

„[...] żeby lekarze, położne, pielęgniarki widzieli w nas ludzi”

- medykalizacja opieki okołoporodowej
w doświadczeniach kobiet

Małgorzata Ostrowska

7

Seria „**Working Papers**” Wydziału Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego (WS UW) to publikacje prac i osiągnięć studentów Wydziału, zgłoszonych do konkursu, ocenionych i wybranych do ich wydania przez Radę Dydaktyczną WS UW. Publikowane opracowania podlegały recenzji przez jednego samodzielnego pracownika naukowego.

Recenzja naukowa: dr hab. Wojciech Rafałowski

Redaktor tomu: dr hab. Małgorzata Sikorska, prof. ucz.

Niniejsza publikacja jest udoskonaloną wersją pracy licencjackiej napisanej pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Sikorskiej, prof. ucz.

ISBN: 978-83-922588-7-2

Data publikacji: 30.06.2024 r.

Informacje o wydawcy i finansowaniu:

Publikacja została sfinansowana ze środków Wydziału Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. Wydawcą "Working Papers" jest Wydział Socjologii, Uniwersytetu Warszawskiego.

Redaktorem serii jest dr hab. Mikołaj Lewicki

Tytuł pracy w języku angielskim:

“[...] so that doctors, midwives, nurses see us as human beings” – medicalization of perinatal care in women's experiences

Spis Treści

| | |
|---|-----------|
| 1. Wstęp | 4 |
| 2. Część teoretyczna: wprowadzenie do medykalizacji opieki okołoporodowej | 6 |
| 2.1. <i>Medykalizacja jako socjologiczne pojęcie</i> | 6 |
| 2.2. <i>Medykalizacja opieki okołoporodowej w perspektywie historycznej</i> | 10 |
| 2.3. <i>Medykalizacja opieki okołoporodowej we współczesnych społeczeństwach</i> | 15 |
| 3. Część empiryczna | 21 |
| 3.1. <i>Metodologia</i> | 21 |
| 3.1.1. <i>Metoda badawcza</i> | 21 |
| 3.1.2. <i>Procedura doboru próby i związane z nią wyzwania</i> | 21 |
| 3.1.3. <i>Charakterystyka rozmówczyń</i> | 23 |
| 3.1.4. <i>Wyzwania badawcze związane z przeprowadzaniem wywiadów</i> | 24 |
| 3.2. <i>Wyniki badań</i> | 25 |
| 3.2.1. <i>Definiowanie pojęć związanych z medykalizacją opieki okołoporodowej</i> | 25 |
| 3.2.2. <i>Proces prowadzenia ciąży oraz przygotowania do porodu</i> | 29 |
| 3.2.3. <i>Szpitalna rzeczywistość z perspektywy kobiet rodzących – warunki pobytu i opieki w stołecznych szpitalach</i> | 31 |
| 3.2.4. <i>Obserwowalne zmiany ku demedykalizacji w szpitalnej opiece okołoporodowej na przestrzeni 40 lat</i> | 40 |
| 3.2.5. <i>Medykalizacja opieki okołoporodowej – prymat wiedzy lekarskiej czy intencja kobiet rodzących?</i> | 46 |
| 4. Zakończenie – wnioski i rekomendacje | 51 |
| 5. Bibliografia | 55 |
| | 58 |

1. Wstęp

Każda jednostka ludzka zostaje zrodzona z ciała, dlatego też obszar medycyny związany z ciążą, opieką okołoporodową i porodem stanowi jedno z niezwykle istotnych zagadnień w kontekście rozwoju społeczeństw. Osiągnięcia oraz innowacje w dziedzinie opieki okołoporodowej na przestrzeni wieków drastycznie obniżyły śmiertelność noworodków i matek, co stanowi niewątpliwy sukces. Z drugiej strony w ostatnich dekadach można zaobserwować globalny trend medykalizacji tego aspektu życia. Ów temat wywołuje zróżnicowane reakcje w środowisku medycznym oraz akademickim, a także wśród kobiet bezpośrednio doświadczających zmian w standardach opieki perinatalnej. Jednocześnie pojawiają się głosy dotyczące tendencji demedykalizacyjnych, zmierzających ku humanizacji i „naturalizacji” procesu ciąży i porodu. Istotne jest zatem zbadanie, czy medykalizacja opieki okołoporodowej – opisywana przez teoretyków jako raczej negatywne zjawisko, z którym trzeba walczyć – jest realnym problemem dla kobiet rodzących oraz czy dążenia demedykalizacyjne mają rację bytu.

Inspiracją do powstania niniejszej pracy była działalność profili społecznościowych, które zajmują się kwestią ciąży i porodu, szczególnie: Marta Lekarz Kobiet¹, Zaufaj Położnej², Położna z Porodówki³, Prawo do Zdrowia⁴. Istotne w przypadku działań wymienionych kont na Instagramie jest to, że nie dążą jednoznacznie do zwiększenia popularności idei „naturalizacji” czy humanizacji porodu, bądź do promowania medykalizacji opieki okołoporodowej. Materiały publikowane na wyżej wymienionych profilach mają na celu przybliżenie kobietom rodzącym realiów ciąży i porodu, a więc dostarczenie informacji na temat przebiegu okresu bycia ciężarną oraz wsparcia przed rozwiązaniem. Choć osobiście nie doświadczyłam ciąży i porodu, uważam, że medykalizacja opieki okołoporodowej jest tematem o ogromnym znaczeniu. Jest to kwestia, która dotyka nie tylko przyszłe matki, ale społeczeństwo jako całość – to, jak traktowane są procesy ciążowe i porodowe odzwierciedla dominujące wartości społeczne i priorytety dotyczące życia kobiet i rozrodczości. Sądzę, że warto zaangażować się w dyskusje na ten temat i dążyć do zrozumienia, jakie

1 @marta_lekarzkobiet, https://www.instagram.com/marta_lekarzkobiet/#.

Dostęp: 01.09.2023 r. Profil już nie istnieje.

2 @zaufajpoloznej, <https://www.instagram.com/zaufajpoloznej/#>. Dostęp: 01.09.2023 r.

3 @poloznazporodowki, <https://www.instagram.com/poloznazporodowki/#>.

Dostęp: 01.09.2023 r.

4 @prawodozdrowia, <https://www.instagram.com/prawodozdrowia/#>. Dostęp: 01.09.2023 r.

zmiany i ulepszenia można wprowadzić, aby zapewnić matkom i nowonarodzonym dzieciom jak najlepszą opiekę.

Celem analizy jest zrozumienie, w jaki sposób procesy medykalizacji wpływają na doświadczenia kobiet w warszawskich placówkach szpitalnych oraz jakie wyzwania i wybory są stawiane przed przyszłymi matkami. W odniesieniu do badań dotyczących medykalizacji ciąży i porodu jako praktyki w dziedzinie ochrony zdrowia sformułowałam trzy pytania badawcze:

- W jaki sposób kobiety rodzące w Warszawie doświadczają zjawiska medykalizacji okołoporodowej?
- Czy medykalizacja ciąży i porodu jest postrzegana negatywnie, czy pozytywnie przez kobiety rodzące w Warszawie?
- Czy powinniśmy dążyć ku demedykalizacji opieki okołoporodowej w Polsce?

Pytania badawcze skupiają się na opisie przebiegu ciąży i porodu w warszawskich szpitalach oraz ocenie wpływu obowiązujących standardów medycznych na doświadczenia rodzących. Badanie koncentruje się na subiektywnych odczuciach matek i dąży do określenia, czy medykalizacja opieki okołoporodowej jest przez nie postrzegana jako źródło obaw i niepokoju, czy też jako pozytywne, wspierające poczucie bezpieczeństwa i komfortu, zjawisko. Istotnym celem jest także zidentyfikowanie potrzeb kobiet rodzących i ich podejścia do opieki perinatalnej oraz określenie, jakie zmiany powinny być wprowadzone w związku z tym w systemie ochrony zdrowia. Wyniki uzyskane w ramach analizy mogą przyczynić się do poprawy opieki perinatalnej w stolicy oraz w całym kraju.

W rozdziale pierwszym zarysowuję ramy pracy poprzez zdefiniowanie i omówienie pojęcia medykalizacji oraz biomedykalizacji. Następnie omawiam zmiany zachodzące w opiece okołoporodowej na przestrzeni dziejów, docelowo skupiając się na współczesnych trendach i wyzwaniach w dziedzinie medycyny zajmującej się ciążą i porodem. W części empirycznej przedstawiam zastosowaną przeze mnie metodologię oraz wyniki przeprowadzonego badania jakościowego. W końcowym rozdziale pracy przechodzę do wniosków i rekomendacji, które mogą posłużyć w dalszych badaniach nad tym zjawiskiem.

Przedstawiona praca jest skróconą wersją pracy licencjackiej o tym samym tytule opracowaną na potrzeby publikacji „Working Papers”. Skupia się ona na kluczowych aspektach badawczych, prezentując bardziej zwięzłe omówienie głównych tez oraz wniosków. Przygotowana wersja stanowi podsumowanie głównych treści oryginalnego opracowania, z zachowaniem istotnych punktów dyskusji i analiz.

2. Część teoretyczna: wprowadzenie do medykalizacji opieki okołoporodowej

Celem tej części jest przedstawienie ram teoretycznych, umożliwiających dokładne sprobematyzowanie tematyki pracy. Pozwoli to na lepsze zrozumienie doświadczeń osób badanych, a tym samym wpłynie pozytywnie na precyzyjność i kompleksowość analiz prezentowanych w empirycznej części pracy. Opisuję kolejno: 1) kluczowe kwestie związane z historią pojęcia medykalizacji, 2) społeczno-historyczne tło przemian w opiece okołoporodowej oraz 3) zjawisko medykalizacji we współczesnych społeczeństwach.

