, ale też o roli kobiet w rodzinie i społeczeństwie. Położne chcą równouprawnienia, podejmują inicjatywy rozwijające przedsiębiorczość kobiet. Uczą się w związku z tym rozmawiać z kobietami, ich partnerami, dla których mogą być kimś więcej niż osobą troszczącą się o ciążę i stan zdrowia matki i dziecka.

Podejmują trud uzupełniania kwalifikacji o zadania edukacyjne, wśród których mieszczą się zadania w obszarze emancypacji. Mają poczucie, że ich rola może mieć znaczenie dla profilaktyki problemów pomocy społecznej.

Kontekst realizacji ról rodzicielskich w Polsce

Różnorodne czynniki medyczne, społeczne, ekonomiczne czy polityczne powodują, że bycie matką w Polsce wymaga wielu trudnych decyzji i intensywnych starań zarówno w zakresie funkcji prokreacyjnych, jak i wychowawczych rodziny. Wpływa na to tradycyjny model polskiej rodziny, w której za organizację życia rodzinnego odpowiadają kobiety, co potwierdzają wyniki badań dotyczących aktywności zawodowej Polek. Współczynnik aktywności zawodowej kobiet i mężczyzn nie zmienia się. Badania z lat 2011–2017 wskazują, że udział kobiet aktywnych zawodowo wśród ludności w wieku 15 lat i więcej wynosi około 48%, natomiast w przypadku mężczyzn odsetek ten wynosi około 65% (*Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, 2018, s. 2).

Macierzyństwo/rodzicielstwo w Polsce generuje wiele problemów pomimo zintensyfikowanej polityki prorodzinnej następujących po sobie rządów różnych opcji politycznych, które przynajmniej od dekady wieloma instrumentami finansowymi i prawnymi próbują zwiększyć poziom dzietności Polaków i wpłynąć na pozytywny obraz rodzicielstwa. **W 2019 roku na świadczenia wychowawcze przeznaczono 30,5 mld zł**, co należy porównać z kwotą 3 328 756 748 zł wydaną na świadczenia socjalne w tym samym roku. Dane z raportu Głównego Urzędu Statystycznego pt. *Świadczenia na rzecz rodziny w 2019 r.* (2020) pokazują, że wartość świadczeń wychowawczych wypłaconych w 2019 roku była wyższa o 37,4% niż w 2018 roku.

Środki na pomoc społeczną objęły 907 397 rodzin i 2 016 908 członków tych rodzin. W ramach świadczeń udzielone zostało wsparcie w postaci pracy socjalnej 832 606 rodzinom, w tym 339 432 rodzinom mieszkającym na wsi. Łącznie pracę socjalną, rozumianą jako „działalność zawodową mającą na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie poprzez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie warunków sprzyjających temu celowi” (Ustawa o pomocy społecznej..., 2004), świadczone u 1 817 571 osób. W porównaniu z 2005 rokiem liczby te są znacząco wyższe – wydano wówczas 1 760 440 732 zł, które przeznaczono dla 1 447 982 rodzin i 4 790 304 osób w tych rodzinach.

Skala rosnących potrzeb socjalnych, wysokie wydatki na programy prorodzinne nie gwarantują sukcesu demograficznego, doświadczamy bowiem zjawiska

odwrotnego, tj. wciąż zmniejszającego się poziomu dzietności Polek. Dzietność Polek w 2020 roku osiągnęła wskaźnik 9,3‰, co oznacza, że jest on niższy o 0,5 od wskaźnika z 2019 roku. Należy dodać, że optymalna wysokość wskaźnika, który zapewniłby zastępowalność pokoleń i zapobiegł trwającej od kilku dekad depresji demograficznej, wynosi 2,10–2,15‰, tzn. gdy na 100 kobiet w wieku 15–49 lat przypada co najmniej 210–215 urodzonych dzieci. Na wsi rodzi się relatywnie więcej dzieci – w 2020 roku współczynnik urodzeń kształtował się tam na poziomie 9,6‰, w miastach zaś 9‰ (*Ludność...*, 2021, s. 12).

