

Urszula Domańska*

O tożsamości i punktach zwrotnych w życiu kobiet, które wybrały dom na miejsce narodzin dziecka

About the Identity and Turning Points in the Lives of Women who Chose Home as Their Birthplace

Abstract: The subject of the analysis is women's identity and the turning points that have a determining influence on their decision to choose a house as their birthplace. The analysis of identity and turning points in the lives of mothers who gave birth at home was based on the concepts of Anselm Strauss (sociology, social interactionist theory): identity has an interactive nature, identity undergoes transformation and has its turning points, in identity construction, language and participation in different social worlds play an important role, important in the transformation of identity are status transitions which are accompanied by rituals, the importance of the coaching phenomenon for identity transformation.

The identity of women giving birth was called "nature-oriented and privacy-oriented identity." The transformation of identity is illustrated by women's statements, which come from casual interviews conducted by the author with 18 women who chose home as their birthplace. The analysis shows that this is a group of mothers who have a non-stereotypical perception of the reality of motherhood and consciously shape their identity as mothers, taking control of birth.

Conscious celebration of birth and conscious identity creation by "non-standard mothers" - mothers giving birth at home, confronts us with the question: Have we not lost something important in terms of the development of maternity care and technology?

Keywords: home birth, identity, turning points, motherhood.

* Urszula Domańska (ORCID: 0000-0002-3410-3759) – doktor nauk o zdrowiu, adiunkt, Katedra Komunikacji Medycznej i Humanistyki Medycznej, CM UMK w Bydgoszczy, kontakt: urszuladomanska@cm.umk.pl.

Wstęp

Każda kobieta w ciąży niskiego ryzyka, która spełnia odpowiednie kryteria, według rozporządzenia ministra zdrowia ma prawo wyboru miejsca porodu¹. Kobiety świadomie wybierające dom na miejsce narodzin są interesującą grupą badawczą.

Poród w domu doczekał się wielu analiz na gruncie medycznym (bezpieczeństwo porodu domowego, analiza czynników ryzyka, porównanie parametrów i medycznych interwencji w porodzie domowym i szpitalnym itp.), na gruncie psychologicznym, pedagogicznym i socjologicznym (profile psychospołeczne i demograficzne kobiet rodzących w domu, czynniki środowiskowe wpływające na poród w domu, analiza historii porodowych, kontekst opieki zdrowotnej, medykalizacja opieki położniczej itp.)². Brakuje natomiast opracowań podejmujących problem tożsamości w kontekście problematyki narodzin pozaszpitalnych.

Celem artykułu jest uzyskanie odpowiedzi na pytania, w jaki sposób kształtuje się tożsamość matek rodzących w domu i jakie punkty zwrotne mają decydujący wpływ na podjęcie przez nie decyzji o wyborze domu na miejsce narodzin dziecka. Należy też prześledzić, jak w tej sytuacji wygląda społeczny i osobisty proces stawiania się matką.

- 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 16.08.2018, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11.09.2018, poz. 1756, s. 9, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756>, dostęp: 04.06.2023.
- 2 P. Brocklehurst, *Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Health Women with Low Risk Pregnancies: The Birthplace in England National Prospective Cohort Study*, „British Medical Journal”, 343 (2011), DOI: 10.1136/bmj.d7400; O. Olsen, J. A. Clausen, *Planned Hospital Birth Compared with Planned Home Birth for Pregnant Women at Low Risk of Complications*, „Cochrane Database Syst. Rev.”, 3 (2023), DOI: 10.1002/14651858.CD000352; H. Lindgren, K. Erlandsson, *Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population – Based Study*, „Birth”, 37 (2010) s. 307–319; S. Kitzinger, *Rodzić w domu*, tł. E. Nitecka, Warszawa 1995; E. Janiuk, E. Lichtenberg-Kokoszko, *Domowe narodziny. Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności?*, Kraków 2010; I. Chołuj, *Poród w domu*, Warszawa 1992; też, *Urodzić razem i naturalnie*, Mszczonów 2008; *Dlaczego rodzić w domu?*, red. M. Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska, Lublin 2011.

W literaturze przedmiotu punkty zwrotne często są przedstawiane jako przyczyny wyboru porodu w domu³. Traktuje się je jako rezultat oddziaływania zewnętrznych czynników lub zdarzeń, a także jako jednorazowy akt i jako wartość statystyczną. Te analizy warto poszerzyć o rozważenie wewnętrznych przemian, które zachodzą w tożsamości kobiety pod wpływem działania i ocen ze strony innych, oraz na skutek dokonywania samooceny zdarzeń, sytuacji, doświadczeń i siebie. Warto także zogniskować uwagę na negocjacjach, prowadzonych przez kobietę na zewnątrz z innymi w czasie interakcji społecznych, i wewnątrz z samą sobą. Punkty zwrotne prowadzą do transformacji tożsamości kobiet zarówno osobowej, jak i społecznej.

Interesującą perspektywę dla celu analizy tożsamości i punktów zwrotnych w życiu kobiety-matki dostarcza koncepcja tożsamości Anselma Straussa⁴, która rozwinęła się w ramach nurtu interakcjonizmu symbolicznego w socjologii⁵.

Wstępną analizę tożsamości i punktów zwrotnych w życiu matek rodzących w domu oparłam, ze względu na ograniczoną objętość artykułu, na kilku kluczowych założeniach wyodrębnionych przez Straussa, czyli że: tożsamość ma charakter interakcyjny i podlega negocjacjom, tożsamość ulega transformacji i ma swoje punkty zwrotne, w budowaniu tożsamości znaczenie ma język i uczestnictwo w różnych światach społecznych, istotne w przemianie tożsamości są przejścia statusowe, którym towarzyszą rytuały, znaczenie dla transformacji tożsamości ma zjawisko coachingu⁶.

Wraz z ciążą i narodzinami dziecka tożsamość każdej kobiety ulega przeobrażeniom. Te dwa znaczące punkty zwrotne – poczęcie i narodziny – z jednej strony stanowią przewidywalne wydarzenia w życiu kobiet, dlatego są one otoczone społeczną uwagą i troską. Z drugiej strony bywają jednak zaskoczeniem dla samej kobiety w jej osobistym doświadczeniu życiowym.

Z analizą zmian tożsamości kobiet-matek często spotykamy się na gruncie psychologii, socjologii i pedagogiki, które w badaniach korzystają z własnych

- 3 Y. Hauck i in., *Woman`s Reasons and Perceptions Around Planning a Homebirth with a Registered Midwife in Western Australia*, „Women Birth”, 33 (2020) s. 39–47, DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.017.
- 4 A. Strauss, *Zwierciadła i maski. W poszukiwaniu tożsamości*, tł. A. Hałas, Kraków 2013.
- 5 K. T. Konecki, *Anselm L. Strauss – pragmatyczne korzenie, pragmatyczne konsekwencje*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 11 (2015) nr 1, s. 12–39.
- 6 A. Strauss, *Zwierciadła i maski*, s. 99–107.

koncepcji i metodologii⁷. Wyniki badań i analiza obszaru badawczego wzajemnie się uzupełniają i dopełniają. Chciałabym tutaj zwrócić uwagę jedynie na określone wątki, które mogą być użyteczne w interpretacji procesu kształtowania się tożsamości kobiet rodzących w domu.

Okres ciąży i czas tuż po narodzinach dziecka często jest rozważany w psychologii w kategoriach „wstrząsu psychicznego”, którego rezultatem jest ukształtowanie się „tożsamości macierzyńskiej”⁸. Kobieta odkrywa, że dzieli się ciałem, życiem, czasem. Macierzyństwo stanowi dla kobiety punkt zwrotny w pojmowaniu, interpretowaniu i przedstawianiu siebie⁹. Uznaje się, że jest to moment, w którym traci ona swoją niezależność i który zapoczątkowuje nieodwracalny układ matka-dziecko¹⁰. Następuje zmiana roli społecznej i statusu społecznego (zmiana tożsamości społecznej): „Stałam się matką”, oraz zmiana w percepcji samej siebie (zmiana tożsamości osobistej): „Trudno to wytłumaczyć, po prostu czuję, że zmieniałam się”¹¹. Urodzenie dziecka „jest to wydarzenie o charakterze biopsychospołecznym, które wymaga poznawczego, emocjonalnego i społecznego przededefiniowania i przestrukturyzowania zdarzeń zewnętrznych, jak i wewnętrznych z nim związanych”¹².