2.1. Medykalizacja jako socjologiczne pojęcie

Pojęcie medykalizacji, nierozzerwalnie związane z socjologią ciała, medycyny i dewiacji, ukształtowano na przełomie lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku, kiedy to w wyniku działań i publikacji naukowców, takich jak Thomas Szasz (1960, 1974), Peter Conrad (1975, 1992), Irving Zola (1976) i Michel Foucault (1987, 1993, 1999), ukonstytuował się społeczno-intelektualny ruch antypsychiatryczny (Moskalewicz, 2012; Clarke, 2014). Jego założenia czerpią m.in. z teorii Talcotta Parsonsa, który jako jeden z pierwszych zdefiniował medycynę jako instytucję kontroli społecznej (Parsons, 1951, za: Conrad, 1975: 210). Badacze zaangażowani w antypsychiatrię kwestionują słuszność diagnoz psychiatrycznych i skuteczność leczenia chorób psychicznych, głosząc pogląd, że terapie stosowane na pacjentach mają zdecydowanie bardziej negatywny niż pozytywny wpływ na samopoczucie jednostek (Szasz, 1974; Conrad, 1975; Zola, 1976; Foucault, 1999). Podważają oni przy tym istnienie takich zaburzeń jak ADHD (*attention deficit hyperactivity disorder*) i anoreksja, twierdząc, że wystawianie podobnych diagnoz pozbawia chorego sprawczości oraz możliwości samostanowienia i może stanowić pretekst do poniżania, a nawet zniewolenia. System ochrony zdrowia opiera się według nich na arbitralnych założeniach lekarzy/ek, pielęgniarzy/ek, położników/yh i jest tylko „pozornie wolny od wartości etycznych” (Szasz, 1960: 115⁵). Pracownik medyczny, którego opinia uwarunkowana jest osobistymi poglądami, przyjmuje rolę arbitra stawiającego diagnozę pacjentowi, a tym samym „wkłada” osobę leczoną w określone, nierzadko stygmatyzujące ram. Chorobę postrzega się w kategoriach niemal abstrakcyjnego przedmiotu analiz lekarskich, a nie fizycznej reprezentacji jednostki. Wskutek tego traci ona swoją podmiotowość

5 Wszystkie tłumaczenia tekstów anglojęzycznych zostały wykonane przeze mnie.

— osoba leczona podlega opresyjnemu nadzorowi personelu medycznego (Szasz, 1974: 35–45). Dodatkowo, Erving Goffman (1961) zauważył, że szpitale psychiatryczne mają charakter instytucji totalnych, takich jak wojsko bądź więzienie, w których wszystkie płaszczyzny funkcjonowania są monitorowane, a więc gdzie panuje pełna inwigilacja i ubezwłasnowolnienie. W takich placówkach każda sfera życia pacjenta podlega sztywnym zasadom usankcjonowanym przez regulaminy i egzekwowanym przez grupę zarządzającą; odgórnie narzucone są wzory ubioru, akcesoriów, języka czy zachowania (Goffman, 1961).

Propagatorzy ruchu antypsychiatrycznego odnosili powyższe argumenty nie tylko wobec dziedziny psychiatrii, zauważając coraz częstszy problem dotyczący klasyfikacji schorzeń i działania mechanizmów władzy w obrębie innych dziedzin medycyny. Definiując medykalizację, skupiali się na wymiarze kontroli społecznej, podkreślając przede wszystkim negatywne konteksty tego zjawiska. Amerykański naukowiec, Peter Conrad, pisał o medykalizacji jako „(...) procesie, w którym problemy niemedyczne są definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zwykle w kategoriach chorób lub zaburzeń” (Conrad, 1992: 209). Podobną definicję zaproponował Irving Zola, pisząc o procesie, poprzez który coraz więcej obszarów życia codziennego podlega medycznej władzy, dominacji i nadzorowi (1983: 295, za: Conrad, 1992: 209). Bardziej współczesne objaśnienie tego terminu proponuje Denis Walsh, zwracając uwagę na „kolonizację” życia społecznego przez profesję medyczną (Walsh, 2004: 42). Należy podkreślić także, że medykalizacja odwołuje się do aspektów bytowania tradycyjnie uważanych za „naturalne”, m.in. dzieciństwa, ciąży, seksualności, traumy, menopauzy czy śmierci, oraz multiplikacji chorób w tych obszarach.

Michel Foucault był jednym z pierwszych badaczy społecznych, którzy podjęli się rozważań nad kwestią władzy lekarskiej oraz prymatu tzw. spojrzenia medycznego. W „Narodzinach kliniki” (1999) filozof wskazywał, że kontrola medyczna wyraża się nie tylko poprzez stosowane procedury, ale także poprzez język, terapie, alienację osób chorych i redefinicję pojęć takich jak zdrowie czy ból. Choć Foucault swoje refleksje koncentruje wokół jednej dziedziny — psychiatrii, z łatwością odnosi je do wszystkich dziedzin medycyny. Analizując historię instytucji zajmujących się leczeniem, autor stwierdza, że sposób klasyfikacji chorób jest ściśle powiązany z przemianami społecznymi, a zatem obowiązującymi normami, zwyczajami, stratyfikacją społeczną czy stosunkami władzy. Świetnym potwierdzeniem tego stanu rzeczy jest przedstawiony w „Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu” (1987) przykład zmian dyskursu na temat szaleństwa. Reorientacja ta nastąpiła na przełomie XVII i XVIII wieku, kiedy to „obląkany” przestał być postrzegany w kategoriach grzechu, nawiedzenia bądź głupoty i stał się potrzebującą opieki osobą pokrzywdzoną przez chorobę psychiczną. Zwrot w myśleniu o szaleństwie i obłądzeniu powiązany był m.in. z przemianami w sferze religijności (większy nacisk na miłosierdzie), funkcjonowaniem

monarchistyczno-burżuazyjnego ustroju we Francji sankcjonującego represyjno-opiekuńczą rolę państwa, czy też postępującą migracją do miast (tworzenie przytułków, szpitali, domów czasowego pobytu).

Fakt, że dany stan fizyczny lub psychiczny jednostki uznaje się za zaburzenie, jest nierozłącznie związany z panującymi w danym okresie społecznymi przekonaniami. Jak pisze Foucault: „Istniały i będą istnieć inne podziały chorób” (1999: 19), bo definicja choroby i zdrowia jest zróżnicowana kulturowo i zmienna w czasie. Stworzone przez wyspecjalizowanych pracowników szpitali, klinik czy placówek leczniczych opisy i klasyfikacje schorzeń nigdy nie są obiektywne, tudzież moralnie neutralne. „Racjonalizujące medyczne spojrzenie” wspiera opisywana przez Foucaulta w późniejszych publikacjach „wiedzo-władza” lekarska, która stanowi istotny element struktur biowładzy i biopolityki. Pojęcie biowładzy, wymienianej przez autora jako jeden z trzech typów władzy (obok władzy suwerennej oraz dyscyplinarnej), opiera się na koncepcji kontroli nad populacją i jej dobrostanem. Jednostka samodzielnie internalizuje ogólnie obowiązujące normy, co przejawia się w idei troski o siebie i o innych, filantropii, dbaniu o higienę, normalizacji praktyk takich jak prostytutka czy masturbacja i innych działaniach polegających na „ujarzmianiu »ja«”, a więc samoograniczaniu i samodyscyplinie związanej z doskonaleniem ciała i tożsamości (Foucault, 1993). Nadzór w ramach biowładzy sprawowany jest między innymi nad zdrowiem publicznym, liczbą urodzeń i zgonów, oczekiwaną długością życia, a również odchyleniami od normy, takimi jak choroba czy przestępstwo (Foucault 1993, 1999, 2011, 2020). Za sprawą prymatu spojrzenia medycznego, a więc postępującej medykalizacji, ciało polityczne może realizować się jako „[...] zbiór elementów materialnych i technik, które dostarczają narzędzi, powiązań, dróg przepływu i punktów wsparcia relacjom władzy i wiedzy, blokującym ludzkie ciała i ujarzmiającym je przez tworzenie z nich przedmiotów wiedzy” (Foucault, 1993: 29). W rozumieniu francuskiego badacza na jednostkę przebywającą w klinice lub szpitalu oddziałuje kontrola w skali mikro (kontrola sprawowana przez lekarzy/ki, pielęgniarki/ki, położników/e, inny personel medyczny) i skali makro (ogólnie obowiązujące normy, tradycyjne sposoby myślenia, polityczne wpływy, globalne trendy).

Medykalizacja pacjenta urzeczywistnia się zatem poprzez: działanie mechanizmów biowładzy oraz wiedzy-władzy ekspertów, pełniących rolę medycznych arbitrów; „kreowanie” nowych schorzeń, czyli (sztuczną) multiplikację rozmaitych dysfunkcji, a także traktowanie fizjologicznych procesów bądź naturalnych etapów życia człowieka w kategoriach problemów medycznych. „Przemedykalizowana” narracja, uobecniająca się w prawie (np. obowiązek szczepienia się), szkolnictwie (coroczne pomiary wzrostu i wagi uczniów nanoszone na siatki centylowe), mediach masowych (influencerzy promujący kroplówki witaminowe i suplementy diety), religii (brak dbałości o zdrowie postrzegane w kategorii grzechu) i pracy (opłacane przez

pracodawców pakiety zdrowotne, np. karnety sportowe i dostęp do prywatnych klinik), dominuje sposoby myślenia w obrębie społeczeństw, wpływając na indywidualne i kolektywne wzory zachowań.