Można wnioskować zatem, że to nie kwestie finansowe są tutaj kluczowe. Ten fakt potwierdzają m.in. badania realizowane przez CBOS, dotyczące postrzegania skutków programu „Rodzina 500 plus” przez rodziców/opiekunów dzieci do 18. roku życia pobierających świadczenie wychowawcze (*Program Rodzina 500 plus po pięciu latach funkcjonowania*, 2021). Wynika z nich, że świadczenie nie spowodowało i nie przyspieszyło decyzji o pierwszym lub kolejnym dziecku, szczególnie w przypadku osób ankietowanych (choć niewielki procent badanych wskazał, że była to motywacja dla innych osób pobierających świadczenie 500 plus, których respondenci znali). Respondenci wymieniali zaś inne zalety programu, np. swobodniejsze gospodarowanie pieniędzmi oraz znaczącą poprawę sytuacji dzieci z ubogich rodzin (*Program Rodzina 500 plus po pięciu latach funkcjonowania*, 2021, s. 9).

Kobiety nie chcą mieć dzieci, a jak pokazały badania, w krótkiej perspektywie – w ciągu najbliższych czterech lat – potomstwo planuje jedynie co czwarta respondentka w wieku 18–45 lat (*Plany prokreacyjne kobiet*, 2017, s. 7). Z badań CBOS wynika, że krótkookresowe plany prokreacyjne w znacznej mierze zależne są od liczby posiadanych dzieci oraz wieku respondentek. Najbardziej przychylnie decyzji o posiadaniu dzieci są kobiety w wieku 25–29 lat, a także te nieposiadające dzieci. Szanse na kolejne dziecko maleją wraz z liczbą posiadanych dzieci. Prokreacji sprzyja zaś wyższe wykształcenie kobiet oraz świadomość wsparcia ze strony najbliższego otoczenia w codziennej opiece nad dzieckiem (wówczas kobiety są skłonne zdecydować się na kolejne dziecko).

Z drugiej strony, to kobiety często są wnioskodawcami i odbiorcami pomocy społecznej. Potwierdzają to badania Magdaleny Pokrzywy, która pisze: „Analiza wypowiedzi badanych oraz dane statystyczne odnoszące się do płci osób reprezentujących rodzinę w kontaktach z instytucjami pomocy społecznej wskazują, że po wsparcie zgłaszają się w przeważającej większości kobiety, które na ogół reprezentują rodzinę pełną” (Pokrzywa, 2016, s. 133).

W 2016 roku Pokrzywa zrealizowała badania wśród pracowników socjalnych dotyczące sytuacji kobiet i mężczyzn w rodzinach będących beneficjen-

tami pomocy społecznej. Z badań wynika, że ze wsparcia pomocy społecznej korzystają na ogół rodziny z usztywnionymi, stereotypowymi rolami, w których płęć uznaje się za główne kryterium podziału zadań w rodzinie (Pokrzywa, 2016, s. 131). Rola kobiet sprowadzana jest przede wszystkim do roli matki, żony i gospodyni domowej, co może powodować ekonomiczne uzależnienie od małżonka.

Otwiera się tu zatem pole do działań wzmacniających kulturą emancypację kobiet, budowanie samodzielności i samostanowienia, które może być wspierane przez inne kobiety, choćby położne. Szybka i bezpośrednia reakcja wpięająca przy porodzie, a także w czasie połogu może wywołać pozytywne skutki w obszarze pomocy społecznej, poziomu diety oraz w sferze obywatelskiej. To ostatnie, jako dalekosiężny skutek, dzieje się poprzez wzmacnianie kobiet w ich sprawczości i współpracy. Położne, kształtując relacje z ciężarną, a następnie – młodą matką, działają na rzecz procesu empowermentu kobiet, co jest przecież jedną z naczelných wartości pracy socjalnej. By jednak to osiągnąć, co wyraźnie należy wskazać, konieczne jest kształtowanie/kształcenie kompetencji społecznych i wiedzy z zakresu komunikacji, psychologii społecznej, antropologii społecznej, socjologii czy dziedzin pokrewnych w procesie edukacji położnych.