Przemiana tożsamości może prowadzić, w przypadku urodzenia pierwszego dziecka, do procesu żałoby, czyli do przepracowania utraconej własnej

- 7 E. Dryll, *Doświadczenia życiowe a narracja tożsamościowa osoby*, „Psychologia Rozwojowa”, 13 (2008) nr 1, s. 59–67; E. Krause, *Współczesna kobieta w kontekście macierzyństwa i roli matki*, „Wychowanie w Rodzinie”, 22 (2020) nr 1, s. 31–56, DOI: 10.34616/wwr.2020.1.031.056; K. Koronkiewicz, *Kształtowanie tożsamości matek u kobiet doświadczających nieplanowanego macierzyństwa*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, 5 (2014) nr 1, s. 95–118; M. Maciąg-Budkowska, T. Rzepa, *Jaka jest „idealna matka”? Rozumienie roli matki przez współczesne kobiety*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, 30 (2017) nr 3, s. 93–107, DOI: 10.17951/j.2017.30.3.93; K. Ostrowska, *Współczesna kobieta-matka w percepcji społecznej. Aspekty socjologiczne i pedagogiczne*, „Społeczeństwo. Edukacja. Język”, 18 (2023) nr 20, s. 295–314, DOI: 10.19251/sej/2023.18(20).
- 8 M. B. Perun, *Maternal identity of women*, „Journal of Education Culture and Society”, 4 (2020) nr 1, s. 95–105, DOI: 10.15503/jecs20131.95.105.
- 9 B. Budrowska, *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wrocław 2000, s. 279–284.
- 10 Tamże, s. 280.
- 11 Tamże, s. 201.
- 12 Tamże, s. 284.

tożsamości¹³. Kobiety wchodzą w macierzyństwo z pewną ukształtowaną tożsamością, która stopniowo będzie integrowała się z nową. Stan równowagi między tymi dwoma rodzajami tożsamości zależy od indywidualnych cech kobiety. Kryzys tożsamości kończy się w momencie, w którym kobieta-matka zaczyna na nowo „czuć się w zgodzie z samą sobą”¹⁴. Problematyka „tożsamości macierzyńskiej” pojawia się także w literaturze feministycznej¹⁵. Na polskim gruncie analizę taką odnajdziemy w książce Bogusławy Budrowskiej, wnikliwie przedstawiającej z różnej perspektywy przełomowy charakter macierzyństwa i redefinicję tożsamości kobiety-matki¹⁶.

Założenia metodologiczne

Do gromadzenia wątków autobiograficznych w badanej grupie wykorzystano wywiad swobodny ukierunkowany. Jest to rozmowa z respondentem na podstawie kilku ogólnych otwartych pytań. Badacz jest gotowy (otwarty) na przyjęcie pojawiających się ze strony badanego nowych informacji i stawia pytania, umożliwiające pogłębienie danego wątku wypowiedzi. Język wywiadu ma cechy języka potocznego¹⁷. Do analizy zebranego materiału wykorzystano metodę biograficzną opartą na założeniach teorii ugruntowanej Anselma Straussa i Barneya Glasera¹⁸: „Metoda teorii ugruntowanej jest strategią badawczo-analityczną, która koncentruje się na generowaniu pojęć, hipotez i teorii z danych empirycznych. [...] Dane są kodowane i konceptualne aspekty danych opracowywane podczas samej analizy, aż do osiągnięcia nasycenia kategorii”¹⁹. Raport z badań zawiera nie tylko interpretację badacza, ale także obszernie

- 13 D. Breen, *The Birth of a First Child. Towards an Understanding of Femininity*, London 1975, s. 9, cyt. za: B. Budrowska, *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, s. 284.
- 14 M. B. Perun, *Maternal Identity of Women*, s. 97.
- 15 E. Badinter, *Konflikt. Kobieta i matka*, tł. J. Jedliński, Warszawa 2013.
- 16 B. Budrowska, *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, s. 223–257.
- 17 K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000, s. 169.
- 18 K. Charmaz, *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, tł. B. Komorowska, red. wyd. pol. K. Konecki, Warszawa 2009.
- 19 K. Konecki, *Wizualna teoria ugruntowana. Podstawowe zasady i procedury*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 8 (2012) nr 1, s. 13, DOI: 0.18778/1733-8069.8.1.02.

fragmenty wypowiedzi osób badanych, by ukazać, w jaki sposób: „postrzegają i w jaki sposób mówią o obiektach lub zdarzeniach, zamiast opisywać fenomen zgodnie z góry ustalonym systemem kategoryjnym, konceptualnym i kryteriami naukowymi. To wymaga wzięcia w nawias naszych wstępnych założeń i pozwolenie, aby zjawiska mówiły za siebie”²⁰.

Wywiad swobodny pozwolił ukazać poród w domu w narracji kobiety. Dane zebrane podczas wywiadu umożliwiły przedstawienie kształtowania się tożsamości matek wybierających poród w domu. Zgromadzony materiał obejmuje przyczyny wyboru domu na miejsce narodzin dziecka, punkty zwrotne w podejmowaniu decyzji, przebieg porodu w konkretnym doświadczeniu – fakty i oceny oraz ujawnienie związanych z nim emocji. Wypowiedzi kobiet były nagrywane, a po transkrypcji podlegały następnie analizie ze względu na typ tekstu, wątki tematyczne i słowa kluczowe. Są cytowane w artykule dosłownie, by w jak najlepszy sposób odzwierciedlić sposób narracji.

Charakterystyka grupy badanej

Grupę badaną stanowiło 18 kobiet, które zaplanowały i urodziły swoje dziecko/dzieci w domu w obecności położnych domowych lub/i lekarza ginekologa-położnika. Badanie to jest częścią szerszej zakrojonych badań²¹. Kryterium doboru badanej grupy matek określała decyzja zaplanowania i odbycia przynajmniej jednego porodu w domu. W badaniach zastosowano nielosowy system doboru próby. Wykorzystano próbę dostępną. Zastosowano dodatkowo dobór kuli śniegowej (kontakt z matkami poprzez położne domowe, a następnie poprzez matki, z którymi przeprowadzono wcześniej badania).

20 J. Pietkiewicz, J. Smith, *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*, „Czasopismo Psychologiczne”, 18 (2012) nr 2, s. 362.

21 U. Domańska, „Poród w domu w dobie medykalizacji opieki położniczej”, niepublikowana praca doktorska, Wydział Nauk o Zdrowiu, CM UMK, Bydgoszcz 2014. Grupę badaną stanowiły 72 kobiety, które zaplanowały poród w domu. Grupę porównawczą – 63 kobiety, które zaplanowały poród w szpitalu. Badanie przeprowadzono w latach 2011–2013 na podstawie ankiet, wywiadu swobodnego, testu dyspozycyjnego optymizmu LOT-R, kwestionariusza strategii radzenia sobie z bólem CSQ, testu poczucia własnej skuteczności GSES.

Jeśli chodzi o strukturę wieku, najwięcej kobiet znalazło się w grupie wiekowej 31–35 lat (siedem), następnie 36–40 (pięć), w wieku 26–30 (cztery), powyżej 40 roku życia (dwie), w przedziale wiekowym 20–25 lat nie znalazła się żadna respondentka. Wszystkie badane kobiety miały wykształcenie wyższe. Siedemnaście kobiet mieszkało w mieście, jedna na wsi. W grupie badanej znalazło się szesnaście mężatek i dwie panny. Liczbę posiadanych dzieci, w tym liczbę dzieci urodzonych w domu, ilustruje zamieszczona poniżej tabela.