Kontynuatorzy myśli antypsychiatrycznej zauważają, że założenia teorii medykalizacji mogą być zbyt wąskie wobec postępującej technologizacji, a więc rozwoju biotechnologii i biomedycyny (Clarke i in., 2004; Nowakowski, 2013). Koniec XX i początek XXI wieku przyniosły ogrom przemian związanych z innowacjami w obszarze leczenia związanych m.in. z cyfryzacją i komputeryzacją, a medykalizacja stała się zdecydowanie bardziej kompleksowa i wielowymiarowa. Według Michała Nowakowskiego (2013) obecnie medykalizację można podzielić na trzy typy: 1) „(...) »wynaalezienie« nowej choroby (lub chociażby zmiana granic już istniejącej w celu poszerzenia grupy chorych)”; 2) „(...) objęcie medycznym nadzorem »naturalnych« etapów życia człowieka (bez ich patologizacji)”; 3) „(...) »ulepszenie« człowieka pod względem określonej cechy” (2013: 29). Jednocześnie autor podkreśla, że większość procesów medykalizacji zawiera w sobie cechy wszystkich trzech odmian. W rezultacie ukształtowało się nowe, nawiązujące do teorii Foucaulta, pojęcie biomedykalizacji, w którym przedrostek „bio” sygnalizuje odwołanie do koncepcji kontroli nad życiem, a zatem nad wszystkimi obszarami ludzkiej egzystencji (Clarke, 2014: 137). Clarke i in. (2004) opisali pięć głównych procesów, które wywołują i jednocześnie są wytwarzane przez biomedykalizację: „(1) polityczno-ekonomiczna rekonstrukcja rozległego sektora biomedycyny; (2) koncentracja na samym zdrowiu oraz omawianie czynników ryzyka i nadzoru; (3) postępujący technologiczny i naukowy charakter biomedycyny; (4) przemiany w sposobie wytwarzania, dystrybucji i wykorzystywania wiedzy biomedycznej oraz w zarządzaniu informacją medyczną; (5) przekształcenia ciał w celu włączenia nowych właściwości i wytworzenia nowych indywidualnych i zbiorowych tożsamości technonaukowych” (2004: 161). Pierwszy z wymienionych wymiarów dotyczy kwestii związanych z monetyzacją i upolitycznieniem zdrowia – usługi oraz preparaty medyczne są promowane jako dobra konsumpcyjne, następuje zatem ich utowarowienie, co skutkuje m.in. podziałami społecznymi i segregacją klasową. Międzynarodowe korporacje kontrolują rynek zdrowia, wprowadzając technologie oparte na specjalistycznych badaniach, a więc wykorzystujące ekspercką wiedzę-władzę, przez co realizuje się komercjalizacja systemu opieki zdrowotnej. Drugi wymiar odnosi się do pojęcia „healthismu”, a więc moralnego zobowiązania do troski o kondycję psychiczną i fizyczną, która wiąże się ze zinternalizowanym obowiązkiem profilaktyki. Kolejne dwa wymiary biomedykalizacji mają związek z postępującą technologizacją sektora zdrowia, zarówno publicznego, jak i prywatnego. Narzędzia wprowadzane przez przemysł naukowy umożliwiają kompleksową kontrolę oraz gwarantują rozwój metod leczenia. Urzeczywistnia się to m.in. w postaci scentralizowanych banków danych, technologii genetycznych, rozwoju urządzeń bionicznych czy digitalizacji.

W Polsce przykładem takich cyfrowych rozwiązań może być Internetowy Portal Pacjenta (IKP)⁶, e-recepty, e-skierowania, e-wizyty oraz obowiązkowy rejestr ciąż. Ostatni punkt wymieniony przez badaczy odnosi się do idei „płynności” ciała, a więc możliwości jego modyfikowania i transformowania. Narracja sugerująca predyspozycje do ciągłych zmian i przekształceń ujawnia się w ideach anti-aging (przeciwstarzeniowych), operacjach plastycznych czy tzw. „lekach stylu życia” (np. Viagra).

Reasumując, warto podkreślić, że pojęcie medykalizacji, które powstało w drugiej połowie XX wieku, ewoluowało na przestrzeni lat, zyskując nowe znaczenia i interpretacje. Wraz z biegiem czasu kolejni uczeni rozszerzali je o dalsze wymiary czy konteksty. Zauważono, że przedmiotem medycyny są nie tylko obszary biologiczne (obiektywne), ale również – czy też przede wszystkim – społeczne. Odejście od ujmowania wiedzy lekarskiej w kategoriach obiektywnej, ahistorycznej prawdy skłoniło badaczy do rozważenia jej w wymiarze instytucji kontroli społecznej (Zola, 1976; Foucault, 1987, 1999, 2011), przy jednoczesnym sprzeciwie wobec „redukowania człowieka do jego »biologicznego wyposażenia«” (Nowakowski, 2013: 36). Dostrzeżenie prymatu wiedzy eksperckiej (wiedzy-władzy) oraz relacji dominacji w stosunkach personelu medycznego z pacjentami, stworzenie modelu medycznego oraz stwierdzenie jego wszechobecności we wszystkich sferach życia człowieka, dokonane przez myślicieli takich jak Conrad, Foucault, Goffman, Szasz czy Zola, stanowiło wprowadzenie do dalszych refleksji na temat medykalizacji w kolejnych dekadach (zob. Nowakowski, 2013: 32–37, 84–90). Jak pisze Nowakowski (2013: 97–99), druga fala tego zjawiska zyskała określenie biomedykalizacji i została powiązana z pojęciem „zdezorganizowanego kapitalizmu”, a więc scentralizowaną kontrolą rynku medycznego przez duże korporacje, kulturą *self-care*, ujarzmianiem świata wewnętrznego jednostki poprzez innowacje technologiczno-cyfrowe czy też ideą transformacji ciała).

2.2. Medykalizacja opieki okołoporodowej w perspektywie historycznej

Ciąża i poród w różnych kulturach i przez wieki uznawane były za całkowicie naturalne, a nawet konieczne etapy w życiu każdej kobiety. Urodzenie dziecka stanowiło obowiązek, rola matki była postrzegana jako kluczowa w realizacji wzorców kobiecości narzucanych przez dominujące normy, reguły oraz wartości społeczne (Fox, Worts, 1999; Budrowska, 2000). Macierzyństwo uważano za fundamentalny aspekt życia kobiet, zaś bezpłodność (definiowaną jako problem płci żeńskiej) często traktowano w kategoriach kary boskiej, grzechu lub klątwy (Chapron i in., 1995).

6 Portal Pacjenta. <https://pacjent.gov.pl/> Dostęp: 21.05.2023

Do końca XVII i początku XVIII wieku opieka nad rodzącą tradycyjnie stanowiła domenę kobiet. Mężczyźni nie mieli możliwości uczestniczenia w porodzie, m.in. z uwagi na obowiązujące tabu czy przekonanie, że jest to „zajęcie niegodne ich powagi” (Rich, 2000: 195, za: Doroszewska, 2013: 94; Oleś-Binczyk, 2011: 45). Choć jedna z najbardziej wpływowych w dziejach ludzkości ksiązek o położnictwie i ginekologii napisana została przez mężczyznę, Soranusa z Efezu, męska obecność przy porodach była znikoma. Efektem tego społecznego zakazu była np. kara śmierci dla niemieckiego medyka, doktora Werta, który w 1522 roku przebrał się za kobietę, by wejść na salę porodową (Epstein, 2010: 16–19). W czasach antycznych i średniowiecznych lekarze zaangażowani byli jedynie sporadycznie, w przypadku porodów z dużymi komplikacjami. We wszystkich innych przypadkach odpowiedzialność za zdrowie i życie rodzącej spoczywała na akuszerkach bądź kobietach z najbliższego otoczenia – rodzinie, przyjaciółkach, znajomych czy sąsiadkach.

Informacje o roli doświadczonych kobiet pomagających przy porodach można znaleźć w Biblii i starożytnych przekazach źródłowych. Opisywane w nich akuszerki przygotowywały specjalne ekstrakty ziołowe kojące bóle i rany, wykonywały lecznicze masaże i udzielały wsparcia psychicznego (Doroszewska, 2013; Johanson i in. 2002; Klausen, 2013). Ze względu na to, że zarówno ciąża, jak i poród, naznaczone były licznymi przesadami oraz społeczno-kulturowymi nakazami, kobiety były pouczane, by podporządkować się podczas ciąży zasadom takim jak: zakaz patrzenia na księżyc, zakaz uprawiania seksu, nakaz picia alkoholu czy nakaz bycia miłą (pod groźbą poronienia) (Epstein, 2010: 17–25). Co więcej, w wyniku mitologizacji „cudu” narodzin, akuszerki i uzdrowicielki często oskarżane były o uprawianie magii (Rich, 2000: 199, za: Oleś-Binczyk, 2011: 46). Pomimo wielu stygmatyzujących wierzeń i uprzedzeń poród postrzegany był jednak w kategoriach biologicznego procesu, który przebiega w domowym zaciszu i może być wspierany naturalnymi środkami jedynie przez kobiety.

Istotny przełom w kwestii obecności mężczyzn przy porodzie oraz początków jego medykalizacji nastąpił pod koniec XVII wieku, kiedy to wskutek pogłębiania wiedzy w zakresie anatomii i fizjologii mężczyźni coraz częściej asystowali przy narodzinach. W tamtym okresie zaczęły również pojawiać się technologie medyczne mające na celu ułatwienie porodów. Pierwszym takim urządzeniem okazały się, wynalezione około 1600 roku przez rodzinę Chamberlenów, kleszcze położnicze, które służyły do wyciągania noworodka z łona matki. Stosowane były wyłącznie przy ciężkich porodach z komplikacjami, zaś dostęp do wynalazku był przywilejem danym tylko kobietom z wyższych sfer. Duży problem stanowił jednak fakt, że zabiegi z użyciem kleszczy położniczych wykonywane były po omacku – by uniknąć oskarżenia o cudzołóstwo, mężczyźni nie mogli patrzeć na narządy płciowe kobiet, w związku z czym wszystkie zabiegi wykonywane były pod prześcieradłem. Skutkowało to wieloma

wypadkami, które nierzadko prowadziły do śmierci rodzącej i/lub dziecka. Pomimo trudności akuszerki nie były jednak dopuszczane do korzystania z kleszczy, bowiem uważano, że posiadają niewystarczającą wiedzę medyczną (Epstein, 2010: 27–34).