Rekomendacje dla modelu kształcenia położnych środowiskowych

Co zatem może sprawić, że kobiety, zarówno te posiadające wystarczający kapitał finansowy i społeczny, jak i te potrzebujące wsparcia, poczują się na tyle bezpieczne, że zdecydują się na posiadanie potomstwa? Ponadto – czy jest sposób na ograniczenie wydatków państwa na politykę społeczną w zakresie wsparcia rodzin i skuteczniejsze prowadzenie pracy socjalnej w środowisku, a tym samym efektywniejszy proces pomocy społecznej? Jak można wspierać kobiety w różnych obszarach ich życia, by neutralizować społeczne skutki tradycyjnego podziału ról? Rozwiązaniem tych problemów może być włączenie w system pomocy zadań pozamedycznych położnych środowiskowych, które są obecne w modelu kształcenia i uwzględnione w regulacjach dotyczących wykonywania zawodu. Dotyczą one obowiązków w zakresie wsparcia rodziny i zapobiegania problemom społecznym, które jak pokazano powyżej, mają niekorzystne konsekwencje dla całego społeczeństwa. Rola położnych w zapobieganiu takim problemom, jak niski poziom diety, niewydolność wychowawcza kobiet, ich bezradność w macierzyństwie, problemy natury psychologicznej (depresje poporodowe, wsparcie w sytuacji straty ciąży lub choroby

dziecka), jest wciąż nie dość wyartykułowana. Dochodzą do tego problemy współczesności, takie jak migracje, kryzysy uchodźcze, konieczność wsparcia osób z odmiennych kultur lub z zaburzeniami tożsamości płci.

Analiza modelu zatrudnienia, kształcenia, a także postrzegania swojej roli zawodowej przez położne pozwala na sformułowanie wniosku, że zawód ten możemy interpretować na różne sposoby i wyznaczać mu inne cele. Kontekst dla tych celów stanowią dodatkowo: intensywny rozwój nauk medycznych oraz powstanie coraz większego rynku usług medycznych włączających zadania z obszaru terapii i edukacji oraz profilaktyki społecznej. Jest to ogromny potencjał dla systemu pomocy, ponieważ zakres obowiązków zawodowych położnej obejmuje zadania związane z diagnostyką i profilaktyką społeczną. Nie jest to myśl nowa, wskazywała już na to – w odniesieniu do pracowników socjalnych kształconych (do pracy) na wsi – Helena Radlińska. Pedagożka zwracała uwagę na konieczność wyszukiwania przez nich typów przodowniczych i działania za ich pośrednictwem (Radlińska, 1961, 1979). Praca w środowisku wymaga bowiem zaufania społecznego, jakim obdarzeni są pracownicy socjalni, jak również położne, od których zaangażowania zależy życie i zdrowie kobiety i jej dziecka (por. dramatyczne historie kobiet z sal porodowych w Polsce i za granicą opisywane w mediach).

Zwiększenie poziomu realizacji zadań profilaktycznych i diagnostycznych przez położne może niewątpliwie przynieść pozytywne skutki społeczne, jednakże pojawiają się w związku z tym pewne pytania, będące też rekomendacjami dla modelu kształcenia położnych. Przybierają one formę pytań o cele i potencjał oddziaływań środowiskowej roli położnych. Bez odpowiedzi na nie być może nie uda się znaleźć konkretnych rozwiązań z obszaru teorii, praktyki i kształcenia położnych i położnych środowiskowych. Są one następujące:

1. Kim w tak sformułowanym, integrującym i zintegrowanym, modelu staje się położna – nauczycielem czy facylitatorem? Jest liderem czy pośrednikiem, coachem czy psychoterapeutą? Dostarcza pomocy i wiedzy medycznej czy skłania do refleksji nad życiem? Uwalnia nowe życie czy też – poprzez bezpośrednie wsparcie – konieczną do rozwiązywania problemów energię w kobiecie/rodzinie? Jaki ma wpływ na środowisko cięzarnej i jej rodziny?
2. Jak kształtuje się rola ciężarnej – przyszłej matki? Czy staje się ona podmiotem procesu wychowawczego? Czy jest jego przedmiotem? Jakie jest jej miejsce w relacyjnych trójkątach: położna – kobieta – lekarz, kobieta – mężczyzna – dziecko, kobieta – dziecko – położna?