Tabela 1. Liczba posiadanych dzieci, w tym liczba dzieci urodzonych w domu

Liczba dzieci	Liczba dzieci urodzonych w domu	Liczba kobiet
1	1	3
2	1	7
2	2	3
4	2	2
5	1	1
7	4	1
8	5	1
Suma		18

Analiza wyników i wnioski z badań

Interakcyjny i negocjowalny wymiar tożsamości kobiet rodzących w domu

W ujęciu Straussa tożsamość rozumiana jest jako proces, który dokonuje się pod wpływem interakcji społecznych, w relacjach z innymi. Jest wzorowana na społecznym doświadczeniu oraz społecznej interpretacji i ocenie²². „Wskazuje, kim jestem w moich własnych oczach i w oczach innych uczestników interakcji, dokładniej – kim jestem i gdzie się znajduję według społecznych określeń”²³.

²² A. Strauss, *Zwierciadła i maski*, s. 92.

²³ E. Hałas, *W poszukiwaniu tożsamości. Wprowadzenie*, w: A. Strauss, *Zwierciadła i maski*, s. 24.

Tożsamość jest nam potrzebna, żeby uczestniczyć w relacjach z innymi, jest ona więc warunkiem interakcji. Jest ona także jej rezultatem – nasza tożsamość zmienia się przez innych lub dzięki nim²⁴.

Przebieg transformacji tożsamości kobiety, który rozpoczyna się wraz z poczęciem się dziecka, uzależniony jest od wielu czynników: od jej stosunku do macierzyństwa w ogóle, do siebie jako potencjalnej matki, od gotowości na przyjęcie dziecka w danym momencie życia, od możliwości kontrolowania przebiegu macierzyństwa – w tym od możliwości kontroli nad przebiegiem porodu – oraz od przebiegu interakcji ze środowiskiem społecznym i od postrzegania roli matki w społeczeństwie itp.

Istotną wartością dla kobiet wybierających dom na miejsce narodzin jest możliwość podtrzymania kontroli nad swoim doświadczeniem rodzącego się macierzyństwa, co można by zamknąć w stwierdzeniu: „Wiem, że staję się kimś innym (matką), ale niech to się stanie na moich warunkach”.

W analizie wypowiedzi kobiet można dostrzec ich skupienie się na czynności przejęcia kontroli nad przygotowaniem się do porodu w różnych wymiarach: psychicznym, fizycznym i organizacyjnym. Oznacza to przede wszystkim poszukiwanie rozwiązań, które są zgodne z ich tożsamością. Tę charakterystyczną tożsamość, którą łatwo można odnaleźć w ich narracjach, nazwę, na potrzeby artykułu, „tożsamością zorientowaną na naturę i prywatność”.

Wydaje się, że kobiety te podejmują próby takiego wejścia w rolę matki, który umożliwi im „pozostanie sobą” – poród w zgodzie z naturą i w intymności. Przejęcie kontroli prowadzi więc do skrupulatnego zapoznania się z wiedzą o fizjologii ciąży i porodu, poszukiwanie coucha – położnej domowej, która przeprowadzi kobietę przez doświadczenie narodzin, przygotowanie miejsca do porodu i czujną gotowość do zmiany planów w razie konieczności.

Kobieta negocjuje swoją nową tożsamość – tożsamość matki – sama ze sobą, stając wobec wyzwań i pytań, biorąc pod uwagę własne potrzeby i potrzeby swojego dziecka, podejmując kolejne decyzje. Negocjuje sama z sobą, którą część „społecznej roli matki” zaakceptuje jako własną, a którą odrzuci²⁵. Negocjuje ją z innymi: poprzez decyzje związane z ujawnianiem informacji o tym, że

24 Tamże, s. 23.

25 E. Krause, *Współczesna kobieta*, s. 31–56.

urodzi w domu (czy w ogóle ujawni, komu, i ile?), z współmałżonkiem/partnerem, przygotowując go do wspólnego porodu w domu. systemem opieki położniczej, w kontaktach z położnymi i lekarzami (wizyty u ginekologa, spotkania z położnymi i położnymi domowymi). W wewnętrznym dialogu z sobą negocjuje z dostępnymi opcjami porodowymi (szpital, dom narodzin, dom).

Negocjacje te mają zatem charakter rzeczywistych rozmów i formę realnych spotkań, mają też charakter wewnętrznej pracy wykonanej z samą sobą. Zawsze jednak są zmierzaniem się ze społecznymi normami, reakcjami i oczekiwaniami społecznymi i z określoną powszechnie, uznaną za właściwą, „społeczną rolą matki”. Kobieta w ocenie społecznej czasami zyskuje społeczną tożsamość „matki nieodpowiedzialnej, takiej matki, która naraża życie dziecka” i musi się dodatkowo zmierzyć z tą jaźnią odzwierciedloną.

Terminem przydatnym w przeprowadzanej analizie jest pojęcie „terytorialnej integracji matki z dzieckiem” (bycie z dzieckiem), która zdaniem Marii Perun jest zjawiskiem korzystnym i zachodzi po porodzie, kiedy kobieta znajduje się w pewnej przestrzennej i psychologicznej izolacji od otoczenia, kształtując swoje całkowicie osobiste doświadczenie macierzyństwa w relacji z dzieckiem²⁶.

Dom jest dla kobiet decydujących się na narodziny domowe miejscem, w którym czują się bezpiecznie, staje się przestrzenią zamkniętą dla obcych, własnym terytorium, na które zapraszają wybrane osoby (np. położną domową), naturalnym i oczywistym miejscem na narodziny dziecka: poród w domu, gdzie matka od początku porodu znajduje się z dala od standaryzowanych działań, wydaje się z tej perspektywy właściwym miejscem integracji z dzieckiem i „własnym macierzyństwem”, co ułatwia wejście w rolę matki „po swojemu” i „bez przeszkód”. Wyrażają to zamieszczone poniżej wypowiedzi kobiet:

Zawsze chciałam rodzić w domu, uważam, że to najlepsze rozwiązanie dla matki i dziecka –

(matka dwojga dzieci, drugie urodzone w domu).

Co przemówiło do mnie, jeśli chodzi o poród w domu? Bezpieczeństwo, bezpiecznie, bo blisko szpitala [...], bezpiecznie, bo w mieszkaniu są specyficzne warunki. Nikt tu nie ingeruje. Dzieciátko, jak przychodzi, nie jest

od razu wazone, mierzone, nie wiadomo co tam z nim robią, tu wszystko przebiega naprawdę w sposób naturalny i bez ingerencji. Poczucie bezpieczeństwa. Miałam takie wrażenie, że tu – w domu – będę się czuła bezpiecznie – (matka pięciorga dzieci, troje urodzonych w domu).

Kobieta sama musi do tego dojrzeć, musi jasno to widzieć. Ten dom musi być dla niej środowiskiem bezpiecznym [...] Narodziny w domu to wydarzenie bardzo pozytywne, niestresujące, radosne, integrujące całą rodzinę, euforyczne, szczęśliwe. No, takie właśnie – (matka sześciorga dzieci, dwoje urodzonych w szpitalu, czworo w domu).

Wiedziałam, że to jest coś dla mnie (poród w domu) jeszcze zanim zaszłam w ciążę. Jeszcze zanim miałam dziecko to wiedziałam, że to nie będzie dziecko urodzone w szpitalu. Urodzę w domu, bo to jest naturalne dla mnie – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Wyobrażałam sobie, że dom jest najlepszym z możliwych miejsc na urodzenie mojego dziecka. Zarówno dla mnie, jak i dla dziecka. [...] Przede wszystkim chodziło mi o to, żeby urodziło się ono w najlepszych dla niego warunkach. Poród z mężem traktujemy jako wydarzenie rodzinne, które ma wymiar nie tylko fizyczny, ale też narodziny duchowe – (matka jednego dziecka urodzonego w domu)

Transformacja tożsamości kobiet rodzących w domu i jej punkty zwrotne w ich życiu

W drodze do osiągnięcia statusu „matki” i „matki, która urodziła w domu”, tożsamość kobiety ulega zmianom. Dla większości kobiet rodzących planowo w domu wydarzenie to jest konsekwencją „tożsamości zorientowanej na naturę i intymność”, ale na podjęcie nowych ocen i nowego działania w odniesieniu do narodzin i roli matki wpływają też tzw. krytyczne incydenty. Są to chwile, w których doświadczają one albo „poczucia niedopasowania”, np. traumatyczny poród w szpitalu, albo potrzebę „wypróbowania nowej jaźni, eksploracji oraz uprawomocnienia nowych, nieraz ekscytujących lub budzących lęk koncepcji”, np. spotkanie innej matki, która urodziła w domu²⁷.