Wynalezienie kleszczy położniczych było jednym z najważniejszych determinantów upowszechnienia pozycji horyzontalnej podczas porodu. Jak pisze Lauren Dundes, w większości tradycyjnych społeczeństw kobiety zwyczajowo rodziły w pozycji kucającej lub kolanowo-łokciowej, co potwierdzają już antyczne źródła, np. płaskorzeźba w świątyni Esneh w Egipcie przedstawiająca rodzącą Kleopatę (69–30 p.n.e.). Często spotykanym rozwiązaniem były również wprowadzone w starożytnym Babilonie (około 2000 r. p.n.e.), rekomendowane przez wspomnianego wcześniej Soranusa z Efezu „krzesła do rodzenia” (Dundes, 1987: 636; Dunn, 1991: 78; Modrzejewska, Torbé D., Torbé A., 2019: 808). Początków porodu „łóżkowego” można dopatrywać się pod koniec XVI wieku, kiedy to zachwalał go nadworny chirurg Ludwika XIII, Jacques Guillemeau. Pracując w słynnym, posiadającym oddział położniczy szpitalu Hôtel-Dieu de Paris, przyczynił się do rozpowszechnienia specjalnych łóżek do rodzenia. Poród „łóżkowy”, podobnie jak innowacja Chamberlenów, zaczął zyskiwać na znaczeniu jednak dopiero w drugiej połowie XVII wieku, m.in. za sprawą francuskiego lekarza-położnika François Mauriceau, który w 1668 roku opublikował pracę o pozytywnych aspektach ułożenia horyzontalnego podczas porodu. Wśród nich wymieniał m.in. większą kontrolę nad procesem narodzin, komfort kobiety rodzącej oraz możliwość ewentualnego użycia narzędzi, np. kleszczy, w przypadku niespodziewanych komplikacji (Dundes, 1987: 637–638; Dunn, 1991: 78; Modrzejewska, Torbé D. i A., 2019: 808).

Do popularyzacji nowatorskiego podejścia wobec pozycji podczas porodu wśród arystokracji, „przyczynił się także poród Madame de Montespan, kochanki króla Ludwika XIV, która rodziła w pozycji na wznak, aby król mógł oglądać narodziny dziecka zza zasłon” (Modrzejewska, Torbé D. i A., 2019: 808). Ludwik XIV promował asystę mężczyzn-położników (nie zaś kobiet-położnych) i był entuzjastą obserwowania porodów swoich żon i konkubin. Perspektywa obserwowania procesu narodzin, gdy kobieta siedziała na „krześle do rodzenia” była w jego mniemaniu niezadowolająca, zarządził więc porody na łóżku w pozycji horyzontalnej, by mieć lepszy widok.

W konsekwencji tych wydarzeń leżące (bądź też półleżące) ułożenie w porodu upowszechniło się w całej Europie i Ameryce Północnej pod nazwą „pozycji francuskiej”. Jednocześnie wśród kobiet zaczęło panować przekonanie, że poród w pozycji kucającej jest prymitywny i plebejski, stosowanie nowej pozycji stało się więc także kwestią społecznego statusu (Dundes, 1987; Dunn, 1991: 81; Modrzejewska, Torbé D. i A., 2019). Elżbieta Modrzejewska oraz Dorota i Andrzej Torbé pisali: „Z czasem, wraz z rozwojem technologii medycznej, uczucia rodzącej i jej naturalny,

instynktowny stosunek do porodu przestały mieć znaczenie dla personelu medycznego, a przymusowa akceptacja pozycji leżącej stała się powszechna” (2019: 808).

Wpływ monarchów na historię medykacji ciąży i porodu był widoczny także przy okazji wynalezienia eteru dietylowego oraz chloroformu, które służyły jako środki anestetyczne. Owe substancje chemiczne, posiadające właściwości narkotyczne, nasenne i znieczulające, pierwotnie przeznaczone były do użytku podczas zabiegów chirurgicznych. Powszechne przekonanie o konieczności przeżywania bólu podczas porodu, sankcjonowane słowami z Biblii: „Obarczę cię niezmiernie wielkim trudem twej brzemienności, w bólu będziesz rodziła dzieci...”⁷ – legitymizowało moralny zakaz korzystania ze środków uśmierzających ból podczas porodów (Rich, 1995: 159). Zmiana podejścia w tej kwestii nastąpiła w 1853 roku, kiedy to królowa Wiktorja, rodząc ósme dziecko, księcia Leopolda, zażądała narkozy chloroformowej. Choć późniejsze badania wykazały, że chloroform nie powinien być wykorzystywany jako środek anestetyczny ze względu na swoją toksyczność, wprowadzenie go wówczas do położnictwa było niewątpliwie ogromnym przełomem w myśleniu o bólu i możliwości jego niwelowania podczas porodu. Decyzja brytyjskiej władczyni miała znaczący wpływ na redefinicję samego pojęcia bólu (Caton, 1999: 54, za: Epstein, 2010: 15; Oleś-Binczyk, 2011: 46). Ideał „porodu bez bólu” towarzyszył później m.in. amerykańskim feministkom propagującym „*Twilight sleep*”, czyli środek z morfiny i skopolaminy powodujący ogólne rozluźnienie ciała bez utraty przytomności (Cassidy, 2006: 80–83).

Niemal jednocześnie z wynalezieniem chloroformu i eteru, w drugiej połowie XIX wieku, opanowano infekcję połogową, która stanowiła główny powód śmiertelności matek między XVIII–XX wiekiem (ok. 55–88%) i powodowała zgon niemal 9% rodzących kobiet (dane dla Anglii) (Chamberlain, 2006: 560; Loudon, 1986: 19–21). Początkowo jako przyczynę gorączki połogowej podawano uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, a więc nędzę czy ubóstwo, które prowadziły m.in. do złych warunków mieszkaniowych i niewłaściwej diety. Jako fundamentalny faktor wymieniano również „ignoranckie położne, które roznosiły poporodową gorączkę z domu do domu” (Loudon, 1986: 29). Dopiero około 1850 roku medyk Ignaz Semmelweis wykazał, że winni zakażeniom byli głównie nieuważni lekarze, którzy wykonując badania waginalne, przyjmując porody czy używając narzędzi lekarskich, przynosili na rodzące choroby od innych pacjentów (lub nawet z ciał zmarłych). Jako rozwiązanie tego problemu Semmelweis zaproponował mycie rąk środkami antyseptycznymi pomiędzy sekcjami zwłok a kontrolami pacjentów. Z uwagi na brak naukowych dowodów rekomendacje uczonego spotkały się z krytyką środowisk lekarskich i doprowadziły do

7 Księga Rodzaju [w:] Pismo Święte Nowego i Starego Testamentu, Wyd. Pallottinum, Poznań 1991, rozdział 3, werset 16.

wielu kontrowersji – teoria podważała zarówno instytucję szpitali, jak i autorytet medyków (Loudon, 1986). Ostatecznie największy wpływ na ograniczenie i wyeliminowanie gorączki poporodowej miały dopiero dokonania Ludwika Pasteura, który odkrył mechanizm infekcji bakteryjnej, oraz Josepha Listera, twórcy reguł aseptyki chirurgicznej (Oleś-Binczyk, 2011: 46).

Podobnie jak w przypadku kleszczy położniczych, środki anestezyjologiczne i antyseptyczne były dostępne głównie dla kobiet zamożnych, pochodzących z wyższych warstw społecznych, zaś zabiegi z ich użyciem były przeprowadzane tylko i wyłącznie przez lekarzy-mężczyzn. Sankcjonowało to wyższą pozycję społeczną doktorów, wspieraną dodatkowo przez ich akademickie wykształcenie, niedostępne dla kobiet (Doroszevska, 2013). Irvine Loudon podkreśla, że bycie położnikiem wiązało się wówczas z dużą władzą i prestiżem także dlatego, że od XVII wieku zaczęły powstawać placówki medyczne z oddziałami położniczymi, na których kobietami opiekował się właśnie męski personel (Loudon, 1986: 7).

W XVII–XVIII wieku kliniki miały złą sławę ze względu na warunki sanitarne (np. na pięć kobiet przypadało jedno łóżko), lecz pod wpływem wspomnianych odkryć sytuacja ta uległa zmianie. Liczba porodów w szpitalach wkrótce zaczęła gwałtownie rosnać: „W 1900 roku w szpitalach rodziło 5 procent kobiet. Do lat 30. XX wieku w szpitalach rodziła już około połowa wszystkich kobiet i 75 procent kobiet w miastach. A w latach 60. prawie każda kobieta w ciąży wybierała poród w szpitalu zamiast porodu w domu” (Epstein, 2010: 63–64). Mimo że pierwsze szkoły położnicze zakładane były przez kobiety, znacznie rzadziej niż mężczyźni zdobywały one możliwość zawodowych szkoleń i nauki w zakresie pomocy przy porodzie, przez co postrzegane były jako mniej kompetentne (Sajon, 1938; za: Doroszevska, 2013: 95).