3. Jakie zadania w procesie tym realizuje ojciec dziecka/mąż/partner kobiety? W jaki sposób nabiera kompetencji rodzicielskich? Czy pozwala na emancypację kobiety jako matki?
4. Jakie wady i braki ma wprowadzany model opieki nad ciężarną i młodą matką? Czy są tu jakieś mechanizmy przemocy i opresji wobec przyszłych matek, ale też wobec położnych (będących przecież niekiedy pośrednikami między kobietą a lekarzem, reprezentantem z jednej strony często świata męskiego, a z drugiej – reprezentantem instytucji)?

Odpowiadając na te pytania, kształtując praktykę zawodową i modele kształcenia położnych, warto zastosować perspektywę empowermentu, upełnomocnienia, która jest perspektywą pozwalającą na znalezienie pozytywnych rozwiązań we wszystkich wymienionych pytaniach i kwestiach. Jest to perspektywa, której wartości to: „samoświadomość i opanowanie, pewność siebie, autodeterminacja, samowystarczalność, umiejętność podejmowania decyzji, poczucie osobistej kontroli i skuteczności, świadomość krytyczna, rozwój, poczucie sensu, kompetencje, wpływ” (Pluskota, 2015, s. 149). Dobrze byłoby przenieść tę kategorię do pracy z kobietą ciężarną, która w polskim kontekście bywa nie tylko – jako matka – symbolem rodziny, ale także główną osobą dźwigającą ciężary życia rodzinnego, co Anna Titkow nazywa menadżerskim matriarchatem (2007).

Jak widać, zadań w tym obszarze jest wiele, choć ich wspólnym mianownikiem jest, jak zauważyła Alicja Kargulowa, pewna wspólnota myślenia i dążenie, by było to nowe spojrzenie na wspomaganie człowieka w rozwoju, afirmujące samowspomaganie poprzez lepsze rozumienie siebie, innych i otoczenia, rozumienie nabywane w edukacji w ciągu całego życia przebiegające w instytucjach formalnych, nieformalnych i pozaformalnych, a weryfikowane w codzienności” (Kargulowa, 2001, s. 98). Jest to zadanie trudne, jednakże analiza modelu kształcenia, ustawodawstwa w zakresie wykonywania zawodu położnej i konkluzje płynące z pilotażowych badań autorki tekstu pozwalają na sformułowanie pozytywnych wniosków, by włączać w działania na rzecz profilaktyki problemów społecznych badane grupy zawodowe tj. położne i położne środowiskowe. Jak zawsze warto zacząć od edukacji i kształcenia, by dać położnym skuteczne narzędzia diagnozowania, reagowania i zapobiegania sytuacjom kryzysowym, i od zrozumienia ich wielkiej roli w życiu społecznym.

Bibliografia

- Balaskas, J. (1997). *Poród aktywny. Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia*, tłum. K. Niccikowska-Jastrzębska, J. Stępień. Seria Rodzić po ludzku. Warszawa: Niezależna Oficyna Wydawnicza.
- Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w 2019 r.* (2020). Pobrano 15 września 2021 z: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/6/9/1/beneficjenci__srodowiskowej_pomocy_spoolecznej_w_2019r.pdf.
- Bogo, M. (2018). *Social Work Practice: Integrating Concepts, Processes, and Skills* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- Drisko, J., Grady, M. (2012). *Evidence-based Practice in Clinical Social Work*. New York: Springer.
- Już teraz mogą dbać o zdrowie swego przyszłego dziecka. Program edukacyjny dla młodzieży w wieku 16–24 lat. Materiały dla prowadzących zajęcia edukacyjne.* (1999). Program Pierwotnej Profilaktyki Wad Cewy Nerwowej. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Kargulowa A. (2001). Wspólny przedmiot badań andragogiki i poradoznawstwa: wspomaganie człowieka w rozwoju. W: E. Przybylska (red.), *Andragogiczne wątki, poszukiwania, fascynacje. Studia ofiarowane Profesor Eugenii Annie Wesolowskiej* (s. 91–98). Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Kitzinger, S. (1996). *Szkola rodzenia*, tłum. K. Ajdukiewicz, P. Prokoczyk. Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Pogonowski.
- Kobiety i mężczyźni na rynku pracy* (2018). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pobrano 1 czerwca 2021 z: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5821/1/7/1/kobiety_i_mezczyzni_na_rynku_pracy_2018.pdf.
- Kubisa, J. (2016). *Bunt białych czepków. Analiza działalności związkowej pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Leboyer, F. (2012). *Narodziny bez przemocy*, tłum. A. Szymanowski. Warszawa: Mamania.
- Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2020 r. Stan w dniu 31 XII* (2021). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pobrano 15 września 2021 z: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/6/29/1/ludnosc._stan_i_struktura_oraz_ruch_naturalny_w_przekroju_terytorialnym_na_31.12.2020.pdf.
- Miś, L. (2014). Mężczyźni a praca socjalna – analiza wybranych problemów. *Problemy Polityki Społecznej*, 27, 109–125.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2021). *Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i zatrudnionych*. Pobrano 1 czerwca 2021 z: <https://nipip.pl/liczba-pielęgniarek-polożnych-zarejestrowanych-zatrudnionych/>.

