

MAGDALENA GAJEWSKA¹
SYLWIA MICHALSKA²

PORÓD I MACIERZYŃSTWO NA WSI – ZMIANY DOŚWIADCZEŃ I RÓL Kobiet WIEJSKICH

Streszczenie: W artykule omówiono wyniki badań, mówiących o czynnikach wpływających na dzietność kobiet. Autorki szczególnie koncentrują się na słabo zbadanym i rzadko opisywanym czynnikiem, jakim jest rodzaj doświadczenia porodowego. Na podstawie źródeł, jakimi są pamiętniki kobiet wiejskich, oraz literatury podjęto próbę zrekonstruowania doświadczenia porodowego w społeczności wiejskiej, zaś na podstawie dostępnej literatury, wyników realizowanych w Polsce badań oraz pilotażowych badań własnych autorki podejmują próbę odpowiedzi na pytanie o dostęp wiejskich matek do zmian, jakie zachodzą w położnictwie.

Słowa kluczowe: kobiety wiejskie, macierzyństwo, poród

WSTĘP

Wyniki badań pokazują, że najważniejszą sferą w życiu Polaków jest rodzina [Boguszewski 2013], jest to również widoczne w deklaracjach mieszkanek wsi, które uważają, że to jej właśnie warto podporządkowywać pozostałe sfery życia. Kobiety deklarują, że wśród wartości, jakimi kierują się w życiu, najbardziej cenią dobro rodziny, jej trwałość, bezpieczeństwo materialne najbliższych, a także więzi emocjonalne, które łączą członków rodziny³. Mimo tych deklaracji, dopiero od kilku lat wskaźnik narodzin powoli rośnie i chociaż przez dziesięciolecia żyliśmy w przekonaniu, że polska rodzina wiejska jest rodziną wielodzietną, to nadal mamy do czynienia z poważnym niżem demograficznym. Jednak od lat 90. zachodzą na obszarach wiejskich ważne zmiany, o których pisała m.in. Inga Jaguś [2002] czy Małgorzata Podogrodzka [2011; 2012]. Takie wnioski płyną też z raportu *Monitoring*

¹ Autorka jest pracownikiem naukowym na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego (e-mail: magdalena.gajewska@ug.edu.pl).

² Autorka jest pracownikiem naukowym w Instytucie Rozwoju Wsi Rolnictwa PAN (e-mail: sibia@wp.pl).

³ Por. m.in. raport [Sytuacja kobiet w rolnictwie... 2012].

rozwoju obszarów wiejskich [Rosner, Stanny 2014], w którym opisano proces zamierania wsi, szczególnie bloku wschodniego, z powodu wyludnienia i ujemnego przyrostu naturalnego. I choć na terenach wiejskich wciąż rodzi się więcej dzieci w stosunku do liczby mieszkających tam kobiet, to różnice między wsią a miastem, kiedyś znaczące, obecnie są niewielkie. W roku 2013 współczynnik urodzeń wyniósł w Polsce 9,6‰, (na każde 10 tys. osób urodziło się 96 dzieci), podczas gdy na początku lat 90. XX w. było to ponad 140 urodzeń (a w 1983 r. – prawie 200). Współczynnik urodzeń na wsi wynosił w 2013 roku 10,2‰, w miastach – 9,2‰ [Podstawowe dane demograficzne... 2014]

Jak już wspomniano, nastąpiło znaczne zmniejszenie różnicy między poziomem dzietności kobiet wiejskich i ogółu kobiet: w 1990 r. był on w tej pierwszej populacji wyższy o ok. 30%, a w 2012 r. tylko o ok. 10%. Podobnie jak współczynnik urodzeń, również współczynnik dzietności ogólnej zmniejszał się w latach 1990–2003 (z 1,99 do 1,22 wśród kobiet ogółem i z 2,68 do 1,42 wśród kobiet wiejskich), po czym do 2008 r. wykazywał tendencję zwyżkową (odpowiednio do 1,31 i 1,53), a następnie do 2012 r. ponownie niżkował do 1,30 ogółem i do 1,43 na wsi⁴ i należy do najniższych zarówno w Unii Europejskiej⁵, jak i na świecie. Taka liczba dzieci rodzących się w naszym kraju nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń⁶. Demografowie wskazują, że niski poziom dzietności wraz z wydłużaniem się trwania życia będą prowadzić do niekorzystnych zmian w strukturze wieku ludności, co będzie wpływać m.in. na wzrost gospodarczy, system zabezpieczeń społecznych i finanse publiczne [Józwiak, Kotowska 2010]. Można też zakładać, że obecnie na terenach wiejskich zachodzą zmiany obyczajowe, które niwelują dystans między wsią a miastem w sferze planowania rodziny. Celem tego artykułu jest przyjrzenie się temu procesowi pod kątem przygotowania się do porodu i narodzin dziecka przez rodziny wiejskie.

Wśród wyróżnianych przez badaczy trzech wymiarów macierzyństwa: biologicznego, psychicznego i społecznego [Maciarz 2004] zajmiemy się przede wszystkim biologicznym (w odniesieniu do porodu jako doświadczenia kończącego bardzo fizyczny czas kontaktu matki i dziecka, jakim jest okres ciąży) oraz społecznym – najistotniejszym, z perspektywy socjologicznej, kiedy kobieta przyjmuje społeczną rolę matki wobec swojego dziecka, rolę, która zmienia się wraz z wchodzeniem dziecka w kolejne etapy życia. Na sposób odgrywania tej roli wpływa również aktywność kobiet w innych sferach życia: zawodowej, społecznej, kulturalnej, rodzinnej. Nie bez znaczenia dla odgrywania ról rodzicielskich są też zmiany historyczne, które często niosą ze sobą nową normatywność dla tych ról. Ważnym momentem, w którym role te zaczęły się zmieniać, był niewątpliwie koniec drugiej wojny światowej i wprowadzenie nowego systemu społeczno-ekonomicznego; równie ważnym wydaje się być początek transformacji systemowej w roku 1989. Stanowią one dwa istotne

⁴ [Raport o stanie wsi. Polska wieś 2014].

⁵ Źródło: Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdde220&plugin=0>

W Unii Europejskiej w roku 2011 niższe wskaźniki dzietności niż Polska miały Węgry (wartość wskaźnika – 1,23) oraz Rumunia (wartość wskaźnika – 1,25).

⁶ Występuje wówczas, gdy wskaźnik dzietności kształtuje się na poziomie 2,1–2,15 (na 100 kobiet w wieku rozrodczym 15–49 lat przypada średnio 210–215 dzieci).

punkty odniesienia dla analizowanych przez nas doświadczeń porodowych kobiet. W pierwszym polityka społeczna PRL-u wiązała się z odgórnymi, centralnie nadzorowanymi działaniami modernizacyjnymi, w drugim zaś – z perspektywą działań obywatelskich i inicjatyw społecznych, które poprzez działania oddolne wpływają na sferę publiczną.

W artykule, w oparciu o wyniki istniejących badań, zostaną omówione czynniki, które mogą wpływać na zmianę stosunku kobiet wiejskich do planowanej liczby posiadanych dzieci. Jednak szczególne zainteresowanie autorek poświęcone jest zmieniającym się doświadczeniom porodowym. Istotnym powodem do przeprowadzenia tej analizy była chęć zbadania sytuacji i doświadczeń kobiet wiejskich związanych z porodem i wczesnym macierzyństwem. W naszym odczuciu problemy te są białą plamą na mapie dotychczasowych badań i analiz. Nigdzie bowiem nie prowadzi się szczegółowych badań udziału kobiet z terenów wiejskich w przemianach obyczajowych, jakie zachodzą w opiece okołoporodowej w Polsce od lat 90. Z tego też względu zdecydowałyśmy się w niniejszym tekście posłużyć się materiałami, które pozwolą nam opisać zarówno doświadczenie narodzin w tradycyjnych chłopskich społecznościach wiejskich, jak i tych z okresu społecznych zmian Polski powojennej i zestawić je z doświadczeniem współczesnym. Źródłem dla naszych analiz są nieliczne teksty dotyczące doświadczeń porodowych, pamiętniki i zapiski kobiet, wyniki badania pilotażowego przeprowadzonego w 2014 roku na grupie 10 kobiet, wywiady oraz wyniki badań prowadzone na oddziałach położniczych⁷.