27 A. Strauss, *Zwierciadła i maski*, s. 86.

Strauss momenty, które prowadzą do rozwoju lub regresji, nazywa punktami zwrotnymi. Są to te sytuacje, kiedy kobieta dokonuje bilansu zysków i strat oraz ma szansę ujrzeć swoją tożsamość w nowym świetle. W tej sytuacji może na nowo nazwać to, co się wydarzy i ocenić na nowo.

W opracowaniu zostały wyróżnione, zgodnie z koncepcją Straussa, punkty negatywne i pozytywne. Punkty zwrotne negatywne w doświadczeniu kobiet rodzących planowo w domu to momenty, w których odkrywają one, że proponowane i uznane społecznie rozwiązanie, jakim jest poród w szpitalu, jest w ich przypadku nie do przyjęcia (w przypadku fizjologicznej ciąży i fizjologicznego porodu), jest czymś, co budzi wewnętrzny sprzeciw i zagraża spójności tożsamości.

Punktem zwrotnym jest odkrycie przez kobietę, że ma inny niż standardowo przyjęty pomysł na urodzenie dziecka. Kobieta ma wrażenie niedopasowania do ogólnie przyjętego rozwiązania, jakim jest poród w szpitalu: w zetknięciu z instytucją przed porodem lub w trakcie pojawia się element „zaskoczenia, szoku, rozczarowania, niepokoju, napięcia, konsternacji, zwątpienia”²⁸.

Do punktów krytycznych zaliczymy te, w których kobiety zetknęły się z budzącymi ich niepokój standardami opieki położniczej i organizacją pracy szpitala przed narodzinami, kiedy w swoich wypowiedziach wyjaśniały:

Trafiłam do szpitala, inaczej się nie dało. Ale nie widzę tego kompletnie, dlaczego miałabym od razu z porodem fizjologicznym lądować w szpitalu. Jeszcze na szkole rodzenia, jak zobaczyłam to łóżko, na którym się rodzi, to ja powiedziałam – W życiu mnie na tym nie posadzą! – [...] Ono było skierowane krocem w stronę drzwi, intymności zero, wszędzie jarzeniówki. [...] – I co, ja mam rodzić w świetle jarzeniówek w szpitalu? Nie! Nigdy w życiu! – (matka jednego dziecka planująca poród w domu, transfer do szpitala w II fazie porodu).

Te wizyty w szpitalu jeszcze bardziej utwierdziły mnie w przekonaniu, że ja nie chcę rodzić w szpitalu, to po prostu nie jest dla mnie miejsce do rodzenia. Mnie przerażała ta procedura, że muszę przyjechać do szpitala, tam muszą mnie najpierw zarejestrować, potem gdzieś na jakieś piętro. Ja sobie myślałam, że jak będę miała te skurcze to one mi od razu przejdą, jak będę

28 Tamże, s. 86.

musiała się wkręcić w tą maszynkę całą. Jeśli tylko będę mogła, to chcę urodzić w domu – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Miałam złe doświadczenia z przedciążowych pobytów w szpitalu – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Inne punkty krytyczne związane są z lękotwórczymi opowieściami porodowymi:

Większość historii, jakie słyszałam o porodach w szpitalu kończy się bardzo nieprzyjemnie, to są bardzo nieprzyjemne historie, to są bardzo nieprzyjemne wspomnienia – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Jeszcze inne pojawiają się w momencie własnego traumatycznego porodu w szpitalu – nie z powodu problemów medycznych, lecz w wyniku zakwestionowania prawa kobiety do decydowania o sobie i utraty poczucia sprawstwa. Poniżej zamieszczony jest opis porodu, w którym kobieta z powodu poczucia utraty godności wycofała się w czasie akcji porodowej z pozycji podmiotu zdolnego do działania, czemu dała wyraz np. w takiej wypowiedzi:

Powiedziałam położnej przy przyjęciu, że cierpię na zespół jelita drażliwego i prosiłam żeby nie robili mi lewatywy. [...] I kobieta mówi: Nie, to jest standard, my robimy to wszystkim. Podała mi tą lewatywę. Miałam takie skurcze, że nie mogłam iść się wypróżnić do toalety. Tylko robiłam pod siebie. Dla mnie to było tak upokarzające, tak odebrało mi człowieczeństwo, godność. Po prostu się wstydziłam, najzwyczajniej w świecie był to ogromny wstyd i zażenowanie. [...] W każdym razie siedziałam na podłodze oparta o krepidło bez ruchu, bez drgnięcia, bez kontaktu. No i zaczęły się bóle parcie. Zapytałam się, czy mogę tu zostać, czy mogłaby coś rozłożyć i w pozycji kucznej urodzić. Położna stwierdziła, że nie będzie dziecka zbierać z podłogi. Więc kazała mi wejść na łóżko. Wylądowałam na łóżku, nie miałam już siły przeć, nie miałam siły już na nic. Mąż stał za mną i po prostu za mnie parł. A ja się czułam, jakbym umarła. Stałam sobie gdzieś tam obok i w ogóle mnie nie było w tym całym zamieszaniu. To było straszne. [...] Powiedziałam sobie wtedy, że już nigdy nie chcę mieć dziecka [...] Ale się jakoś tak złożyło, że zaszłam w ciążę z dru-

gim. I powiedziałam, że choćbym miała na ulicy urodzić, to do szpitala nie pójdę – (matka dwojga dzieci, jedno urodzone w szpitalu, drugie w domu).

I drugi przekaz:

Przy pierwszym porodzie [w szpitalu – przypis autora] czułam się, jakby mi ktoś zabrał moją kobiecość. Nikt mi nie dał takiego poczucia, że jestem matką, że wiem, co jest dobre dla tego dziecka [...] Wyszedłam z tego szpitala roztrzęsiona [...] Bo ja po prostu czułam się tak bezsilna. Nikt mi nie pomógł wejść w to macierzyństwo. Nikt mi nie dodał odwagi, że ja się do tego nadaję, że ja wiem, jak to trzeba zrobić – (matka ośmiorga dzieci, troje urodzonych w szpitalu).

Inna kobieta, która myślała o narodzinach pierwszego dziecka w domu, lecz z powodu kosztów nie mogła sobie na to pozwolić, tak opisuje swój punkt zwrotny:

Jak się zaczęła akcja porodowa, one składały mi oparcie, ja chciałam jak najbardziej pójść. Nogi w strzemiona! O nie – mówię – tylko nie to! [...] I potem miałam taki bardzo duży żal do całego świata i [...] sobie obiecywałam, że przy drugim porodzie zrobię wszystko, żeby urodzić w domu – (matka dwojga dzieci, drugie urodzone w domu).

W transformacji tożsamości kobiet, które urodziły w domu, spotykamy także pozytywne punkty zwrotne, które można podsumować w stwierdzeniach: „Jestem matką, która urodziła, jak zaplanowała”, „Zrobiłam to, zrobię wszystko!”, np.:

Jak ja sobie uzmysłowiłam, że ja urodziłam córeczkę sama w domu, że w ogóle do tego doprowadziłam, że ten poród odbył się w domu, to sobie myślę, że to jest coś wielkiego – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Ja po porodzie w domu miałam taką fazę, że ja mówię: Dlaczego ludzie nie chcą mieć dzieci? Jak to możliwe? W takiej euforii niesamowitej byłam – (matka pięciorga dzieci, troje urodzonych w domu).