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2021 r. poz. 540.
- Plany prokreacyjne kobiet* (2017). Warszawa: CBOS. Pobrano 15 września 2021 z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_117_17.PDF.
- Pluskota, A. (2015). *Inkluzja czy iluzja. Praktyki całonocnego uczenia się w modelach interwencji kryzysowej*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Pokrzywa, M. (2016). Role kobiet i mężczyzn w rodzinach korzystających z pomocy społecznej w ograniczaniu ubóstwa. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 41(2), 124–137.
- Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 r.* (2020). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pobrano 15 września 2021 z: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5487/10/11/1/pomoc_spoeczna_i_opieka_nad_dzieckiem_i_rodzina_w_2019.pdf.
- Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (2018). Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Dz.U. z 2018 r. poz. 1668 ze zm.
- Prawo o szkolnictwie wyższym (2012). Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz.U. z 2012 r. poz. 572 ze zm.
- Program Rodzina 500 plus po pięciu latach funkcjonowania* (2021). Warszawa: CBOS. Pobrano 1 czerwca 2021 z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_029_21.PDF.
- Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (2018). Ustawa z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, Dz.U. z 2018 r. poz. 1669 ze zm.
- Radlińska, R. (1979). *Oświata i kultura wsi polskiej*, wstęp H. Brodowska (s. 189–191). Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza.
- Radlińska, R. (1961). *Pedagogika społeczna*, wstęp R. Wroczyński, A. Kamiński, oprac. W. Wyrobkova-Delawska. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Rodzina 500 plus* (2021). Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Pobrano 15 września 2021 z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/rodzina-500-plus>.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (2019). Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, Dz.U. 2019 r. poz. 1573.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (2016). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2016 r. poz. 1567.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (2019). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2019 r. poz. 2335.
- Sontag, S. (2016). *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders. Warszawa: Karakter.
- Świadczenia na rzecz rodziny w 2019 r.* (2020). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pobrano 1 czerwca 2021 z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/rodzina/swiadczenia-na-rzecz-rodziny-w-2019-roku,4,3.html>.
- Titkow, A. (2007). *Kobiety pod presją? Proces kształtowania się nowoczesnej tożsamości*. W: A. Titkow, *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa: IFiS PAN.
- Trawkowska, D. (2004). Kobiety – klientki pomocy społecznej. W: K. Wódz, J. Klimczak-Ziółek (red.), *Restrukturyzacja ekonomiczna a sytuacja kobiet w województwie śląskim* (s. 23–35). Dąbrowa Górnicza: Wydawnictwo WSB.
- Ustawa o pomocy społecznej (2004). Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593 ze zm.
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (2019). Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. z 2019 r. poz. 576 ze zm.
- Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej (2019). Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, Dz.U. z 2019 r. poz. 357, 730 i 1590.
- Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (2011). Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 149 poz. 887.
- Więcej urlopów rodzicielskich* (2018). Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Pobrano 20 października 2021 z: <https://www.gov.pl/web/rodzina/wiecej-urlopow-rodzicielskich>.
- Zarządzenie nr 125/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2016 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz

zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Zarządzenie nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Anna Maria Kola – dr, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Społecznej i Pracy Socjalnej na UMK. Prodziekan ds. organizacji kształcenia na Wydziale Filozofii i Nauk Społecznych; członkini PKA; ekspertka w zespole Komisji Europejskiej ds. microcredentials; członkini Prezydium PTP. Jej zainteresowania naukowe mają charakter interdyscyplinarne: pedagogika szkoły wyższej i praca socjalna wpisana w szeroki kontekst wykluczenia.