DLACZEGO CHCĄ MIEĆ DZIECI?

Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o posiadaniu dzieci mogą być różne. Eksperci zwracają uwagę na rozbieżność pomiędzy preferowaną a faktyczną liczbą posiadanych dzieci, argumentując, że ludzie nie decydują się na większą liczbę dzieci z powodu ograniczeń związanych z trudnościami z uzyskaniem pracy, stabilizacją zawodową, warunkami mieszkaniowymi czy też kosztami wychowania dzieci [Omyła-Rudzka 2013]. Do czynników różnicujących postawy prokreacyjne kobiet należy zaliczyć także wsparcie ze strony najbliższego otoczenia w codziennej opiece nad dzieckiem. Jak pokazują badania CBOS, kobiety, które mogłyby liczyć na taką pomoc, częściej planują posiadanie potomstwa. Szczególnie duże znaczenie ma w tym kontekście zaangażowanie ich rodziców – kobiety pewne takiej pomocy planują potomstwo ponadczterokrotnie częściej niż te, które na takie wsparcie nie mogły liczyć. Zaangażowanie pozostałych członków rodziny oraz innych osób spoza rodziny odgrywa mniejszą rolę. Na podobne problemy, związane z decyzją o powiększeniu rodziny wskazuje raport *Niezrealizowany potencjał dzietności polskich rodzin* [2013], którego autorzy podkreślają, że problemów, jakie napotyka rodziny decydujące się na powiększenie rodziny, nie da się ułożyć według hierarchii ważności, bo są one raczej siecią wielorakich powiązań, a indywidualna sytuacja każdej rodziny

⁷ Badanie pilotażowe, przeprowadzone w województwie pomorskim, powiat bytowski, w lipcu 2014 roku. Scenariusz badania zawierał część łączącą badanie modelu życia rodzinnego i doświadczeń związanych z wczesnym macierzyństwem.

wpływa na to, które elementy sieci odgrywają w danym przypadku większą rolę. Omawiane problemy pogrupowano w raporcie w cztery nakładające się na siebie pola: finansowe, rynek pracy, opieka nad dzieckiem oraz psychologiczno-społeczne.

Osoby mieszkające na wsi, jako czynniki ograniczające decyzję o (kolejnym) dziecku, częściej wskazują na powody związane z przemianami światopoglądowymi oraz niedostatecznym wsparciem dla rodziców, rzadziej na trudności materialne i niepewność dotyczącą przyszłości oraz bariery obiektywne. Natomiast mieszkańcy dużych miast deklarują, że kluczowe dla tego rodzaju decyzji są trudności materialne [Styrc 2014]. Na zmniejszającą się liczbę porodów na terenach wiejskich wpływać mogą również takie czynniki, jak brak wsparcia instytucjonalnego, które pomagałoby kobietom godzić różne role społeczne: matki oraz uczestnika rynku pracy. Na terenach wiejskich znacznie mniej jest instytucji mogących wspomóc kobiety w pewnych czynnościach związanych z opieką nad najmłodszymi czy chorymi członkami rodzin – żłobków, przedszkoli, świetlic, dziennych domów opieki, przychodni. Ich liczba na wsi wzrasta bardzo powoli. Przykładowo, w roku szkolnym 2009/2010 w porównaniu do roku szkolnego 2003/2004 odnotowano wzrost liczby placówek wychowania przedszkolnego w kraju o 7,4%, a na obszarach wiejskich – jedynie 1,2%. Na wsi do placówek wychowania przedszkolnego uczęszczało zaledwie 30,3% dzieci objętych wychowaniem przedszkolnym w Polsce. Biorąc jednak pod uwagę tylko przedszkola, 33,6% ich ogólnej liczby w kraju stanowiły przedszkola wiejskie, a uczęszczało do nich 20,9% dzieci z przedszkoli w Polsce [Raport o stanie... 2010]. Jeszcze trudniejszy (ze względu na brak placówek tego rodzaju) jest dostęp do żłobków. Utrudniony dostęp do instytucji tego rodzaju ogranicza sposób, w jaki kobieta chciałaby wypełniać funkcję macierzyńską, uniemożliwia bowiem łączenie roli matki z rolami np. zawodowymi czy społecznymi, co znajduje wyraz w niskiej aktywności zawodowej kobiet wiejskich, a także w ich niewielkim uczestnictwie w życiu społecznym [Krzyszowski 2008; Fuszara 2003].

Czynnikami wpływającym na gotowość kobiet do podejmowania ról macierzyńskich są zapewne także normy kulturowe, które to kobietom każą wypełniać znaczną część obowiązków domowych, związanych zarówno z prowadzeniem domu, jak i opieką nad dziećmi co, jak wynika z badań, coraz mniej im odpowiada. Raport CBOS *O roli kobiet w rodzinie* [2013] przytacza wyniki badań, z których wynika, że o ile większość badanych mieszkanek wsi deklarowała jako preferowany model rodziny model partnerski⁸, o tyle dominującym modelem był w ich rodzinach model tradycyjny^{9, 10}.

Na postawy prokreacyjne wpływa też poziom wykształcenia – absolwentki wyższych uczelni częściej niż pozostałe kobiety deklarują chęć posiadania kolejnego

⁸ Model partnerski – mąż (partner) i żona (partnerka) mniej więcej tyle samo czasu przeznaczają na pracę zawodową i oboje w równym stopniu zajmują się domem i dziećmi.

⁹ Tradycyjny – jedynie mąż (partner) pracuje, zarabiając wystarczająco na zaspokojenie potrzeb rodziny, żona (partnerka) zajmuje się prowadzeniem domu, wychowywaniem dzieci itp.

¹⁰ Badania poświęcone tej problematyce wskazują na dynamiczne zmiany w modelu rodziny, które zachodzą nie tylko na obszarach miejskich, lecz także wiejskich. W zrealizowanym badaniu pilotażowym wszystkie respondentki wskazały, że ideałem układu rodzinnego jest dla nich partnerski podział obowiązków, a ich partnerzy wykonują także czynności, np. związane z opieką nad dziećmi, które w tradycyjnym modelu rodziny były przypisane kobietom.

dziecka, co wynika również z ich lepszej sytuacji materialnej. Warto zwrócić uwagę na fakt, że dla co drugiej młodej kobiety (w wieku 18–33 lata) nieplanującej dziecka barierą powiększenia rodziny jest właśnie sytuacja materialna, a dla co trzeciej – spodziewany konflikt między rolami zawodowymi i rodzinnymi. Kobiety, które mają dzieci, wskazują na problemy związane z zapewnieniem im opieki – najczęściej na zbyt wysokie koszty zatrudnienia opiekunki, brak wolnych miejsc w przedszkolu/żłobku oraz zbyt wysokie opłaty za przedszkole/żłobek. Nie dziwi zatem, że pomoc rodziców w opiece nad dzieckiem jest istotnym czynnikiem warunkującym decyzje prokreacyjne [Omyła-Rudzka 2013]. Czynnikiem niewątpliwie sprzyjającym tworzeniu tradycyjnego modelu wielodzietnej rodziny jest religijność jej członków – wiąże się to między innymi z postawą Kościoła katolickiego wobec antykoncepcji, aczkolwiek, jak pokazują badania CBOS, zmniejsza się zaangażowanie religijne mieszkańców wsi. Od roku 1992 odsetek badanych praktykujących religijnie co najmniej raz w tygodniu zmalał z 75% do 61%, natomiast odsetek praktykujących sporadycznie wzrósł z 21% do 32%. Równoległe do tego procesu na wsi topniała grupa osób głęboko wierzących (z 19% w 1994 roku do 9% w 2014 roku). Tendencje spadkowe nie są jednak równoznaczne z zanikiem wiary religijnej: w całym analizowanym okresie tylko nieliczni badani w ogóle nie uczestniczyli w praktykach religijnych oraz deklarowali się jako osoby niewierzące. Słabnięcie religijności obserwowaliśmy także na obszarach zurbanizowanych [Boguszewski 2014].