Mam poczucie, że razem z mężem dokonaliśmy czegoś wielkiego i ważnego bez pomocy instytucji medycznej. Było to zdarzenie wyjątkowe a zarazem wpisane w naszą domową codzienność. Wszystko to jeszcze bardziej zbliżyło nas do siebie. Wzrósł podziw męża dla mnie – mojej siły i niezależności. Ja z kolei jestem mu ogromnie wdzięczna za wsparcie, niezawodność i spokojną ciepłą obecność – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Czułam siłę psychiczną, że mogę wszystko, poczucie większej wartości, sprawczości, to, że mogę tak wpłynąć na moje ciało, to dało mi taką pewność siebie, że mogę też z innymi rzeczami sobie poradzić, wcześniej tak różnie to bywało, raczej więcej obaw miałam, wtedy też sprawiło to, że podjęłam takie różne życiowe nowe doświadczenia – (matka dwojga dzieci urodzonych w domu).

Mój poród był taki, jak chciałam, żeby był. Przede wszystkim był mój, to ja i moje dziecko byłam panią sytuacji (lub raczej moje ciało). Robiłam to, co chciałam, byłam w miejscu, które daje mi poczucie bezpieczeństwa. Byłam wśród ludzi, których sama wybrałam i byli oni tak blisko lub tak daleko, jak tego chciałam. Nikt mi nic nie odbierał – ani porodu, ani potrzeby wyrażania emocji, sposobu radzenia sobie z bólem, ani godności, ani ostatecznie – dziecka – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Interesujące jest to, że żadna z kobiet podczas porodowych opowieści bezpośrednio nie użyła terminu „zmiana tożsamości”, ale wszystkie dostrzegały odmiennność swoich doświadczeń i na nich budowały obraz siebie – tych, które przekroczyły społeczny standard i dokonały tego, o czym marzyły. Te kobiety, doświadczwszy porodowej traumy, planowały kolejny poród poza instytucją szpitala, by stał się on zgodny z ich tożsamością „bliską naturze i intymności”, „niezmedyalizowaną”.

Transformacja tożsamości niezależnie od rodzaju punktu zwrotnego jest rezultatem negocjacji wewnątrz samej kobiety (jaźń subiektywna), z tym co zewnętrzne (jaźń odzwierciedlona): okolicznościami porodu i osobami towarzyszącymi. Standaryzacja opieki położniczej i brak indywidualizacji prowadzi do całej gamy problemów psychicznych, emocjonalnych. Pojawiają się one na styku dwóch tożsamości: „Kim się czuję?” (jaźń subiektywna) oraz „Kim się poczułam? Kim się stałam? Jak mnie potraktowano?” (jaźń odzwierciedlona).

Rola języka w budowaniu tożsamości kobiety, która urodziła w domu

Język jako system symboli organizuje, kształtuje codzienne doświadczenie jednostek, pozwala nazywać i oceniać zachodzące wydarzenia, osoby i samych siebie. W ten sposób kreuje także tożsamość. Język można tu potraktować jako system symboli, który służy kobiecie do określenia: „Kim jest?” a „Kim nie jest?”; „Kim była?” a „Kim będzie?”.

Język pomaga także w oddzieleniu „światów społecznych” – tych, w których chce uczestniczyć, które dzieli z kobietami myślącymi podobnie i tych, które są jej obce, niezrozumiałe i w których uczestniczyć nie chce.

Język związany z narodzinami można generalnie podzielić na dwie kategorie: język medyczny i „naturalny, wynikający z kobiecych potrzeb i intuicji”. Te dwa systemy postrzegają doświadczenie rodzenia zupełnie inaczej i prowadzą do osławiania go na dwa zupełnie różne sposoby.

„Rywalizacja o trofea terminologiczne nie jest tylko kłóceniem się o słówka, słowa bowiem są upoważnieniem do działania. Ważą się ważne ludzkie interesy”²⁹. Język medyczny, w którym potomek kobiety nazwany jest zarodkiem, płodem, ona sama pierworódką, wieloródką, pacjentką, a moment pojawienia się dziecka na świecie – porodem, język profesjonalny pełen skomplikowanych medycznych terminów tworzy poczucie, że doświadczenie rodzenia nie należy do kobiety, że nie posiada ona wystarczających kompetencji, by rodzić.

O przejęciu kontroli nad porodem przez medycynę, porodzie zmedykalizowanym, pisał Marsden Wagner, były konsultant WHO do spraw położnictwa³⁰. Język zmedykalizowany prowadzi do opisu doświadczenia rodzenia jako zjawiska bardziej medycznego niż osobistego i rodzinnego, sprawia, że kobieta się go uczy, pozostawiając za sobą intuicyjność i naturalność. Język medyczny organizuje jej doświadczenie porodowe jako niebezpieczne, co prawda fizjologiczne, ale zagrożone patologiami.

Z powodu dostępności tego języka w przestrzeni medialnej, jest on nie tyle zaakceptowany, ile „nieświadomie wchłonięty” przez wiele kobiet. Współcześnie

29 A. Strauss, *Zwierciadła i maski*, s. 28.

30 M. Wagner, *Fish Can't See Water: The Need to Humanize Birth*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics”, 75 (2001) nr 51, s. 525–537, DOI: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7.

stał się on nawet językiem dominującym w opowieściach porodowych kobiet, które wybrały szpital na miejsce narodzin. Współtworzy on ich osobiste doświadczenie. Z jego pomocą dokonują one procesu określania swojego doświadczenia i jego oceny. Można też powiedzieć, że jest on już mechanicznie przekazywany w porodowych opowieściach z pokolenia na pokolenie i ma wpływ na kształtowanie obrazu porodu przez matki u ich córek.

Język kobiecy, naturalny, intuicyjny, pierwotny jest używany do opisu doświadczeń narodzinowych kobiet, które wybierają dom. Jednocześnie zaakceptowany przez środowisko położnych domowych i przez nie współtworzony. W tej nomenklaturze potomek nazywany jest dzieckiem, poród – narodzinami, rodząca – kobietą, nie pacjentką. Różnicę między tymi językami ostatecznie podkreśla pozycja samej kobiety w akcie rodzenia.

W języku medycznym „poród się odbiera”, w języku kobiecym, naturalnym, „poród się przyjmuje”. Ta różnica stawia kobietę w sytuacji przedmiotu lub w sytuacji podmiotu.

Kobiety wybierające dom na miejsce narodzin osławiają intuicyjny kobiecy język związany z przestrzenią porodu, czytając określoną literaturę, słuchając, rozmawiając z położnymi domowymi oraz z innymi kobietami, które urodziły w domu. Dokonując wyboru miejsca narodzin, niejako decydują się na przyjęcie określonej narracji, kobiecego intuicyjnego języka do nazywania własnego doświadczenia. Z jednej strony jest on im już bliski („tożsamość zorientowana na naturę i intymność”), z drugiej – nabywają kompetencję do jego używania, wchodząc w doświadczenie naturalnego porodu.

Marina Sbisa zwraca uwagę, że kobiety swoje doświadczenia porodowe opisują na dwa sposoby: pierwszy – gdy brały udział w porodzie zmedykalizowanym (gdzie kontrolę nad rodzącą przejmuje personel medyczny) lub drugi – gdy na pewien czas traciły poczucie kontroli; częściej wtedy używają sformułowań w formach nieosobowych czasownika, nie utożsamiając się z własnym ciałem, „z którymś coś zrobiono”³¹:

31 M. Sbisa, *The Feminine Subject and Female Body in Discourse about Child-birth*, „The European Journal of Women's Studies”, 3 (1996) nr 4 s. 372, DOI: 10.1177/135050689600300, cyt. za: B. Budrowska, *Macierzyństwo jako punkt zwrotny*, s. 264–265.

Wywieziono mnie na korytarz po urodzeniu, **zabrano mi** dziecko na 12 godzin. Ja zostałam sama z tą radością ogromną i w takim lęku o to dziecko, bo ono nie jest przy mnie, nie wiedząc czy wszystko jest ok. Nawet jej dobrze nie obejrzałam. I nawet nie miałam z kim się podzielić tą radością – (matka ośmiorga dzieci, troje urodzonych w szpitalu, pięcioro w domu).

Byłam strasznie pocięta, **wycisnęli mi** dziecko z brzucha, łożysko mi wyciskali, musiałam mieć łyżeczowanie, wszystko wyszło nie tak jak trzeba, jeszcze teraz emocje, ręce mi się trzęsą, głos drży – (matka dwojga dzieci, drugie urodzone w domu).