W procesie medykalizacji położnictwa wyraźna jest zatem podkreślana przez Foucaulta ogromna rola czynników nie tylko stricte naukowych bądź biologicznych, ale też społecznych, związanych z danym okresem historycznym i obowiązującymi w nim obyczajami, kulturą czy normami. Jak piszą Modrzejewska i Torbé, około XVII–XIII wieku „poród zaczął być coraz częściej traktowany jako zabieg, w którym najważniejsze jest zmniejszenie liczby zgonów dzieci i matek przy użyciu dostępnej aparatury medycznej” (2019: 808). Sam Mauriceau postrzegał ciążę jako „guz brzucha”, a więc w kategoriach patologicznego, anormalnego stanu, który wymaga kompleksowej opieki (Dundes, 1987: 638). Dostrzegalna jest tu zatem wspomniana przez pionierów antypsychiatrii tendencja do definiowania naturalnych procesów życia ludzkiego w kategoriach choroby, a więc pierwsze oznaki prymatu spojrzenia medycznego, jak również wstępne konstytuowanie się eksperckiej wiedzy-władzy, wykluczającej z położnictwa do tej pory zajmujące się nim kobiety-położne. Rywalizacja między wykształconymi, „profesjonalnymi” lekarzami płci męskiej a posługującymi się tradycyjną, przekazywaną z pokolenia na pokolenie wiedzą położnymi stawiała się

na przełomie XVII i XVIII wieku coraz bardziej widoczna, zaś wraz z kolejnymi odkryciami jedynie przybierała na sile (Doroszewska, 2013: 95; Oleś-Binczyk, 2011: 46).

Podsumowując, warto zauważyć, że medykalizacja ciąży, porodu i opieki okołoporodowej postępowała stopniowo i miały na nią wpływ trendy wyznaczone przez elity, autorytety świata medycyny oraz ruchy społeczne. Kluczowym czynnikiem mającym wpływ na kierunek zmian były wynalazki (np. kleszcze położnicze, narkoza chloroformowa, środki antyseptyczne) oraz zalecana pozycja podczas porodu. Dominująca wiedza-władza lekarzy uwidaczniała się zarówno w relacjach z pacjentami, jak i akuszerkami – prymat profesjonalizmu akademickiego wykluczał bądź ograniczał działania kobiet zajmujących się położnictwem, jednocześnie wpływając na społeczne postrzeganie rodzących kobiet jako osób chorych. Od XVII wieku coraz bardziej popularne stawały się porody w klinikach i szpitalach, co wzmacniało instytucjonalizację opieki okołoporodowej i wiązało się z poglądem, że nadzór medyków płci męskiej jest bardziej prestiżowy niż opieka kobiet-położnych.

2.3. Medykalizacja opieki okołoporodowej we współczesnych społeczeństwach

Pozytywny wpływ nauk medycznych, w tym nowych technologii, na spadek śmiertelności rodzących oraz noworodków jest niepodważalny. Od końca XIX wieku w wyniku pojawiania się nowych możliwości badań i diagnostyki (np. USG, KTG), środków farmakologicznych (np. analgezji wziewnej, znieczulenia zewnątrzoponowego, petydynaoksytycyny), czy też innowacyjnych, skutecznych metod odbierania porodów (np. cesarskie cięcie, poród kleszczowy, poród próżniowy) liczba zgonów kobiet i dzieci spowodowanych prenatalnymi wadami płodu bądź komplikacjami przy porodzie sukcesywnie się zmniejszała (Johanson, Newburn, Macfarlane, 2002; Oleś-Binczyk, 2011; Shaw, 2013; WHO, 2022). W 1990 roku fundacja UNICEF i Światowa Organizacja Zdrowia podały, że śmiertelność matek w rozwiniętych krajach wynosi około 27 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń, zaś w krajach mniej rozwiniętych około 480 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń. W najnowszym raporcie z 2022 roku WHO informuje, że w 2017 roku śmiertelność kobiet rodzących wyniosła jedynie 13 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń w Europie i 57 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń w Amerykach. Kraje afrykańskie znalazły się na ostatnim miejscu z wynikiem 525 zgonów na 100 tys. żywych urodzeń. W porównaniu z 2000 rokiem w 2022 odnotowany został zatem spadek 40% w przypadku śmiertelności matek oraz 60% w przypadku śmiertelności noworodków (WHO, 2022: 24).

Pomimo tak wyraźnych pozytywnych aspektów medykalizacji opieki okołoporodowej, spotkała się ona z istotną krytyką środowisk feministycznych, pionierów ruchu antypsychiatrycznego i badaczy oraz badaczek zajmujących się np. socjologią

medycyny. Zauważyli oni, że w wyniku rozpowszechniania coraz liczniejszych działań medycznych ciąża i poród ulegają patologizacji (Clesse i in. 2018; Nowakowski, 2013; Shaw, 2013). Ruchy feministyczne podkreślały przede wszystkim problem „kontroli kobiecych ciał”, a więc pozbawianie kobiet wolności wyboru w wyniku nadmiernej instytucjonalizacji i paternalizmu lekarskiego. Przeciwnicy prymatu wiedzy medycznej argumentują, że dominacja wiedzy-władzy eksperckiej skutkuje uprzedmiotowieniem i alienacją rodzącej, a co za tym idzie dehumanizacją jej indywidualnych przeżyć. Zauważona została także kwestia dewaluowania pracy położnych oraz negatywnego wpływu nastawionych na zysk koncernów farmaceutycznych (Clesse i in. 2018; Doroszevska, 2013, 2016; Rich, 1995; Shaw, 2013). By przyjrzeć się bliżej tym procesom w kontekście jednostkowych doświadczeń, należy jednak najpierw zarysować różnicę między definicją porodu „naturalnego” (fizjologicznego) i zmedykalizowanego.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Edukacji Porodowej (The International Childbirth Education Association – ICEA) (2015) rozpoznaje następujące cechy porodu fizjologicznego: „charakteryzuje się spontanicznym początkiem skurczów macicy i postępem porodu; obejmuje warunki biologiczne i psychologiczne sprzyjające efektywnemu porodowi; skutkuje porodem pochwowym dziecka i łożyska; powoduje fizjologiczną utratę krwi; ułatwia optymalną adaptację (transition) noworodka poprzez kontakt »skóra do skóry« [dwugodzinny, nieprzerwany kontakt noworodka z matką zaraz po porodzie; noworodek leży na nagiej piersi matki przykryty kocem bądź pieluszką – przyp. autorki] oraz utrzymanie matki z niemowlęciem razem w okresie poporodowym; wspomaga wczesne rozpoczęcie karmienia piersią”. Podobnie poród naturalny określa Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), pisząc o spontanicznym początku porodu, niskim ryzyku komplikacji, samoistnych narodzinach niemowlęcia w pozycji wierzchołkowej między 37 a 42 ukończonym tygodniem ciąży i dobrym stanie matki i niemowlęcia po zakończonym porodzie (ICEA, 2015). Podsumowując powyższe definicje, należy zatem stwierdzić, że tzw. poród naturalny odbywa się pod koniec drugiej połowy trzeciego trymestru ciąży, rozpoczyna się mimowolnymi, instynktownymi skurczami macicy, nie wymaga interwencji medycznych i skutkuje narodzinami dziecka oraz wydalaniem łożyska przez drogi rodne. Wiele badanych oraz lekarzy/ek podkreśla, że ten rodzaj porodu ma wiele zalet i wpływa korzystnie na dobrostan psychiczny oraz fizyczny matki i dziecka. Wśród najważniejszych pozytywnych aspektów wymieniane są m.in. mniejszy ból poporodowy, szybsza regeneracja rodzącej i noworodka, mniejsze ryzyko powikłań, ułatwienie samoistnego rozpoczęcia laktacji, mniejsze ryzyko wystąpienia depresji poporodowej czy też efektywne przeniesienie flory bakteryjnej matki na noworodka (Oleś-Binczyk, 2011; Romano, Lothian, 2008; za: ICEA, 2015).

Należy podkreślić, że sformułowane konkluzje dotyczące porodu naturalnego wskazują na minimalizację ingerencji personelu medycznego w proces narodzin, jak również niestosowanie technologii medycznych i procedur chirurgicznych. Dodatkowo akcentują one istotną rolę procesów biologicznych, np. spontanicznych skurczy, utraty krwi i kontaktu „skóra do skóry”. Jednocześnie niewskazane są bezpośrednio środki bądź ingerencje medyczne, które powodują, że dany poród nie może zostać nazwany fizjologicznym. Definicje nie określają także miejsca porodu (placówka medyczna, dom, szpital, klinika) ani tego, kto w nim uczestniczy (położne, akuszerki, rodzina, przyjaciele, znajomi). Skutkiem tego indywidualne definicje porodu naturalnego kobiet mogą być znacząco zróżnicowane.

W zmedykalizowanej perspektywie ciąża i poród postrzegane są w kategoriach patologicznych, anormalnych stanów, nie zaś jako naturalne, biologiczne procesy (Brubaker, Dillaway, 2009: 34). Głównym czynnikiem warunkującymi poziom medykacji opieki okołoporodowej jest liczba czy też stopień medycznych interwencji, np. elektroniczne monitorowanie płodu, kroplówki dożylnie, wkłucia do żyły obwodowej, stymulowanie akcji skurczowych, nacięcia krocza, użycie kleszczy położniczych. Wśród kluczowych wskaźników tego zjawiska wymienia się również: „1) wysoki odsetek porodów szpitalnych; 2) wysoki odsetek porodów indukowanych; 3) wysoki odsetek cesarskich cięć; 4) asystę lekarza w czasie fizjologicznie przebiegającego porodu; 5) niestosowanie/ograniczone stosowanie wertykalnych pozycji w porodzie; 6) zaciśnięcie pępownicy przed ustaniem tętnienia; 7) przerwanie dwugodzinnego kontaktu »skóra do skóry«” („Rodzić po Ludzku”, 2017: 22–23). Dodatkowo istotnym faktorem jest także dążenie do całkowitego zniwelowania obecności bólu podczas porodu, możliwe do osiągnięcia przy wykorzystaniu farmakologicznych bądź niefarmakologicznych metod jego łagodzenia (Benyamini i in. 2017; „Rodzić po Ludzku”, 2017; Shaw, 2013).