Pamiętając o niezwyklej złożoności procesu zmian zachodzących w modelu rodziny i stosunku współczesnych kobiet do macierzyństwa, chcemy przyjrzeć się doświadczeniu macierzyństwa w społeczności wiejskiej, skupiając się w tym artykule na jednym z pierwszych doświadczeń, które symbolizuje wejście kobiety w rolę matki. Doświadczeniem tym jest poród, który dopiero od niedawna stał się przedmiotem dyskusji społecznej i refleksji socjologicznej. Wydaje się nam jednak, że doświadczenie porodu pozostaje nadal nierozpoznane wśród czynników mogących wpływać na postawy prokreacyjne kobiet. Sądzymy, że jakość doświadczenia porodowego odgrywa istotną rolę w życiu każdej kobiety i może mieć wpływ na podjęcie przez nią decyzji o posiadaniu kolejnego dziecka. W przeszłości role kobiece silnie determinowane były przez normy i nakazy, obowiązujące w społeczności wiejskiej, nie dawały one kobiecie dużego pola wyboru. Obecnie zmiany zachodzące na terenach wiejskich, różnicowanie się społeczności, napływ nowych mieszkańców, a wraz z nimi nowych stylów życia, wartości wywierają wpływ na to, jak zmienia się i różnicuje sposób odgrywania ról, także tych regulowanych dotąd przez tradycję. Stawiane pytania badawcze dotyczą tego, jakie wartości są realizowane w kluczowym momencie życia kobiety, jakim stają się narodziny dziecka i wejście w społeczną rolę matki [Budrowska 2000; Graff 2014].

MACIERZYŃSTWO JAKO JEDNA Z NAJWAŻNIEJSZYCH RÓL SPOŁECZNYCH KOBIET NA WSI

Narodziny dziecka niosą ze sobą wiele zmian w życiu rodziny, ale przede wszystkim kobiety. Ciąża i poród nie są okresem wolnym od niepokoju. Jak pokazał raport Małgorzaty Sikorskiej *Ciemna strona macierzyństwa* [2012], uczuciami, jakie towarzyszą kobietom jest niepokój, a czasem i lęk, szczególnie w sytuacji, gdy ich poprzednie

doświadczenia porodowe były trudne lub na skutek złego przebiegu porodu doszło do komplikacji zdrowotnych u nich samych lub u dziecka [Sikorska 2012, s. 13]. Kobiety niepokoi w porodzie jego bolesność i to, jak długo ból porodowy trwa. Jednym z czynników budzących niepokój jest jakość opieki medycznej, jaką kobiety otrzymują w okresie ciąży i w trakcie samego porodu. Jest to o tyle zastanawiające, że w opiece położniczej w Polsce i na świecie zaszły od lat 70. radykalne zmiany.

W latach 70. znany francuski ginekolog-położnik wyznaczył nowe trendy w opiece perinatalnej nad kobietą. *Odrodzone narodziny* Michela Odenta [2009] stały się kultową i symboliczną pracą, która wpisała się w ruch przywracania podmiotowości i godności kobiecie ciężarnej i rodzącej. Ten społeczny ruch, który w Polsce do dziś reprezentuje Fundacja Rodzić po Ludzku, sprzeciwiał się procesowi medykalizacji narodzin. Najbardziej cenioną postacią w polskim położnictwie, której myślenie modelowało przemiany w tym obszarze, był prof. Włodzimierz Fijałkowski [1998]. Tym, co połączyło kobiety i mężczyzn z wielu krajów, była chęć przedefiniowania sytuacji porodu, który od lat 50. na skutek procesów modernizacyjnych został odarty z wartości rodzinnych czy podmiotowo-twórczych na rzecz medycznego dążenia do ograniczania śmiertelności.

W Polsce Fundacja Rodzić po Ludzku (FRL) w 1994 roku zorganizowała pierwszą akcję nawiązującą do rozwiązań i działań anglosaskiej medycyny okołoporodowej [Kitzinger 2000] Polegała ona na zebraniu i prezentowaniu w mediach indywidualnych doświadczeń kobiet, rodzących w polskich szpitalach. Badania poruszyły opinię publiczną, sugestywnie ukazując zdehumanizowany, odziedziczony po szpitalnej medycynie PRL-u, paternalistyczny i właściwy dla instytucji totalnych proces dekonstruowania cielesności rodzących kobiet. Ujawnione zostały liczne i systematyczne praktyki medyczne i biurokratyczne źle służące położnicom: odbieranie własnych ubrań i osobistych symboli, rutynowe golenie i nacinanie krocza, obowiązkowa lewatywa, oddzielenia od dziecka, zakaz odwiedzin, kilkunastoosobowe sale poporodowe [Otffinowska 2006]. Oburzona opinia publiczna odbierała te czynności nie jako zmierzające do zapewnienia sterylności i ograniczenia ryzyka powikłań, lecz przede wszystkim jako działania poniżające godność kobiet i próby ich ubezwłasnowolnienia¹¹. Dzięki rozgłosowi Fundacja uzyskała wsparcie społeczne, polityczne i finansowe i mogła podjąć bezpośrednie działania na rzecz zmiany sytuacji kobiet w ciąży i kobiet rodzących w systemie opieki zdrowotnej. W nowej rzeczywistości społecznej, dla (re)konstruowania cielesności matek kluczowe stało się nie ryzyko utraty zdrowia, lecz ryzyko dehumanizacji.

Upodmiotowienie kobiet ciężarnych i rodzących doprowadziło do ujmowania przestrzeni położniczej jako pola wyboru. Kobietom prezentowane są dziś różnorodne

¹¹ Nie zaprzeczając funkcjonalności tych praktyk dla osiągnięcia celów medycznych, należy podkreślić, że w kategoriach Goffmana (Instytucje totalne) są to praktyki właściwe dla instytucji totalnych, które za ich pomocą narzucają swoim pensjonariuszom/kom korzystną dla siebie tożsamość. Np. golenie i pozbawianie ubrania i innych akcesoriów wyrażających indywidualność i status społeczny jednostek symbolicznie je degraduje, a narzucone ubrania organizacyjne i inne symboliczne znamiona (np. numery, nowe nazwy/imiona) oraz praktyki cielesne, ignorujące obowiązujące w szerokich układach społecznych reguły grzeczności i uprzejmości narzucają nową „niską” tożsamość i skłaniają do zachowania się zgodnie z jej zasadami, czyli przede wszystkim do bierności i posłuszeństwa.

możliwości, zarówno jeśli chodzi o opiekę w trakcie ciąży, jak i przebieg porodu. Jednak ukrytą konsekwencją możliwości wyboru jest zróżnicowanie społeczne (przede wszystkim ze względu na zamożność) kobiet w ciąży i kobiet rodzących. Mniejsze pole wyboru, a zatem i większe ryzyko wystąpienia powikłań z grupy streśogennych mają kobiety z uboższych grup społecznych, a zatem są one potencjalnie narażone na większą liczbę interwencji medycznych i dłuższy poród [Kwiatek i in. 2011, s. 111–115]. Różnice społeczne stają się wyraźnie widoczne, gdy analizujemy liczbę wizyt i jakość badań USG, udział w zajęciach szkół rodzenia, korzystanie z odpłatnej indywidualnej opieki położniczej, stosowanie znieczulenia czy korzystanie z dodatkowego profesjonalnego wsparcia emocjonalnego douli¹², towarzyszącej kobiecie w trakcie porodu.