Podano mi oksytocynę wbrew mojej woli – (matka dwojga dzieci, jedno urodzone w szpitalu, drugie w domu).

Jeśli natomiast rodzą aktywnie, w poczuciu sprawstwa i autonomii – gdyż tak wyglądają narodziny dziecka w domu – używają wówczas czasowników w formie czynnej w pierwszej osobie. Poniżej, dla porównania, przytoczone są wypowiedzi opisujące poród domowy:

Mój poród był taki, jaki chciałam, by był. Przede wszystkim był mój, to ja i moje dziecko (lub raczej moje ciało) robiłam to, co chciałam, byłam w miejscu, które daje mi poczucie bezpieczeństwa. Byłam wśród ludzi, których sama wybrałam i byli oni tak blisko lub tak daleko, jak tego chciałam. Nikt mi nic nie odbierał – ani porodu, ani potrzeby wyrażania emocji, sposobu radzenia sobie z bólem, ani godności, ani ostatecznie – dziecka – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Wielka ulga, ogromny spokój i szczęście spłynęły na mnie. Przestałam czuć zmęczenie i trud całego dnia, byłam wyspana z wyostrozonymi zmysłami i gotowa do pełnienia roli matki [...] Do czasu aż nastał ranek leżałam z X, obserwowałam jak śpi, wpatrywałam się w jej buzię, delikatnie dotykałam dłoni i podziwiałam malutkie paluszki. Czułam, że w żyłach poza krwią płynie coś jeszcze, co sprawia, że jestem czujna i gotowa chronić moje potomstwo – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Ja czułam coś takiego. To był bardzo wzruszający moment. Poczułam: ona zaraz tu będzie. To było niezłe. Słuchałam muzyki przez cały poród. Mam

wrażenie, że byłam w takim transie trochę – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Czułam siłę psychiczną, że mogę wszystko, poczucie większej wartości, sprawczości, to, że mogę tak wpłynąć na moje ciało, to dało mi taka pewność siebie, że mogę też z innymi rzeczami sobie poradzić – (matka dwojga dzieci urodzonych w domu).

Po raz pierwszy po tych porodach szpitalnych miałam odwagę [...] pokrzykować przy tym porodzie i mogłam rodzić w pozycji kucznej, która była dla mnie wygodna. Wydobyłam to z siebie z taką odwagą i to było naprawdę fajne. Położna widziała, że byłam tak zablokowana przez te porody szpitalne – (matka ośmiorga dzieci, pięcioro urodzonych w domu).

Żadna z matek w swoich narracjach w odniesieniu do porodu w domu nie użyła sformułowań w nieosobowych formach czasownika. Charakterystyczne i istotne jest to, że kobiety używają języka, który stawia je w sytuacji podmiotu działań w akcie porodu i odzwierciedla ich poczucie autonomii oraz sprawstwa.

Znaczenie rytuałów w zmianie statusu kobiety, która staje się matką rodzącą w domu

Znaczenie roli matki, znaczenie jej statusu jest przekazywane z pokolenia na pokolenie w konkretnym społeczeństwie. Stawianiu się matką towarzyszą przyjęte i społecznie oswojone rytuały, które pozwalają na łagodniejsze przejście od statusu do statusu.

Tradycyjne rytuały towarzyszące wcześniej narodzinom w domu, takie jak: rozbieranie kobiety do porodu, rozplatanie warkoczy, zdejmowanie biżuterii, zamykanie przestrzeni wokół rodzącej (zamknięte okna i drzwi), otwieranie tej przestrzeni w sytuacji komplikacji porodowych, ceremonia kuwady, zjedanie przez ojca sproszkowanej błony płodowej itp. zanikły wraz z przeniesieniem porodu do szpitala (lata trzydzieste–pięćdziesiąte XX w.). Rytuały akcentują sytuację transformacji tożsamości, dające się przewidzieć punkty zwrotne³².

32 M. Ferenc, *Czasy nowożytnie*, w: *Obyczaje w Polsce. Od Średniowiecza do czasów współczesnych*, red. A. Chwalba, Warszawa 2005, s. 117–214; M. Włodarczyk, *Znalezieni w kapuście. Skąd się biorą dzieci w ludowej kulturze Polski*, „Antropologia Religii”, 2 (2001) s. 73–81.

Kobiety planujące domowe narodziny zamierzają świadomie celebrować moment przejścia statusowego do roli matki na swój własny sposób, w określonych przez siebie warunkach. Ważny jest dla nich swój własny status, status i sytuacja rodzącego się dziecka, a także obecność współmałżonka/partnera:

Przeżycie piękne i wyjątkowe, ponieważ był to czas świadomości wielkiej wspólnoty z dzieckiem, mężem i położną. Dał nam wspaniałą przestrzeń do prawdziwych uczuć i emocji. Solidnie przygotowaliśmy się do tych wydarzeń. Nasza położna i książki [...] dały nam siłę do zrozumienia bólu porodowego w trosce o dziecko. Wiedzieliśmy, co przeżywa i wspólnie z nim szliśmy drogą do życia – (matka dwojga dzieci, drugie urodzone w domu).

Dla nas obojga były to najważniejsze chwile życia, poród pokazał nam, jak bardzo jesteśmy sobie bliscy i jak jest ogromne nasze wzajemne zaufanie i poczucie wzajemnej odpowiedzialności i wsparcie – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Istotna jest dla nich naturalność porodu, poczucie bezpieczeństwa, poczucie kontroli nad przebiegiem porodu (wybór pozycji porodowej, prawo do samotności i prawo do wsparcia z akcentem na indywidualizację opieki: jedna położna – jedna kobieta, obecność współmałżonka, czasem także douli), intymność, poczucie autonomii, pozytywna i spokojna atmosfera w czasie narodzin. Często atmosfera takiego porodu przypomina atmosferę aktu seksualnego – naturalna nieskrępowana bliskość współmałżonka/partnera, świece, kominek, basen lub wanna z wodą, swoboda w ubiorze w tym nagość, obecność innej bliskiej kobiety (matka, doula, przyjaciółka, czasem dzieci).

Tym przyjętym zindywidualizowanym rytuałom towarzyszy cisza lub przygotowana wcześniej muzyka, brak pośpiechu, spokojna, nienarzucająca się obecność położnej domowej (często w innym pomieszczeniu, ale w czujnej gotowości do służenia wsparciem i pomocą).

Marzyłam sobie, że będą świece, muzyczka, kominek [...] Było ładnie, fajnie, miło i przytulnie – (matka dwojga dzieci, drugie urodzone w domu).

Była choinka, światełka, gramofon i świece, czułam, że rodzę z mężem – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Wszystkie przyjęte społeczne i osobiste rytuały pozwalają na łagodniejsze przejście od roli kobiety do roli matki, która urodziła w domu lub od roli matki, która urodziła wcześniej w szpitalu do roli matki, która teraz urodziła w domu.

Położna domowa jako coach w „świecie społecznym” kobiet rodzących w domu

Jednostka uczestniczy w „światach społecznych”, które są związane z jakąś formą działania czy ideą³³. Tym „światem społecznym”, który jest bliski kobiecie planującej domowe narodziny, są kobiety, pragnące urodzić w domu, i takie, które już urodziły. Decyzja o porodzie w domu wiąże się często z poszukiwaniem lub odkryciem środowiska takich kobiet, np. w grupach społecznościowych, albo z sytuacją, gdzie takie matki są naturalnie blisko: w relacjach przyjacielskich, rodzinnych itp. (siostra, szwagierka, przyjaciółka, ktoś ze wspólnoty religijnej).

Kobiety planujące narodziny dziecka w domu poszukują także coacha – położnej domowej, która przeprowadzi je przez proces przygotowania do zmiany tożsamości: przez okres ciąży i narodzin. Dzieje się tak zwykle w II trymestrze ciąży, czasami wcześniej. Po znalezieniu położnej, kobieta przechodzi proces kwalifikacyjny. Jest on związany z wykluczeniem przeciwwskazań medycznych do porodu domowego. Położna ocenia także determinację i psychiczną gotowość kobiety do narodzin w domu.