Jak pisze Marsden Wagner, w zmedykalizowanym modelu porodu rodząca znajduje się w sytuacji, w której jej społeczno-kulturowe uwarunkowania, personalne potrzeby, doświadczenia i zapatrywania nie są uwzględniane, bowiem poród identyfikowany jest przez personel medyczny w kategoriach „(...) procesu mechanicznego, mającego na celu uwolnienie dziecka z ciała kobiety” (Wagner, 2000; za: „Rodzić Po Ludzku”, 2017: 20). Rutynowość tej procedury sprawia, że automatycznie stosowane są także wszelkie środki farmakologiczne oraz zabiegi medyczne (np. cesarskie cięcia, użycie oksytocyny, nacięcia krocza, znieczulenia itd.), odbywające się pod ścisłą kontrolą personelu placówki. W konsekwencji rodząca traktowana jest często przedmiotowo. Otoczona obcymi jej ludźmi w nieznanym miejscu (najczęściej szpitalu lub klinice), jest zmuszona oddać się w ręce ekspertów, którzy decydują o tempie, czasie trwania i dynamice porodu oraz wymuszają podporządkowanie określonym standardom i normom. Kobieta postrzegana jest jako osoba

niewystarczająco kompetentna do podejmowania autonomicznych decyzji dotyczących zdrowia zarówno własnego, jak i dziecka (Wagner, 2000; za: „Rodzić Po Ludzku”, 2017).

Można zatem zauważyć, że medykalizacja ciąży i porodu w praktyce cechuje się zarówno powszechnym korzystaniem z technologii medycznych, np. USG, badań laboratoryjnych, podawania oksytocyny, stosowania kleszczy położniczych, jak również prymatem wiedzy-władzy lekarzy/ek, pielęgniarzy/ek, położników/yh. Jak podkreśla Antonina Doroszevska, „ingerencja w fizjologiczny przebieg ciąży czy porodu prowadzi niejednokrotnie do kolejnej interwencji i powstaje tzw. kaskada interwencji” (2016: 48). Co więcej, przekonanie o słuszności paradygmatu medycznego sankcjonuje wszechobecną kontrolę i sprawia, że „lekarze redefiniują pojęcie »prawidłowy« jako zapobieganie »nieprawidłowemu«”, co wpływa na dehumanizację procesu narodzin („Rodzić po Ludzku”, 2017: 21). Wspiera się założenie, że specjalistycznej pomocy wymagają wszystkie porody, a nie tylko porody wysokiego ryzyka. Niejednokrotnie skutkuje to alienacją i uprzedmiotowieniem kobiety, której odbierana jest sprawczość oraz decyzyjność w niezwykle intymnych, indywidualnych kwestiach. Rodząca postrzegana jest w kategoriach „kolejnej” pacjentki, która musi dostosować się do obowiązujących na terenie szpitala reguł, formalności oraz procedur. Jej uczucia, poglądy czy społeczno-kulturowe uwarunkowania nie są uwzględniane (Doroszevska, 2016; „Rodzić po Ludzku”, 2017; Shaw, 2013: 522).

Jak zauważają liczni badacze i badaczki, obecnie w zachodnich społeczeństwach dominuje zmedykalizowany model porodu. Fakt ten potwierdzają liczne raporty oraz publikacje zarówno dotyczące poszczególnych krajów (Brubaker, Dillaway, 2009; Declercq, 2017; Doroszevska, 2016; Oleś-Binczyk, 2011; „Rodzić po Ludzku”, 2017; Shaw, 2013), jak i opisujące to zjawisko z perspektywy międzynarodowej (Benyamina i in. 2017; Clesse i in. 2018; Johanson, Newburn, Macfarlane, 2002; WHO, 2022). Światowa Organizacja Zdrowia (2022: 63) podaje, że pomiędzy 2015 a 2021 rokiem około 84% żywych urodzeń (globalnie) odbyło się ze wsparciem wykwalifikowanego personelu medycznego – lekarzy/ek, pielęgniarzy/ek, położników/yh. Stanowi to wzrost o około 20 punktów procentowych w porównaniu z latami 2001–2007. W Polsce w 2015 roku odsetek porodów szpitalnych sięgał aż 99,81% („Rodzić po Ludzku”, 2017). Jak pisze Jessica Shaw, w Ameryce Północnej w 2013 roku odsetek porodów o zmedykalizowanym charakterze wynosił 95% (Harper, 2005; Janssen, Henderson, Vedam, 2009; za: Shaw, 2013: 522).

Jednym z najważniejszych wskaźników medykalizacji opieki perinatalnej jest procent porodów przez cesarskie cięcie. Według norm zalecanych przez WHO w 2015 roku odsetek ten nie powinien przekraczać 10% ze względu na fakt, że po pierwsze, „(...) wraz ze wzrostem tej wartości nie idzie dalsze obniżanie się współczynników śmiertelności okołoporodowej matek i dzieci, a po drugie, operacja, jaką jest

cesarskie cięcie, może przyczyniać się do poważnych oraz niejednokrotnie przewlekłych komplikacji i powinna być wykonywana tylko z jednoznacznych wskazań medycznych” (Doroszevska, Nowakowski, 2017: 173). Decyzja o wykonaniu cesarskiego cięcia może zostać podjęta zarówno przez lekarza/kę, jak i przez samą rodzącą, „na życzenie”. Jako jeden z kluczowych powodów wyboru takiego rozwiązania przez kobiety podaje się (niejednokrotnie uzasadnione) obawy o brak dostępu do znieczulenia zewnątrzoponowego i niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu („Rodzić po Ludzku”, 2017). Według danych w 2014 roku procent cesarek wynosił 32,3% w Ameryce Północnej i 25% w Europie (Benyaminia i in. 2017: 2). Fundacja „Rodzić po Ludzku” (2017) podkreśla, że w Polsce jest on równy 43% i stanowi jeden z najwyższych odsetków w Europie.

Problem przemedycyzowanego modelu opieki okołoporodowej w Polsce ujawnia się także w innych danych. Choć większość placówek medycznych deklaruje, że wkłucie do żyły obwodowej w izbie przyjęć nie jest standardową procedurą, aż 89% rodzących pacjentek (w 2015 roku) poinformowało, że miały założony w szpitalu wenflon. Według zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia udział porodów indukowanych nie powinien być wyższy niż 10% ogółu porodów, tymczasem w polskich szpitalach sięga on aż 19%. Podobnie sytuacja przedstawia się również w przypadku: 1) nacinania krocza – około 50% kobiet w Polsce zostało poddanych episiotomii podczas porodu fizjologicznego, wbrew podkreślanym przez liczne badania negatywnym konsekwencjom tego zabiegu; 2) porodów ze stymulowaną akcją skurczową – stanowią one 25% ogółu porodów mimo rekomendacji WHO mówiącej o nieprzekraczalnych 10%; 3) pozycji wertykalnych – w polskich szpitalach dominują porody horyzontalne, „które utrudniają fizjologiczny przebieg porodu”: na boku (62%) i na plecach (59%); 4) odcinaniem pępowiny przed ustaniem tętnienia – mimo wyraźnych przeciwwskazań 6% klinik w Polsce stosuje takie rozwiązanie; 5) kontaktu „skóra do skóry” – aż 68% placówek medycznych nie stosuje się do zalecenia nieprzerwanego dwugodzinnego kontaktu, który przerywa się w celu przeprowadzenia badań czy ubrania noworodka („Rodzić po Ludzku”, 2017: 12). Dodatkowo zauważalne jest również nadmierne monitorowanie serca płodu (KTG), podawanie kroplówki podczas porodu fizjologicznego w celu nawodnienia rodzącej (35% przypadków) i regularna asysta lekarza/ki w trakcie porodów bez komplikacji („Rodzić po Ludzku”, 2017).

Wbrew wysokim wskaźnikom świadczącym o zbyt dużej ingerencji medycyny w proces narodzin, współcześnie obserwowalna jest coraz rosnąca tendencja do demedykalizacji opieki okołoporodowej. Jednym z obserwowalnych mierników tego trendu jest wzrastający (choć nadal bardzo mały) udział porodów domowych; delikatnie spadające procentowe udziały cesarskich cięć, nacięć krocza itd; tworzenie przy szpitalnych domów narodzin, czy też coraz liczniejsze analizy badawcze wskazujące na nadmierną medycyzację (Johanson, Newburn, Macfarlane, 2002; Oleś-Binczyk,

2011; Shaw, 2013; Doroszevska, Nowakowski, 2017; Declercq, 2017). W 2015 roku Międzynarodowe Stowarzyszenie Edukacji Porodowej (ICEA) wymieniło następujące praktyki sprzyjające promocji porodu naturalnego: unikanie niepotrzebnych z medycznego punktu widzenia indukcji porodów, zapewnianie swobody poruszania się rodzącej, zapewnianie stałego wsparcia porodu, unikanie rutynowych interwencji i ograniczeń, zachęcanie do spontanicznego parcia w pozycjach innych niż leżące oraz utrzymywanie matki i dziecka razem po urodzeniu bez ograniczeń w karmieniu piersią (Lamaze International, 2009; za: ICEA, 2015).