ZRÓŻNICOWANIE DOŚWIADCZEŃ WCZESNEGO MACIERZYŃSTWA

Na istotność i trud doświadczenia wczesnego macierzyństwa kobiety z terenów wiejskich zwracały uwagę w swoich pamiętnikach, które zostały opublikowane w latach 70. i 80. Informacje o tym, jak wyglądało realizowanie roli matki w praktyce, znajdujemy w dokumentach, zachowanych dzięki organizowanym w Polsce konkursom na pamiętniki i wspomnienia mieszkańców wsi. Zarówno przed, jak i po II wojnie światowej konkursów takich organizowano stosunkowo dużo, niekiedy były one kierowane wprost do kobiet. Przytaczane opowieści o doświadczeniach związanych z porodem i wczesnym macierzyństwem pochodzą z dwóch źródeł: konkursu na pamiętniki kobiet wiejskich, ogłoszonego w 1970 roku przez Zakład Badań Regionów Uprzemysławianych, na który napłynęło ponad 1200 prac, z których wyróżnione zostały opublikowane w 3 tomach zbiorów wspomnień, seria *Wspomnienia kobiet wiejskich* [Jagiello-Łysiowa 1975; Tryfan 1975; Jakubczak 1975]. Drugim źródłem jest zbiór tekstów, będących wyborem prac spośród niemal 1500 pamiętników, które napłynęły na ogłoszony na przełomie 1978 i 1979 roku konkurs pamiętnikarski „Być matką”, zorganizowany przez czasopismo *Gromada – Rolnik Polski*, Centralny Związek Kółek Rolniczych i Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN [Gałąj 1986]. Wiek uczestniczek konkursu był zróżnicowany – od 35 do 83 lat, a opisywany przez nie okres, to niemal sto lat doświadczeń polskich kobiet.

Z informacji zawartych w pamiętnikach wynika, że doświadczenia związane z porodem i macierzyństwem różniły się w zależności od wieku opisującej swe doświadczenia kobiety i okresu, w którym zostawała matką. Jak wiadomo, w kulturze chłopskiej najważniejszą wartością było dobro gospodarstwa, przedkładane często ponad dobrostan i interes pojedynczych członków rodziny. W okresie międzywojennym i w latach po II wojnie światowej możemy odnaleźć w cytowanych pamiętnikach doświadczenia świadczące o tym, jak trudno było pogodzić się kobietom z pierwszoplanową i dominującą wartością gospodarstwa, jego prymatem nad życiem

¹² Można mówić o nowym zawodzie w polskim położnictwie. Doula to kobieta, która wspiera duchowo i emocjonalnie rodzącą, pomaga jej radzić sobie z bólem porodowym, w komunikacji z personelem medycznym, wykonuje masaż i przygotowuje do roli matki.

prywatnym, a nawet zdrowiem. Są to świadectwa i wspomnienia o tym, że narodzony dziecka nie były w rodzinie traktowane jako zjawisko wyjątkowe, nie poprzedzano ich jakimiś szczególnymi przygotowaniem; często matka, zajęta pracą i codziennymi obowiązkami nie była w stanie przygotować dla nowego członka rodziny nawet podstawowej wyprawki. W cytowanym wyżej tomie [Gałąj 1986] znaleźć można następujące opisy:

Wieczorem skończyliśmy robić kielbasy i już prawie wszystko sprzątnięte, gdy zaczął mnie boleć brzuch i krzyże. Boli coraz bardziej, nie wiem co to, ale myślę – na pewno to mięso, bo kosztowałam surowego i coś zaszкодziło. A były to bóle porodowe. Mąż poszedł po babkę. Przyszła, zbadala mnie i mówi, że jeszcze długo potrwa, zanim urodzę. Męczyłam się całą noc, aż zemdlalam z bólu. Nad ranem urodziła się córeczka. Radość wielka z dziecka, choć nie było pieluch i w co dziecka owinać. Dmownicy podarli jakąś starą poszwę, dziecko owinęli i jakoś poszło. (Matka trojga dzieci, 54 lata, pamiętnik nr 871)

We wspomnieniach kobiet pojawiają się również relacje świadczące o tym, że ciąża nie była traktowana jako stan szczególny, wymagający dbania o zdrowie, zwalniający z obowiązków, które mogłyby być dla ciężarnej trudne czy nieprzyjemne. Była ona elementem codzienności. *Nadeszły żniwa, a ja już z dnia na dzień. Gorąco, pot zalewa oczy, a tu kto żyw łapie kosę i idzie do żniwa. Za kosą ciężko odbierać, żyto długie, nie ma się gdzie z tym brzemiaczkim podziać. (...) Nogi miałam nabrzmiałe, porzycinałam tenisówki, aby coś włożyć, podrapane słomą nogi krwawią i pieką. Czy jest gorsze piekło nie wiem, mąż powtarza, że bym się ruszała trochę. W południe, zamiast spocząć trzeba było doić krowy, teściowa gotowała co tam mogła, a ja doila ich krowy i swoją, bo teściowa też nie miała siły. W stajni drugie piekło, gorąco, much do czarta, krowy się oganiają, biją ogonami i chlapią gnojówką jak szalone. Po udoju karmienie świń (...). Dźwigałam te wiadra trzy razy dziennie. Najgorzej się bałam o dziecko, bo o brzuch stale się trzeba zaprzeć, jak się świniom daje jeść. Do wieczora jeszcze odbierałam żyto, ale byłam już jakaś nieswoja, a w nocy pojechałam rodzić. W szpitalu czyściutko i jasno. Zatkalo mnie. Tu nie wyobrażają sobie, jak my żyjemy, przy naftowej lampie, utrudzeni żniwami. Zaraz mnie wzięli do wanny. To była rozkosz, bóle ustały. Odżyłam nieco, bo choć robiłam przy żniwach na pewno chlebem nie pachniałam. Tam chodziły kobiety czekające, wesolo rozmawiały, czyściutkie, w jedwabnych szlafrokach, pachnące perfumami. Pierwszy raz zobaczyłam, jak w mieście się szanują. Niektóre czekały już kilka dni, odpoczywały, miały urlopy macierzyńskie. A na wsi gdzie kobieta ma urlop? Aby tylko ze szpitala wróciła, to już do roboty, bo tydzień darmo leżała, a tu żniwa. Teściowa nieraz mówiła, że teraz to się baby pieszczą, bo ona w wieczór urodziła, a rano brała sierp i szła do żniwa i wytrzymała (44 lata, matka czwórki dzieci, pamiętnik 802).*