Mamy tu znowu do czynienia z negocjowaniem rozwiązań, w którym doświadczenia kobiety, jej potrzeby, sposób prezentowania własnej tożsamości odgrywają znaczącą rolę. Z założeń dotyczących porodu w domu wynika, że położna domowa wspólnie z kobietą buduje system wsparcia: spotykają się z sobą przynajmniej dwukrotnie, w tym w domu rodzącej przed porodem, położna odpowiada na pytania, poznaje oczekiwania i motywacje, mobilizuje, towarzyszy, śledzi sytuację położniczą, jest „pod telefonem”, na wezwanie przyjeżdża do porodu, buduje atmosferę zaufania, jest dostępna w czasie akcji porodowej na życzenie kobiety, jej aktywność zwiększa się w II fazie porodu, przyjmuje na świat dziecko, zajmuje się matką i dzieckiem oraz realizuje ich indywidualne potrzeby, pomaga w karmieniu piersią, towarzyszy w położu.

33 A. Strauss, *Zwierciadła i maski*, s. 39.

Kobieta z jednej strony sama organizuje własne doświadczenie narodzin w domu, z drugiej – pozostawia przestrzeń otwartą na konieczne działania położnej. Położna nie dominuje i nie narzuca formy doświadczenia narodzin rodzicom, jest w pobliżu, czujnie obserwuje postęp porodu, pomaga kobiecie w II fazie, czasami dziecko rodzi się wprost do rąk matki. We wszystkich narracjach, których wysłuchałam, współpraca w tym zespole oceniana była pozytywnie. Narodziny w domu nazywane są czułymi narodzinami³⁴.

Ilustrują to kolejne wypowiedzi kobiet:

W czasie porodu pani X była mistrzem drugiego planu [...] Czułam, że rodzę z mężem, a pani X siedziała cichutko [...] i obserwowała co się dzieje. Ona była na każde moje szepnięcie, natomiast ja nie miałam poczucia, że ona tu jest. Nie narzucała się, nie zagarniała przestrzeni. To niesamowite, ja miałam wielkie poczucie służby ze strony pani X – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Ta położna była niesamowita, bo ona z wyprzedzeniem różne rzeczy przygotowywała [...] Ona miała takie wycucie, miałam wrażenie, że ona doskonale wie, co się dzieje, co będzie zaraz – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Położna miała takie nastawienie: trzeba pozwolić nie ingerować w ten poród, żeby kobieta znalazła sobie bezpieczne miejsce, to jest jej dom, ona sobie musi znaleźć pozycję, w której będzie się czuła najlepiej – (matka ośmiorga dzieci, pięcioro urodzonych w domu).

Miałam wrażenie, że ona ma rękę na pulsie, że jestem pod opieką – (matka jednego dziecka urodzonego w domu).

Refleksja końcowa

Analiza wyników w badanej grupie wskazuje na specyfikę narracji kobiet, które rodziły w domu. Używają one sformułowań, pozwalających na stwierdzenie, że owe kobiety czuły się aktywnymi uczestniczkami przygotowania do narodzin i samego porodu, zachowując poczucie sprawstwa i autonomii.

34 Nazwa użyta w trakcie Ogólnopolskiej Gali Parentingowej „Czułe narodziny”, 25 czerwca 2023, Gdynia.

Nie sięgały po ogólnie przyjęty wzorzec stawania się matką, ale szukały takiego, który odpowie na ich specyficzne potrzeby. Kobiety, szczególnie te, które wcześniej rodziły w szpitalu, dystansowały się wobec społecznych oczekiwań, jakie nakazują kobiecie podporządkować się stereotypowym szpitalnym procedurom w czasie „stawania się matką”, dopóki nie okaże się to konieczne (transfer śródporodowy w sytuacji zagrożenia).

Poszukiwały „swojego świata społecznego”, który odpowiedziałby konkretnymi formami wsparcia poznawczego, emocjonalnego i instrumentalnego na ich odmienne potrzeby (inne kobiety rodzące w domu, coach itp.). Wykonały w sposób świadomy „pracę” nad kształtowaniem swojej tożsamości matki jako matki, która decyduje o przebiegu narodzin, zdobywając wiedzę, przygotowując swoje ciało, umysł, partnera i dom, zapraszając do udziału w porodzie wybranego przez siebie profesjonalistę. To, co jest przyjęte społecznie i traktowane jako oczywiste, czyli bycie matką, okazuje się być skomplikowanym procesem interakcyjnym, wymagającym osobistego zaangażowania i wysiłku.

Punkty zwrotne, na podstawie których podjęły one decyzję o porodzie w domu, były różne, ale kobiety, uczestniczące w badaniu, łączy potrzeba przejęcia kontroli nad istotnym doświadczeniem transformującym tożsamość (narodziny) oraz proces prowadzenia negocjacji z samą sobą i otoczeniem w budowaniu tożsamości matki.

Z wypowiedzi kobiet wynika, że narodziny są dla nich wydarzeniem rodzinnym, a nie medycznym. Ze względu na bezpieczeństwo fizyczne, zagwarantowały sobie jednak obecność położnej lub/i lekarza w domu; inaczej niż standardowo, interpretują one potrzebę bezpieczeństwa porodu. Bezpiecznie oznaczało: „u siebie”, „po swojemu”, „bez niepotrzebnych ingerencji”, „naturalnie”, „bez pośpiechu”, „w bliskości z rodzącym się dzieckiem i partnerem”.

W świetle koncepcji Straussa badania narracyjne w grupie kobiet rodzących w domu wskazują na to, że jest to interesująca, z punktu widzenia socjologii, psychologii i pedagogiki, grupa matek.

Każda kobieta przekazuje swoje doświadczenia porodowe swoim córkom. Opowieści te mają znaczenie dla socjalizacji następnych pokoleń matek. Kobiety, z którymi przeprowadziłam wywiady, posiadały własne pozytywne doświadczenia porodowe, które pozwoliły im wygenerować pewność siebie: „Jeśli zrobiłam to, mogę wszystko”. W sytuacji niskiej dietetyczności i ograniczaniu

liczby potomstwa, pozytywny przekaz porodowy oraz przekonanie o możliwości utrzymania kontroli nad przebiegiem porodu fizjologicznego może być dodatkowym atutem przy podejmowaniu decyzji o rodzicielstwie.

Dzisiaj – w świetle przemian kulturowych, w których kobiety chcą dokonywać wielu świadomych wyborów i mieć kontrolę nad wykonywanymi rolami społecznymi – ważne jest podkreślenie prawa do wyboru miejsca narodzin.

Poród w domu nie jest opcją dla wszystkich kobiet ze względu na przeciwskazania medyczne oraz psychologiczne. Z przeprowadzonych badań na grupie kobiet rodzących w domu za pomocą testu LOT – R i GSES wynika, że są to kobiety o wyższym poziomie poczucia własnej skuteczności i dyspozycyjnego optymizmu niż kobiety rodzące w szpitalu³⁵. Warto jednak zastanowić się, biorąc pod uwagę wyniki badań, czy nie powinno się w standardowej opiece położniczej położyć większego akcentu na czynniki psychospołeczne mające wpływ na tożsamość przyszłych matek, na decyzyjność kobiet i lepszą komunikację medyczną między personelem medycznym a kobietą rodzącą.

Dorota Fryc w swoim wystąpieniu na gali „Czułe narodziny” pod nazwą „Napisz swoją historię porodową” zachęcała młode kobiety do zastanowienia się nad wyobrażeniem sobie własnego porodu, który będzie zgodny z ich tożsamością³⁶.

Wydaje się dzisiaj niezwykle ważne, aby kobiety mogły dokonywać świadomych wyborów, wybierać miejsca porodowe i profesjonalistów, którzy działają zgodnie z ich oczekiwaniami. Ciąża i poród są wydarzeniem biologicznym, ale przede wszystkim są przejściem statusowym, dokonuje się tu przemiana tożsamości kobiety, proces, który ma wpływ na jej stabilność emocjonalną i obraz siebie. Świadoma celebrowanie narodzin i świadome kształtowanie tożsamości przez „niestandardowe matki” – matki rodzące w domu – stawia nas wobec pytania „Czy nie zgubiliśmy czegoś ważnego w kontekście rozwoju opieki położniczej i technologii?”.