Istotne w tej sprawie są także wydane przez WHO zalecenia „Poród nie jest chorobą”, w których jest mowa m.in. o polityce wprowadzania nowych technologii i usług medycznych na rynek, międzydyscyplinarnej ocenie innowacji, szkodliwości rutynowego nacinania krocza, potrzebie zapewnienia dobrego psychicznego samopoczucia matki itd.⁸ Ważne jest także powstawanie instytucji pozarządowych wspierających decyzyjność i autonomię kobiet podczas porodów, takich jak Women’s Health Movement bądź przywoływana Fundacja „Rodzić po Ludzku” (Doroszevska, Nowakowski, 2017; „Rodzić po Ludzku”, 2017). Dzięki akcjom prowadzonym przez polską organizację w 2018 roku Ministerstwo Zdrowia wydało obowiązujące wszystkie krajowe placówki medyczne rozporządzenie o Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej⁹. W dokumencie podkreślono przede wszystkim prawa rodzących, np. prawo do informacji; prawo do poszanowania intymności, prywatności i godności osobistej; prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych; prawo do dwugodzinnego, nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry”; prawo do ochrony krocza przed nacięciem. Co więcej, w Standardzie zwraca się uwagę na świadome decyzje, aktywność, sprawczość i możliwość artykułowania swoich potrzeb przez rodzące kobiety. Idea „humanizacji” i „naturalizacji” porodów przybiera zatem na sile, co ujawnia się nie tylko w oddolnych inicjatywach i działaniach fundacji, ale również w aktach prawnych.

Liczne opracowania i analizy dotyczące medykalizacji opieki okołoporodowej w Polsce oraz za granicą skupiają się jednak głównie na podawaniu „suchych” danych liczbowych i niemal całkowicie pomijają głosy rodzących kobiet. Niewiele mówi się o subiektywnych, opartych na doświadczeniach zapatrywaniach rodzących, chociaż wydają się być one kluczowe dla zrozumienia tego zagadnienia. Jak zauważają autorzy badania na temat postaw wobec medykalizacji porodu, wiedza o indywidualnych potrzebach, obawach i wyobrażeniach pozwala na trafniejszą interpretację zarówno

8 „Rodzić po Ludzku”. Baza wiedzy: Sprawozdania 2005. <https://rodzicpoludzku.pl/baza-wiedzy/wiesci-ze-swiata/sprawozdania-2005-127/> Dostęp: 21.05.2023.

9 „Rodzić po Ludzku”. Infografika o Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej. <https://rodzicpoludzku.pl/poznaj-swoje-prawa/standard-opieki-okoloporodowej-poznaj-swoje-prawa/infografika-o-standardzie-organizacyjnym-opieki-okoloporodowej/> Dostęp: 21.05.2023.

procesów medykalizacji, jak i humanizacji opieki okołoporodowej (Benyaminia i in., 2017). Np. wyniki badań realizowanych w Izraelu pokazały, że rodzące mają bardziej przychylną postawę wobec medykalizacji, gdy są młodsze, mniej wykształcone, są imigrantkami ze Związku Radzieckiego lub mają skomplikowaną historię położniczą (np. poronienie, in-vitro itd.). Ich nastawienie wiązało się ze strachem przed porodem i zwiększało prawdopodobieństwo bardziej zmedykalizowanych narodzin. Dodatkowo kobiety planujące odgórnie swój poród, np. przez cesarskie cięcie lub użycie znieczulenia zewnątrzoponowego, wyrażały korzystniejsze opinie wobec interwencji medycznych. (Benyaminia i in., 2017).

Inna analiza, przeprowadzona między 2019–2020 rokiem przez zespół hiszpańskich badaczy, dowiodła, że zdecydowana większość kobiet (niecałe 80%) pozytywnie odnosi się do kwestii ciągłego monitorowania płodu, nadzoru lekarskiego i dostępności służb ratunkowych, zaś „(...) 64,8% uważa znieczulenie zewnątrzoponowe za metodę bezpieczną i zgadza się z jego stosowaniem” (Espinosa i in. 2022: 6). Jak podkreślają autorzy artykułu, poród w warunkach szpitalnych przy asyście profesjonalnej pomocy lekarskiej wydaje się zapewniać większe poczucie bezpieczeństwa i dlatego też rodzące preferują poród zmedykalizowany.

3. Część empiryczna

3.1. Metodologia

3.1.1. Metoda badawcza

W badaniu zastosowana została jakościowa metoda zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI – Focused Group Interview) polegająca na jednoczesnej rozmowie badaczki (moderatorki) z kilkoma osobami badanymi oraz metoda wywiadu indywidualnego pogłębionego (IDI – Individual In-Depth Interview). Techniki te pozwalają na poznanie personalnych historii kobiet rodzących i dostrzeżenie towarzyszących im emocji.

3.1.2. Procedura doboru próby i związane z nią wyzwania

Przeprowadziłam jeden wywiad grupowy z kobietami w przedziale wiekowym 22–65 lat, a także dwa wywiady indywidualne z kobietami w wieku 38 i 65 lat. Zdecydowałam się na wywiady z kobietami pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, gdyż spodziewałam się, że ich doświadczenia będą stosunkowo „świeże”, a zatem że będą dobrze

odzwierciedlały aktualną sytuację związaną z medykacją opieki okołoporodowej w dużych miastach w Polsce. Dodatkowo powzięłam decyzję o przeprowadzeniu badań fokusowych w grupie zróżnicowanej wiekowo, bowiem chciałam skontrastować poglądy osób z różnych generacji. Pozwoliło to na współtworzenie bardziej rozbudowanej, wielowymiarowej i bogatej w różne opinie dyskusji między badanymi, a także na zauważenie zmian zachodzących na przestrzeni ostatnich dekad.

Rekrutacja osób do badania odbyła się na dwa sposoby: poprzez portale społecznościowe oraz metodą kuli śnieżnej. Dobór próby był częściowo celowy, bowiem starałam się uzyskać jak najbardziej zróżnicowaną wiekowo grupę. Początkowo planowałam szukać osób chętnych do udziału w wywiadach wyłącznie poprzez grupy na Facebooku, takie jak „Mama dla Mamy”, „Mama w Warszawie”, „Warszawskie Mamy”, „Babskie Bielany – sąsiedzka grupa dla kobiet”, „Hallo gdzie rodzić – Warszawa?”. Niestety w wyniku umieszczenia na wyżej wymienionych forach postów z prośbą o pomoc w realizacji pracy licencjackiej udało mi się zrekrutować jedynie dwie kobiety. Zdecydowało to o włączeniu drugiej techniki, *snowball sampling*, polegającej na szukaniu respondentek w dalszych grupach znajomych. Wiązało się to z ryzykiem zbyt bliskich relacji z badanymi, jednak zadbałam o to, aby sieci znajomości były na tyle odległe, by nie powodowały wątpliwości o obiektywność mojej pracy. Fakt, że osoby, z którymi rozmawiałam, były dla mnie, moderatorki, nieznajome, pozwolił zachować jak największy profesjonalizm i obiektywizm. Dużą trudnością przy rekrutacji okazało się także znalezienie kobiet pomiędzy 18 a 26 rokiem życia, które doświadczyły ciąży i porodu. Średni wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko w Polsce wynosił w 2021 roku według danych Głównego Urzędu Statystycznego 29 lat¹⁰, stąd też można stwierdzić, że jest to grupa w pewien sposób niedoreprezentowana. Na wywiadzie FGI miały pojawić się dwie kobiety poniżej 26 roku życia, jednak jedna z nich zrezygnowała chwilę przed rozpoczęciem rozmowy.

Choć interesowała mnie perspektywa zarówno porodów szpitalnych/w klinikach, jak i domowych, nie pytałam kobiet podczas rekrutacji o miejsca rodzenia, co poskutkowało brakiem reprezentacji porodów domowych. Nie było to dla mnie jednak dużym zaskoczeniem, gdyż, tak jak wspominałam w części teoretycznej, odsetek porodów szpitalnych w Polsce utrzymuje się na poziomie ponad 99% („Rodzić po Ludzku”, 2017).

Mając na uwadze trudności związane z organizacją stacjonarnych spotkań (w szczególności wywiadu grupowego), postanowiłam przeprowadzić rozmowy z kobietami, które mieszkają w stolicy. Dzięki temu możliwe było zredukowanie ewentualnych kosztów podróży (np. czasowych, finansowych) zarówno moich, jak i moich

10 Główny Urząd Statystyczny. Baza danych Demografia: Urodzenia 2021. <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>. Dostęp: 07.08.2023 r.

rozmówczyń. Podjęłam decyzję o wyłączeniu metody wywiadów online (przez platformy takie jak ZOOM i Google Meet) ze względu na to, że prawdopodobnie zwiększyłaby ona dystans między badanymi i mogłaby powodować poczucie dyskomfortu w dzieleniu się intymnymi doświadczeniami, np. ze względu na brak odpowiedniej przestrzeni do rozmowy w trakcie połączenia wideo.

3.1.3. Charakterystyka rozmówczyń

W tabeli 1 przedstawiam podstawowe dane o osobach biorących udział w badaniu. Zdecydowałam się na umieszczenie informacji o: rodzaju wywiadu (grupowy/indywidualny), wieku respondentek oraz o liczbie i wieku posiadanych dzieci.

Tabela 1. Charakterystyka rozmówczyń

| Rodzaj wywiadu | Nr respondentki | Wiek respondentki | Ilość posiadanych dzieci | Obecny wiek posiadanych dzieci (rok porodu) |
|----------------|-----------------|-------------------|--------------------------|--|
| FGI | Respondentka 1 | 22 lata | 1 | ok. 2 lata (2021) |
| FGI | Respondentka 2 | 32 lata | 1 | ok. 2 lata (2021) |
| FGI | Respondentka 3 | 39 lat | 1 | ok. pół roku (2023) |
| FGI | Respondentka 4 | 40 lat | 2 | 1. 8 lat (2015) 2. 5 lat (2018) |
| FGI | Respondentka 5 | 56 lat | 4 | 1. 24 lata (1999) 2. 22 lata (2001) 3. 18 lat (2005) 4. 15 lat (2008) |
| FGI | Respondentka 6 | 60 lat | 4 | 1. 26 lat (1997) 2. 23 lata (2000) 3. 17 lat (2006) 4. 16 lat (2007) |
| IDI 1 | Respondentka 7 | 65 lat | 3 | 1. 41 lat (1982) 2. 40 lat (1983) 3. 22 lata (2001) |
| IDI 2 | Respondentka 8 | 38 lat | 2 | 1. 13 lat (2010) 2. 7 lat (2016) |

* Jedna respondentka jest z wykształcenia anestezjolożką i pracowała na oddziałach położniczych.