Ciąża nie zwalniała kobiety z jej obowiązków, a ponieważ należały one do ko-biecego uniwersum, nie mogła ona liczyć na wsparcie mężczyzny. We wspomnieniach wiejskich matek nie pojawia się jednak nawet wsparcie pochodzące od innych kobiet, przeciwnie, często to one są źródłem krytyki wygórowanych oczekiwań i przykrości. Kobieta towarzyszącą w porodzie bywa babka czy akuszerka, wsparcia i pomocy kobietom udziela niekiedy ich własna matka, jednak ze strony

męża – teściowej, bratowej – trudno liczyć na dobre słowo czy pomoc zarówno przy porodzie, jak i w opiece nad dzieckiem i położnicą w w pierwszych dniach po nim. Stąd widoczna w wielu pamiętnikach radość z upowszechniania się opieki medycznej w okresie powojennym. Pobyt w szpitalu dawał wielu kobietom okazję do odpoczynku od trudów codzienności, poczucie bezpieczeństwa. Szpital, oddział położniczy był postrzegany jako miejsce komfortowe, ale też jako miejsce, w którym kobiety mieszkające na wsi i te mieszkające w mieście mają okazję się spotkać i wymienić opiniami o życiu, dzieciach, kobiecym losie, co można nazwać wymianą wzorcami kulturowymi. W obszarze medycznym, sprzęgniętym z ideami równości dostrzegalne stają się różnice społeczne i linie według których one przebiegają. Są one na tyle wyraźne, że już w latach osiemdziesiątych są czytelne dla aktorów społecznych. Inaczej doświadczają ciężar kobiety miejskie i kobiety wiejskie.

Tego dnia z samego rana bardzo źle się czułam. Ale mąż musiał gdzieś wyjechać i nie było przy kim zostawić malej. Wrócił późnym wieczorem, pomógł mi przy obrządku i poszedł spać. Ja też się położyłam, ale usnąć nie mogłam. Wiedziałam już, że do rana nie wytrwam. Obudziłam męża, by jechał dzwonić po pogotowie. Obudzony z pierwszego snu nie miał chęci wstawać, mówił, że może jakoś wytrzymam do rana. Ale w końcu ubrał się, siadł na rower i pojechał. (...) wreszcie położyłam się. Zaciskałam usta, żeby nie krzyczeć. Bóle się wzmogły. Po godzinie urodziło się dziecko. Zapłakało i ucichło. Coś znalazłam pod ręką, przykryłam je. Bałam się poruszyć, by go nie skrzywdzić (45 lat, troje dzieci, pamiętnik 823).

...Po ciężkich męczarniach urodził mi się pierwszy syn. Mąż nic mi nie przyniósł, leżałam bezwładnie kilka dni, a potem siły zaczęły pomалу wracać. Ósmego dnia mąż przywiózł mnie do domu. Nie miałam sił wyjść na podwórko. Musiałam trzymać się czegoś, ażeby nie upaść. Przez pierwsze kilka dni mąż grzał wodę i stawiał wannę na łóżku, żebym wykąpała dziecko i poprała szmatki. Wodę on wyniósł. Ale to było tylko kilka razy. Później powiedział mi, że klacz trzy dni odpoczywa i idzie do szlei, więc i ty w domu możesz zrobić wszystko (...) (41 lat, ośmioro dzieci, pamiętnik 827).

Dyzma Gałaj zauważa, że o ile w pamiętnikach starszych kobiet spotykamy jeszcze prymitywne warunki, brak fachowej opieki, pomoc babek i wiejskich akuserek, o tyle z czasem tradycyjne praktyki zaczynają być zastępowane porodami w izbach porodowych bądź szpitalach, pod fachową opieką personelu medycznego. Mimo to poród pozostaje dla kobiety doświadczeniem trudnym i bolesnym, obciążonym piętnem: męki, męczarni, trudu, samotności i zagryzania zębów. Nie jest on też szczegółowo opisywany. Wszelkie procedury, dolegliwości czy praktyki społeczne, jakie się z nim wiążą, szczególnie te cielesne, zostają pominięte przez narratorki. Zapewne wynika to ze specyfiki metody, jaką jest metoda biograficzna oraz ze zmieniających się norm, które dotyczą nie tylko sposobu relacjonowania pewnych rzeczy, ale również doboru treści, które dopuszcza się do przekazania bądź pomija [Siekierski 1992]. Opisywanie cielesności i doznań związanych z ciążą i porodem w przeszłości należało do tabu, natomiast teraz doświadczania własnego ciała są przedmiotem analiz, także socjologicznych.

Tym, co także wyraźnie można dostrzec w pamiętnikach wiejskich kobiet opracowanych przez Gałaję, to samotność matek zarówno w noszeniu ciąży, jak i w porodzie i opiece nad nowo narodzonym dzieckiem. Kobiety, pisząc pamiętniki, zwracają uwagę na to, że mężowie nie odwiedzają matek w szpitalach, tłumacząc się natłokiem pracy, ale potem, w domu, także nie pomagają w pracach przy dziecku, zostawiając tę sferę domowego życia wyłącznie matce. Poród nie jest zatem wydarzeniem uruchamiającym rytę opiekuńcze wobec matki i dziecka, konsolidującym rodzinę wokół opieki nad nowo narodzonym dzieckiem. Jest raczej wydarzeniem z porządku natury, czy do takiego zostaje przyrównany przez wspomnianych w zapiskach kobiet i mężczyzn (por. pamiętnik 827).

W podobnym czasie dla kobiet zamieszkujących miasta samotność porodu i opieki nad noworodkiem wyrażała się w ich reakcji na wygląd i charakter oddziałów położniczych z lat 80., ale przede wszystkim sposób realizowania opieki medycznej. Był on podstawą niejednego doświadczenia traumatycznego dla kobiet miejskich. W latach 90. dzięki akcji *Gazety Wyborczej* „Rodzić po Ludzku” zostały opublikowane listy kobiet, które opisywały w nich swoje doświadczenia porodowe. Jako przykład narracji może posłużyć list z 5.07.1994 r.¹³

Leżę na wznak już dziewięć godzin.

Wściekły ból krzyża. Proszę położną, by cokolwiek podłożyła mi pod plecy. – A co ja wezmę?

Obracam się na bok. Ból mniejszy, ale zanika zapis skurczów.

Lekarz: Hrabianka się znalazła. Przychodzi lekarz z innej zmiany i woła położną: Złap do nerki trochę tych wód i pokaż temu idiocie, że są zielone.

Jedenasta godzina leżenia. Od pasa w dół jestem naga, mam rozszerzone nogi, brzuch opasany taśmą podłączoną do urządzeń rejestrujących, ręce przywiązane do łóżka, w jednej kroplówka, w drugą wbita igła, co jakiś czas położna podaje mi coś dożylnie. Co? Nie mam pojęcia. Przypomina to średniowieczne tortury, a nie najpiękniejszy dzień życia. Boję się o cokolwiek prosić i cokolwiek mówić. Wieczorem lekarz zapowiada, że nim zejdzie z dyżuru, musi mnie skończyć. I zaczęło się. Lekarz kładzie się na mnie i ugniata mój brzuch. Jestem oszołomiona, nie śmiem o nic zapytać. Czuję niesamowite parcie, głośno mówię: Ja pęknię. L... pękam. Krzyk dziecka. Później dowiaduję się, że mam 30 szwów, bo pękło mi wszystko, co tylko możliwe – relacjonuje swe przeżycia pacjentka szpitala z Zielonej Góry.

Elżbieta Cichocka, redaktorka *Gazety Wyborczej*, tak podsumowała swoją pracę związaną z akcją: *Wysłuchałam kilkanaście opowiadań koleżanek, znajomych i znajomych znajomych. Przeczytałam prawie 200 listów od kobiet z całej Polski. Rozmawiałam z położnicami w szpitalach. Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia na co dzień łamane są jak zapalki. Poród to ekscytujące, ważne i piękne doznanie, na zawsze zapisuje się w pamięci. Każda kobieta o nim opowie. Pamięta najdrobniejsze szczegóły, choćby jej dzieci miały już swoje dzieci¹⁴.*

¹³ *Gazeta Wyborcza* nr 105, wydanie z dnia 7.05.1994, s. 18–19.