35 U. Domańska, R. Ossowski, B. Ciżkowicz, *Psychological and Socio-demographic Correlates of Women's Decisions to Give Birth at Home*, „Health Psychology Report”, 2 (2014), nr 3 s. 197–207, DOI: 10.5114/hpr.2014.45156.

36 D. Fryc, „Napisz swoją historię porodową”, wystąpienie: Ogólnopolska Gala Parentingowa „Czułe narodziny” w Gdyni, 25 czerwca 2023.

Streszczenie: Przedmiotem analizy jest tożsamość kobiet i punkty zwrotne, które mają decydujący wpływ na podjęcie przez nie decyzji o wyborze domu na miejsce narodzin. Analiza tożsamości i punktów zwrotnych w życiu matek, które urodziły w domu, została oparta na kanwie założeń Anselma Straussa (socjologia, interakcjonizm symboliczny): tożsamość ma charakter interakcyjny, tożsamość ulega transformacji i ma swoje punkty zwrotne, w budowaniu tożsamości znaczenie ma język i uczestnictwo w różnych światach społecznych, istotne w przemianie tożsamości są przejścia statusowe, którym towarzyszą rytuały, znaczenie dla transformacji tożsamości ma zjawisko coachingu.

Tożsamość kobiet rodzących nazwano „tożsamością zorientowaną na naturę i prywatność”. Transformację tożsamości zilustrowano wypowiedziami kobiet, które pochodzą z wywiadów swobodnych przeprowadzonych przez autora z 18 kobietami, które wybrały dom na miejsce narodzin. Analiza pokazuje, że jest to grupa matek, która niestereotypowo postrzega rzeczywistość macierzyństwa i świadomie kształtuje swoją tożsamość matki, przejmując kontrolę nad narodzinami.

Świadoma celebrowanie narodzin i świadome kształtowanie tożsamości przez „niestandardowe matki” –matki rodzące w domu, stawia nas wobec pytania: „Czy nie zgubiliśmy czegoś ważnego w kontekście rozwoju opieki położniczej i technologii?”.

Słowa kluczowe: poród w domu, tożsamość, punkty zwrotne, macierzyństwo.

Bibliografia

- Badinter E., *Konflikt. Kobieta i matka*, tł. J. Jedliński, Warszawa 2013.
- Breen D., *The Birth of a First Child. Towards an Understanding of Feminity*, London 1975.
- Brocklehurst P., *Perinatal and Maternal Outcomes by Planned Place of Birth for Health Women with Low Risk Pregnancies: The Birthplace in England National Prospective Cohort Study*, „British Medical Journal”, 343 (2011), DOI: 10.1136/bmj.d7400.
- Budrowska B., *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wrocław 2000.
- Charmaz K., *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, tł. B. Komorowska, red. wyd. pol. K. Konecki, Warszawa 2009.
- Chołuj I., *Poród w domu*, Warszawa 1992.
- Chołuj I., *Urodzić razem i naturalnie*, Mszczonów 2008.
- Dlaczego rodzić w domu?*, red. M. Z. Stepulak, A. Irzmańska-Hudziak, J. Płońska, Lublin 2011.
- Domańska U., *Poród w domu w dobie medykalizacji opieki położniczej*, niepublikowana praca doktorska, Wydział Nauk o Zdrowiu, CM UMK, Bydgoszcz 2014.
- Domańska U., R. Ossowski, B. Ciżkowicz, *Psychological and Socio-demographic Correlates of Women's Decisions to Give Birth at Home*, „Health Psychology Report”, 2 (2014), nr 3 s. 197–207, DOI: 10.5114/hpr.2014.45156.

- Dryll E., Doświadczenia życiowe a narracja tożsamościowa osoby, „Psychologia Rozwojowa”, 13 (2008) nr 1, s. 59–67.
- Ferenc M., *Czasy nowożytne*, w: *Obyczaje w Polsce. Od Średniowiecza do czasów współczesnych*, red. A. Chwalba, Warszawa 2005, s. 73–81.
- Fryc D., Napisz swoją historię porodową, wystąpienie na Ogólnopolskiej Gali Parentingowej „Czułe narodziny” w Gdyni, 25 czerwca 2023.
- Hałas E., *W poszukiwaniu tożsamości. Wprowadzenie*, w: A. Strauss, *Zwierciadła i maski. W poszukiwaniu tożsamości*, tł. A. Hałas, Kraków 2013.
- Hauck Y. i in., *Woman`s Reasons and Perceptions Around Planning a Homebirth with a Registered Midwife in Western Australia*, „Women Birth”, 33 (2020) s. 39–47, DOI: 10.1016/j.wombi.2018.11.017.
- Janiuk E., Lichtenberg-Kokoszko E., *Domowe narodziny. Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności?*, Kraków 2010.
- Kitzinger S., *Rodzić w domu*, tł. E. Nitecka, Warszawa 1995.
- Konecki K. T., Anselm L. Strauss – pragmatyczne korzenie, pragmatyczne konsekwencje, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 11 (2015) nr 1, s. 12–39.
- Konecki K. T., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000.
- Konecki K. T., *Wizualna teoria ugruntowana. Podstawowe zasady i procedury*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, 8 (2012) s. 12–45.
- Koronkiewicz K., *Kształtowanie tożsamości matek u kobiet doświadczających nieplanowanego macierzyństwa*, „Kultura – Społeczeństwo – Edukacja”, 5(2014) nr 1, s. 95–118.
- Krause E., *Współczesna kobieta w kontekście macierzyństwa i roli matki*, „Wychowanie w Rodzinie”, 22 (2020) nr 1, s. 31–56, DOI: 10.34616/wwr.2020.1.031.056.
- Lindgren H., Erlandsson K., *Women`s Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population – Based Study*, „Birth”, 37 (2010) s. 307–319.
- Maciąg-Budkowska M., Rzepa T., *Jaka jest „idealna matka”? Rozumienie roli matki przez współczesne kobiety*, „Annales Universitatis Mariae Curie- Skłodowska”, 30 (2017) nr 3, s. 93–107, DOI: 10.17951/j.2017.30.3.93.
- Olsen O., Clausen J. A., *Planned Hospital Birth Compared with Planned Home Birth for Pregnant Women at Low Risk of Complications*, „Cochrane Database Syst. Rev.”, 3 (2023), DOI: 10.1002/14651858.CD000352.
- Ostrowska K., *Współczesna kobieta-matka w percepcji społecznej. Aspekty socjologiczne i pedagogiczne*, „Społeczeństwo. Edukacja. Język”, 18 (2023) nr 20, s. 295–314, DOI: 10.19251/sej/2023.18(20).
- Perun M. B., *Maternal identity of women*, „Journal of Education Culture and Society”, 4 (2020) nr 1, s. 95–105, DOI: 10.15503/jecs20131.95.105.
- Pietkiewicz J., Smith J., *Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii*, „Czasopismo Psychologiczne”, 18 (2012) nr 2, s. 361–369.

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej z dnia 16.08.2018, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 11.09.2018, poz. 1756, s. 9, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001756>.
- Sbisa M., *The Feminine Subject and Female Body in Discourse about Child-birth*, „The European Journal of Women`s Studies”, 3 (1996) nr 4, s. 363–376, DOI: 10.1177/135050689600300.
- Strauss A., *Zwierciadła i maski. W poszukiwaniu tożsamości*, tł. A. Hałas, Kraków 2013.
- Wagner M., *Fish Can`t See Water: The Need to Humanize Birth*, „International Journal of Gynecology and Obstetrics”, 75 (2001) nr 51, s. 525–537, DOI: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7.
- Włodarczyk M., *Znalezieni w kapuście. Skąd się biorą dzieci w ludowej kulturze Polski*, „Antropologia Religii”, 2 (2001) s. 73–81.