¹⁴ Tamże.

W przytoczonych pamiętnikach i przeanalizowanych listach kobiet wyraźna staje się ich samotność i bezsilność wobec reżimu medycznego. Widać też, że odczucia rodzających z obszarów wiejskich i miejskich mają różne odcienie i inaczej rozkładają się w nich aksjologiczne akcenty. W jednych i drugich wybrzmiewa jednak żal za utraconym pozytywnym okresem porodu i położu, który pozwoliłby im w ludzkich warunkach wejść w rolę matki.

Efektom akcji „Rodzić po Ludzku” stała się zainicjowana oddolnie modernizacja opieki nad ciężarną i rodzącą kobietą. Fundacja Rodzić po Ludzku od dekady organizuje szkolenia dla położnych, wspiera zakładanie szkół rodzenia, widząc w edukacji kobiet jeden z kluczy do poprawy doświadczenia porodowego i znoszenia różnic w doświadczeniu porodowym wśród rodzących kobiet. Mimo tych działań, choć dystans między kobietami zamieszkującymi tereny wiejskie i miejskie zmniejsza się, badania prowadzone w zakresie położnictwa wskazują, że partycypacja kobiet ze wsi w tych działaniach jest mniejsza niż ta wśród kobiet z miast. W swoich badaniach położne zauważają też, że udział w porodach rodzinnych kobiet z obszarów wiejskich jest niższy niż kobiet z miast [Rudnicka, Pietrzak, Kramowski 2011, s. 96–101].

Bardzo często kobiety z terenów wiejskich nie mają szans na realizację edukacji w szkołach rodzenia, korzystania z porad położnej laktacyjnej czy położnej środowiskowej, czy wreszcie wykonania specjalistycznych badań, do których ułatwiony dostęp mają kobiety mieszkające w mieście. Kobiety, które brały udział w badaniach pilotażowych, pytane o to, co jest największą bolączką ciężarnych kobiet na wsi, odpowiadały, że odległości i wynikający z tego brak wsparcia medycznego. Partycypacja w szkole rodzenia staje się dziś dla kobiet okazją do zetknięcia się z kulturą medyczną, z przebiegiem porodu, przestrzenią szpitala, jego procedurami, a przede wszystkim poznania własnych praw na oddziale położniczym. Bezpośrednia styczność z polem medycznym daje kobietom nie tylko okazję poznania szpitala, lecz także zrozumienia sposobu myślenia położnych i lekarzy pracujących na oddziałach. Szkoła rodzenia odgrywa *de facto* rolę szkoły radzenia sobie nie tylko z opieką nad noworodkiem, lecz także z systemem opieki medycznej nad nim i rodzącą. Na ten problem zwracają uwagę inne badania przeprowadzone na oddziałach położniczych. Pokazują one, że wśród kobiet zamieszkujących tereny wiejskie partycypacja w zajęciach przygotowujących do porodu jest rzadkością [Kwiatkiewicz i in. 2011, s. 111–115].

Możemy stwierdzić, że dzisiejsze różnice są znacznie mniejsze od tych, które wyłaniają się z narracji zebranych w latach 80. Dzisiejsze różnice kształtują także możliwości dostępu do wyboru, jaki oferuje współczesnej kobiecie kultura i opieka położnicza. Kobiety biorące udział w badaniu pilotażowym zwracały uwagę na to, że opieka ta jest dla nich mniej dostępna niż dla kobiet mieszkających w miastach. Przykładem może być powiat bytowski. Są tam tylko 4 punkty opieki ginekologiczno-położniczej, usytuowane w dwóch miastach (Bytów, Miastko¹⁵). Przyczyny takiego stanu można upatrywać też w ograniczonej liczbie położnych zatrudnionych w takich ośrodkach. Sprawia to, że położne nie są w stanie zrealizować zadań, jakie

¹⁵ Wykaz placówek w powiecie bytowskim według NFZ, http://www.nfz-gdansk.pl/uploads/files/02_aos_wykaz_od_01_lipca_2013.pdf

stawia przed nimi prawo dotyczące opieki nad kobietą ciężarną. Problemem są także ograniczenia godzinowe funkcjonowania placówek opieki ginekologiczno-położniczej. W powiecie tym funkcjonują dwa gabinety oferujące pomoc położnej środowiskowej¹⁶.

Respondentki z powiatu bytowskiego, biorące udział w badaniu, rodziły swoje dzieci w szpitalach i w pozycji klasycznej, medycznej – czyli leżącej lub przez cesarskie cięcie. Swoje doświadczenia porodowe, jakość obsługi medycznej oceniały raczej źle, a z drugiej strony podkreślały to, jak ważne dla kobiety – jako osoby – są narodziny dziecka i dobre doświadczenia porodowe. Istotność doświadczenia porodowego w życiu kobiety wszystkie respondentki oceniły jako bardzo ważną. Na podstawie wypowiedzi respondentek można postawić hipotezę, że rozwiązania systemowe i kulturowe kierują kobiety z terenów wiejskich w stronę bardzo zmedykalizowanego doświadczenia porodu, podczas gdy praktyki miejskie jawią się jako bardziej różnorodne i otwarte na indywidualne doświadczenie i przeżycie przez kobietę, a także jej partnera doświadczenia porodu. Kobiety z miast, zwłaszcza lepiej sytuowane materialnie, przez dostęp do indywidualnej opieki położniczej mogą rodzić w domu, w prywatnej klinice, izbie położniczej, korzystać z różnych rodzajów anestezji oraz wsparcia douli.

Wzorce ról społecznych, także roli macierzyńskiej, zmieniają się w czasie, w zależności od epoki, dominującej kultury, obowiązującego systemu wartości, dominującej religii, systemu politycznego i uwarunkowań lokalnych (por. [Kotłarska-Michalska 2011]). Kulturowe zmiany w postrzeganiu roli matki, jakie można dostrzec w literaturze przedmiotu, to przede wszystkim wciąż aktualne wyzwalanie się kobiet z XVIII-wiecznego modelu kobiety utożsamianej wyłącznie z rolą matki, wprowadzonego przez J.J. Rousseau w *Emilu*, w 1762 roku¹⁷ (por. [Badinter 1998]). W Polsce, w tradycyjnych społecznościach chłopskich, kobiety realizowały się przede wszystkim w rolach rodzinnych, wśród których jedną z najważniejszych była rola matki, była ona jednak silnie związana, a niekiedy podporządkowana innym rolom, wyznaczonym kobietom. Można jednak dostrzec, że miejsce i rola kobiety w rodzinie wiejskiej się zmieniały. W okresie dominacji rolnictwa, jako podstawowego źródła dochodów mieszkańców wsi, tradycyjne role i zadania, jakie miały być pełnione przez kobiety, były jasno zdefiniowane i stosunkowo niezmiennie. W rodzinach chłopskich panował typ władzy autorytarnej, represyjnej, narzucający jedną, obowiązującą rzeczywistość i niedopuszczający innych jej wariantów (por. [Nowak 2003, s. 85]). Podział ról odwoływał się do odmienności płci, różnic biologicznych

¹⁶ Wykaz placówek w powiecie bytowskim według NFZ, http://www.nfz-gdansk.pl/uploads/files/01_poz_wykaz_2014-06-01.pdf

Zmniejszenie zależności położnych od lekarzy mogłoby zminimalizować wpływ tego czynnika. Indywidualna praktyka położnicza pozwalałaby na upowszechnienie nowej wiedzy i praktyk w środowisku wiejskim. Wzrost liczby położnych, ich konkurencyjność, możliwość wykonywania i zlecania badań podstawowych dawałyby większe szanse na dostęp do opieki medycznej kobietom zamieszkującym obszary wiejskie. Uwolnienie praktyki położniczej i upowszechnienie indywidualnej działalności położniczej mogłoby znacząco poprawić jakość opieki nad kobietą w ciąży i noworodkiem, a w konsekwencji zmniejszyć dystans między kulturą porodową wsi i miasta.

¹⁷ http://www.pbi.edu.pl/book_reader.php?p=2352 (dostęp: 10.01.2015).

oraz do różnic i ograniczeń związanych z siłą fizyczną, przez co funkcje pełnione w społeczności przez przedstawicieli obu płci były różne. Różnice biologiczne, mające związek z prokreacją, w naturalny sposób wyznaczały kobiecie funkcje macierzyńskie i opiekuńcze. Ze względu na specyfikę pracy w rolnictwie, która w tamtym czasie wymagała wytrzymałości, siły fizycznej, odporności, pracę kojarzono z czynnościami wykonywanymi przez mężczyzn, choć kobiety były obciążone pracą bardziej niż mężczyźni (por. [Curzytek 1935]). Ich praca była postrzegana jednak jako mniej ważna i mniej prestiżowa [Szpak 2013]. Doświadczenie ciąży i porodu, jak wynika z pamiętników kobiet z tamtego czasu, było związane z naturalnym cyklem natury, nie było poprzedzane szczególnymi przygotowaniem ani ochroną kobiety ciężarnej przed obciążeniami czy wysiłkiem. Poród był doświadczeniem świata kobiet, niekiedy z rodziny, niekiedy wspieranych przez wyznaczone przez społeczność do pomocy akuszerki. Młoda matka nie mogła liczyć po porodzie na dłuższy czas odpoczynku ani opiekę, ponieważ oczekiwano, że powróci szybko do swoich zadań w gospodarstwie.

Wraz z modernizacją i unowocześnianiem metod produkcji w rolnictwie, można było oczekiwać, że zmniejszy się znaczenie siły fizycznej, a to pozwoli kobietom na wyzwolenie się z ról narzuconych przez różnice biologiczne. Jednak zmiany związane z mechanizacją i usprawnianiem pracy na roli niosły ułatwienia przede wszystkim w wypełnianiu ról zawodowych mężczyznom i bardzo powoli wpływały na zmianę społecznych ról kobiecych. Modernizacja, elektryfikacja wsi i rozwój techniki, związany z udoskonaleniem wyposażenia gospodarstw domowych, powinny były przynieść zmiany i ułatwienia w życiu kobiet wiejskich, jednak nie do końca tak się stało. Wprowadzenie ułatwień w gospodarstwie domowym na wsi zbiegło się w Polsce z rosnącym zjawiskiem dwuzawodowości mężczyzn, których żony musiały przejmować część prac w gospodarstwie, a także z podejmowaniem przez same kobiety pracy zawodowej poza gospodarstwem. Ułatwienia w jednej z dziedzin życia zostały zastąpione innymi obowiązkami. Kobiety, poza odpowiedzialnością za prowadzenie gospodarstwa domowego i opiekę nad jego członkami, dodatkowo zaczęły wypełniać nowe obowiązki, odgrywać nowe role, co sprawiło, że zostały bardzo mocno obciążone (przeciążone) obowiązkami [Tryfan 1968; Wawrzykowska-Wierciochowa 1961; Turowski 1964]. Można jednak było dostrzec zmiany w dotychczasowym modelu rodziny: model tradycyjno-autorytarny nadal był obecny, lecz zdecydowanie rzadziej; zmieniać się zaczął rozkład władzy w rodzinach. W rodzinach robotniczo-chłopskich zaobserwowano wzrost pozycji żony i dzieci. Badania pokazały, że choć matki i żony nie wychodziły poza ustaloną tradycją i kulturą granice, to ich realna pozycja była wyższa – był to skutek dysponowania gospodarczymi i finansowymi środkami gospodarstwa, co dawało im udział w rodzinnym systemie władzy. Nowak podkreśla, że kobiety te obowiązki traktowały jako brzemię, trudno im było bowiem sprostać wymogom nowoczesności [Nowak 2003]. Cięża i poród w okresie powojennym zostały – podobnie jak całe życie społeczne – poddane ogólnym regulacjom, co wynikało z racjonalności realnego socjalizmu. Następowala medykalizacja porodów, przyjmowana na wsi – według świadectwa autorek pamiętników – z radością i poczuciem ulgi. Była to bowiem w ich odczuciu zmiana podejścia do wydarzenia, jakim jest poród. Z niej mieszkanki terenów

wiejskich były zadowolone bardziej niż kobiety miejskie, co mogło wynikać z kontrastu między tym, czego doświadczały w przeszłości i w okresie powojennym. Obecnie jednak trudno uznać, że opisana zmiana podejścia do sposobu traktowania ciężarnych i rewolucja związana z porodami dotyczy w podobnym stopniu kobiet mieszkających w mieście i mieszkających na wsi. Mimo szerszej oferty, możliwości wyboru miejsca, sposobu, decyzji o sposobie, w jaki będzie się przeżywać to ważne wydarzenie, kobiety wiejskie mają mniejsze możliwości korzystania z tych, z trudem wywalczonych, przywilejów i zmian.

Wskazane w tekście czynniki, takie jak: ograniczona możliwość korzystania z dokonującej się rewolucji w podejściu do przeżycia, jakim jest poród, brak wsparcia instytucjonalnego i infrastrukturalnego, dzięki któremu kobiety uzyskiwałyby pomoc w godzeniu obowiązków macierzyńskich z innymi, jakich się podejmują, wolne tempo przemian kulturowych, które pozwoliłyby na przejęcie części kobiecych obowiązków przez mężczyzn, mogą być czynnikami, które wpływają na opisywany spadek dzietności kobiet wiejskich. Brak jest systemowego podejścia, które pozwoliłoby kobietom w poczuciu bezpieczeństwa decydować się na podejmowanie obowiązków macierzyńskich, a kobiety wiejskie doświadczają, jak się wydaje, braku pewności w jeszcze większym stopniu niż mieszkanki miast. Wydaje się, że ten istotny, lecz słabo zbadany problem zasługuje na szeroko zakrojone badania empiryczne.

BIBLIOGRAFIA

- Badinter E., 1998: *Historia miłości macierzyńskiej*. Oficyna Wydawnicza Volumen, Warszawa.
- Boguszewski R., 2013: Rodzina – jej współczesne znaczenie i rozumienie. [w:] *Rodzina i jej przemiany*, M. Grabowska (red.). Opinie i Diagnozy CBOS nr 26, Warszawa.
- Boguszewski R., 2014: Religijność. [w:] *Polska wieś: przemiany, trendy, stereotypy*, N. Hipsz (red.). Opinie i Diagnozy nr 30 CBOS, Warszawa.
- Budrowska B., 2000: *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Monografia FNP, Warszawa.
- Curzytek J., 1935: *Organizacja pracy w gospodarstwach włościańskich. Na podstawie materiałów rachunkowych 5 gospodarstw z województw południowych*. Warszawa.
- CBOS, 2013: *Więć Polska, Postawy, Styl życia*, BS/117/2013, Warszawa.
- Fijałkowski W., 1998: *Dar rodzenia*. PAX, Poznań.
- Fuszara M., 2003: *Sołtycki w Polsce*. www.feminoteka.pl/downloads/sołtycki_w_polsce.pdf (dostęp: 19.12.2014).
- Gałąj D., 1986: *Być matką*. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.
- Gennep A., 2004: *Obrzędy przejścia, Systematyczne studium ceremonii*. PIW, Warszawa.
- Grabowska M. (red.), 2013: *Rodzina i jej przemiany*. Opinie i Diagnozy CBOS nr 26, Warszawa.
- Graff A., 2014: *Matka feministka*. Wydawnictwo Krytyka Polityczna, Warszawa.
- Hipsz N. (red.), 2014: *Polska wieś: przemiany, trendy, stereotypy*. Opinie i Diagnozy nr 30, CBOS, Warszawa.
- Jagiello-Lysiowa E. (red.) 1975: *Rola przeorana, dom piękny*. Wydawnictwo Książka i Wiedza Warszawa.
- Jaguś I., 2005: Od wielodzietności do bezdzietności. [w:] *Dylematy Współczesnych Rodzin. Rocznik Socjologii UAM*, Poznań. https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/4207/1/08_Inga_Jagus_Od%20wielodzietnosci%20do%20bezdzietnosci_127-139.pdf (dostęp on-line: 11.01.2015)

- Jakubczak F. (red.), 1975: *Być w środku życia*. Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa.
- Jóźwiak J., Kotowska I.E., 2010: *Przewidywane zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce do 2035 r. i ich skutki ekonomiczne*. Narodowa Rada Rozwoju. http://pub.katalogsamorzadowy.home.pl/pub/tom%201%20v%2010_10.pdf (dostęp: 10.01.2015).
- Kitzinger Sh., 2000: *Rok po urodzeniu dziecka*. Prószyński i spółka, Warszawa.
- Knapik W., 2008: *Kobieta w wiejskiej społeczności lokalnej*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Kotlarska-Michalska A., 2011: Społeczne role kobiet. *Edukacja Humanistyczna* nr 1 (24), Szczecin.
- Krzyszkowski J. (red.), 2008: *Diagnoza sytuacji społeczno-zawodowej kobiet wiejskich w Polsce*. Warszawa.
- Kwiatkiewicz M. i in., 2011: Szkoła rodzenia, profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. [w:] *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 17, wersja PDF, (dostęp on-line: 20.12. 2014).
- Maciarz A., 2004: *Macierzyństwo w kontekście zmian społecznych*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.
- Niezrealizowany potencjał dzietności polskich rodzin*, A. Klaja (red.), 2013: Fundacja Dzieło Nowego Tysiąclecia http://www.dzielopl.home.pl/sadzielo/RAPORT_Niezrealizowany_potencjal_dzietnosci_polskich_rodzin.pdf (dostęp: 10.02.2015).
- Nowak W., 2003: Układ władzy w rodzinach wiejskich w latach osiemdziesiątych. Blaski i cienie życia rodzinnego. *Roczniki Socjologii Rodziny XV* UAM, Poznań.
- Odent M., 2009: *Odrodzone Narodziny, Jak powinny rodzić się dzieci?* Dom Wydawniczy Bela Med, Warszawa.
- Omyła-Rudzka M., 2013: Postawy prokreacyjne kobiet. [w:] *Kobieta w rodzinie, w pracy, w przestrzeni publicznej*, M. Grabowska (red.). Opinie i diagnozy nr 25, CBOS, Warszawa.
- Otfinowska A., 2006: Poród to nie choroba. *Gazeta Wyborcza*, dodatek specjalny; 26–28.02.2006, wersja elektroniczna: <http://bi.gazeta.pl/im/7/9470/m9470367,RODZICPOLUDZKU2006DO-DATEK.pdf>
- Piątkowski W., 2008: *Medycyna niekonwencjonalna w Polsce*. UMCS, Lublin.
- Podogrodzka M., 2011: Zachowania prokreacyjne ludności na obszarach miejskich i wiejskich w Polsce w latach 1990–2009. *Więś i Rolnictwo* nr 2, IRWiR PAN, Warszawa.
- Podogrodzka M., 2012: Zmiany zachowań matrymonialnych na obszarach miejskich i wiejskich w Polsce w latach 1990–2009. *Więś i Rolnictwo* nr 2, IRWiR PAN, Warszawa.
- Podstawowe dane demograficzne o dzieciach w Polsce*, 2014: Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy GUS, komunikat na konferencję prasową w dniu 30 maja 2014, Warszawa.
- Raport o stanie edukacji*, 2010. <http://eduentuzjasci.pl/component/content/article/126-informacje/arttykul/233-raport-o-stanie-edukacji-2010.html?showall=&start=4> (dostęp 12.01.2015).
- Raport o stanie wsi. Polska wieś 2014*, 2014: FDPA.
- Raport o roli kobiet w rodzinie*. CBOS, marzec 2013, www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_030_13.PDF (dostęp: 12.01.2015).
- Rosner A., Stanny M., 2014: *Monitoring rozwoju obszarów wiejskich. Etap I. Przestrzenne zróżnicowanie poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego obszarów wiejskich w 2010 roku*. Fundacja Europejski Fundusz Rozwoju Wsi Polskiej, IRWiR PAN, Warszawa.
- Rudnicka B., Pietrzak Z., Krasomski G., 2011: Wpływ czynników socjologicznych i demograficznych na wybór porodu rodzinnego lub tradycyjnego. [w:] *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, t. 4, zeszyt 2, s. 96–100; http://www.ptmp.com.pl/png/png4z2_2011/PNG42-6-Rudnicka.pdf, dostęp on-line: 20.12.2014).
- Siekierski S., 1992: *Etos chłopski w świetle pamiątek*. Zakład Wydawniczy „Galicja” Fundacji Artystycznej ZMW, Kraków.
- Sikora M., 2009: *Nowy ojciec, nowa matka, nowe dziecko*. Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
- Sikorska M. (red.), 2012: *Raport AXA. Ciemna strona macierzyństwa*. O niepokojach współczesnych matek. Warszawa.
- Styre M., 2014: Różnicowanie percepcji przeszkód decyzji o dziecku według klasy wielkości miejscowości zamieszkania. [w:] I.E. Kotowska, *Niska dzietność w Polsce w percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013*, Raport Tematyczny. Warszawa.

- Sytuacja kobiet w rolnictwie i na obszarach wiejskich*, 2012: Konsorcjum badawcze firm FOCUS GROUP Albert Terelak i Centrum Rozwoju Społeczno-Gospodarczego Sp. z o.o. na zlecenie Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Warszawa.
- Szlendak T., 2011: *Socjologia rodziny*, PWN, Warszawa.
- Szpak E., 2013: *Mentalność ludności wiejskiej w PRL. Studium zmian*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Tryfan B., 1968: *Pozycja społeczna kobiety wiejskiej*. Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa.
- Tryfan B. (red.), 1975: *Czyste wody moich uczuć*. Książka i Wiedza, Warszawa.
- Turowski J., 1964: Przemiany rodziny wiejskiej w Polsce pod względem ośrodka przemysłowego. *Studia Socjologiczne* nr 2.
- Wawrzykowska-Wierciochowa D., 1961: *Z dziejów kobiety wiejskiej. Szkice historyczne 1861–1945*. Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa.

PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN RURAL AREAS – CHANGING EXPERIENCES AND ROLE OF WOMEN IN RURAL AREAS

Abstract: In this article the authors analyse factors, which influence the fertility of women in Poland with special focus on the quality of the birth experience, a factor rarely examined. Based on various sources, including memories and literature, the authors reconstruct the experiences of the past, and also using results of pilot studies for the current situation. They try also verify if rural women are part of a visible change, which is possible to observe in obstetrics in Poland today.

Key words: rural women, motherhood, birth