3.1.4. Wyzwania badawcze związane z przeprowadzaniem wywiadów

Ze względu na fakt, że indywidualne doświadczenia związane z ciążą i porodem mogą stanowić przeżycia trudne i powodować pewien dyskomfort, niezwykle istotne było zapewnienie bezpiecznego środowiska i komfortowej atmosfery dla osób badanych. Przed rozpoczęciem badania upewniłam się, że udział kobiet jest w pełni dobrowolny. Badane podpisały formularz świadomej zgody na badanie naukowe zatwierdzony uprzednio przez moją promotorkę. Rozmowy były nagrywane, zaś dostęp do nagrań posiadam jedynie ja oraz moja promotorka. Dodatkowo poinformowałam o możliwości rezygnacji z uczestnictwa w dowolnym momencie bez podania przyczyn (zob. Babbie, 2008). Rozmowy (grupowe i indywidualne) zostały przeprowadzone w Fokusowni – specjalnej sali przeznaczonej do wywiadów FGI, znajdującej się na Wydziale Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego. Zgodnie z etyką badań jakościowych, na początku badania dokładnie opisałam cel mojej pracy oraz zapewniałam uczestniczki o ich anonimowości, a także zwróciłam się z prośbą o zachowanie poufności przekazywanych informacji. Poprosiłam również, aby każda z kobiet się przedstawiła, co pozwoliło na rozluźnienie atmosfery, a także zmniejszenie dystansu między badanymi. Jak pisze Rosaline Barbour, przy stosowaniu metody FGI „[...] uczestników nie zmusza się do udzielania odpowiedzi na wszystkie pytania i pozwala im się decydować, czym chcą się podzielić, a co wolą zachować dla siebie” (2011: 138).

W procesie doboru próby dbałam o to, żeby osoby, które będą uczestniczyć w badaniu grupowym były dla siebie obce, dzięki czemu minimalizowałam możliwość wystąpienia sytuacji, w której kobieta nie będzie chciała się podzielić swoimi odczuciami bądź historią ze względu na wstyd czy skrępowanie przy kimś znajomym. Jako moderatorka dołożyłam wszelkich starań, aby wszystkie rozmówczynie odnosiły się do siebie nawzajem z szacunkiem i żeby dyskusje przeprowadzane były w przyjaznej atmosferze.

Jednym z istotnych problemów, które mogłam napotkać podczas realizacji badania, był brak zaufania. Ze względu na fakt, że jestem młodą kobietą, która nie doświadczyła ciąży ani porodu, mogę sprawiać wrażenie osoby niekompetentnej bądź niedostatecznie dojrzałej do poruszania takich kwestii. Co więcej, jestem również niedoświadczoną badaczką, studentką socjologii I stopnia, co może mieć wpływ na otwartość i szczerść wypowiedzi. Nie jestem także osobą kwalifikowaną do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, zaś w trakcie wywiadów mogły się pojawić momenty, w których osoby badane znalazłyby się pod wpływem bardzo silnych emocji i przydatna byłaby pomoc psychologa, czy też psychoterapeuty. Byłam zatem przygotowana, aby w takim przypadku móc przekazać numer do Kryzysowego Telefonu Zaufania (116 123), czyli ogólnopolskiej, bezpłatnej, całodobowej pomocy psychologicznej dla

dorosłych¹¹. Zapoznałam się także z projektem „Przystanek Mama”¹², który zajmuje się kwestią depresji poporodowej i zapewnia bezpłatne konsultacje psychologiczne (stacjonarnie i online). Dodatkowo szeroki przegląd literatury przedmiotu pozwolił mi na zapoznanie się z różnymi aspektami doświadczeń ciąży i porodu, dzięki czemu jestem bardziej świadoma problemów, które dotyczą kobiet rodzące.

3.2. Wyniki badań

3.2.1. Definiowanie pojęć związanych z medykacją opieki okołoporodowej

Poród (nie)naturalny

Definiując pojęcie „porodu fizjologicznego” respondentki, zarówno podczas wywiadów indywidualnych, jak i FGI, były zdecydowanie zgodne, że warunkiem „naturalności” jest konieczność porodu kanałem rodny. Porody fizjologiczne opisywano za pomocą słów: „tradycyjne”, „siłami natury”, „normalne”. Jako porody „nienaturalne” wymieniano głównie cesarskie cięcie. Zdania w kwestii porodów kleszczowych i próżniowych były podzielone. Część badanych stwierdziła, że są one jedynie „wspomagane”, ale odbywają się także kanałem rodny, zatem można je nazwać „naturalnymi”. Niektóre respondentki negowały jednak tę opinię, charakteryzując porody przez cesarskie cięcie, próżniowe i kleszczowe jako „instrumentalne”, „zmedykalizowane”, „z ingerencją osób trzecich”:

[PYT: Co by decydowało o tym, że nie można porodu nazwać naturalnym?]

Każda interwencja, gdzie się używa kleszcze albo vacuum, albo przystępuje się do instrumentalnego wydobycia, czyli do cięcia cesarskiego, bo to już nie są naturalne. – Respondentka 7

Wszystkie badane podkreślały, że włączenie procedur medycznych, takich jak nacięcie krocza, znieczulenie podpajęczynówkowe, znieczulenie zewnątrzoponowe bądź podanie kroplówek dożylnych, nie ma wpływu na „naturalność” porodów. Wymienione działania były definiowane jako pomoc, która jedynie sprzyja ułatwieniu fizjologicznego procesu:

Dla mnie jest to nadal naturalne [ze znieczuleniem], bo to tylko tak nas wzmacnia, żebyśmy miały siłę na ten finalny [...]. Bo to znieczulenie tylko umożliwia mi to, że mam później

11 Telefony Zaufania. <https://warszawa19115.pl/web/guest/-/telefony-zaufania-przydatne-infolinie>. Dostęp: 15.05.2023.

12 Projekt „Przystanek Mama”. <https://przystanekmama.copernicus.gda.pl/o-projekcie/>. Dostęp: 15.05.2023.

więcej siły, bo nie jestem zmęczona tym bólem, tak, przedporodowym. Że mam tę siłę, że nie jestem wymęczona. – Respondentka 8

Przy tłumaczeniu pojęcia „porodu naturalnego” pojawiły się także skojarzenia odnoszące się do porodów domowych w znajomym kobiecie otoczeniu:

Więc to jest takie trudne z tego względu, że każdy rozumie co innego pod tym pojęciem porodu naturalnego. My chyba tak zwyczajowo rozumiemy, że to jest taki poród w takich warunkach nieszpitalnych, prawda, łagodnych. Taki nieinstrumentalny. – Respondentka 7

Ciąża jako naturalny, ale sterowalny proces

Badane charakteryzowały ciążę jako „naturalny” (choć niekonieczny) etap życia kobiet. Idealną ciążę opisywały jako „nieprzeszkadzającą w życiu” (np. w pracy, aktywności fizycznej, realizowaniu pasji), a zatem „bez nudności”, „sprawną”, „bez problemów zdrowotnych”:

[Ciąża idealna to] ta pierwsza, kiedy nie masz innego dziecka, jesteś jeszcze sprawna, możesz chodzić, ćwiczyć i wszystko zależy od ciebie. No tak, zdrowa, sprawna i bez komplikacji. – Respondentka 4

Podkreślały przy tym, że ważne jest, by ciąża była prowadzona przez doświadczonego ginekologa/żkę, który/a będzie zlecać konieczne badania i monitorować na bieżąco rozwój płodu. Lekarze/ki, którzy/e podchodzą do pacjentek indywidualnie i udostępniają swoje prywatne kontakty bądź zostają po godzinach w celu dokładniejszych oględzin, byli/ły uznawani/e za najbardziej profesjonalnych i „wartościowych”.

(...) przyjmowała i na NFZ, i prywatnie, więc właściwie chodziłam do niej na NFZ-ecie, chyba że czasami była potrzebna jakaś późniejsza wizyta, nie było terminów, to szłam do niej prywatnie. (...) Za każdym razem robiła też USG, więc to też było bardzo fajne. mimo że była pandemia i teoretycznie nie mógł przychodzić partner na wizytę, to jednak zawsze tak robiła, żeby zawsze wszedł, więc to też było pozytywne. Też miałam do niej numer telefonu. Zawsze mogłam pisać, dzwonić w razie, gdyby coś się działo. – Respondentka 1

Niektóre kobiety wspominały również o wyraźnej potrzebie wsparcia innych specjalistów, np. dietetyków/czek czy rehabilitantów/tek, w szczególności, gdy zaistnieją dodatkowe problemy takie jak cukrzyca ciążowa.

Może, żeby było jakieś spotkanie z dietetykiem, żeby te kobiety ukierunkować tak. No bo są pewne rzeczy, nad którymi my nie jesteśmy w stanie bez ciąży zapanować, a tutaj dochodzą hormony, jakieś zachcianki. (...) Żeby właśnie ktoś pokierował [...]. – Respondentka 8

Jednocześnie część respondentek przyznała, że z obawy o zdrowie dziecka robiły niewymagane przy ich sytuacji zdrowotnej badania. W ich opinii „wiedza jest

lepszą od niewiedzy”, zaś dodatkowe testy mogły wesprzeć poczucie większej pewności i potwierdzić stabilny stan płodu i matki.

Stwierdziłam, że, „Nie no, ja muszę zrobić badanie genetyczne, no nijak mi się nie należą, bo ja nie mam żadnych wskazań, ale to nieważne, pójdę, zapłacę. (...) I ten lekarz przyjmuje przed klasyfikacją tego badania i pokazuje mu te badania, które mam po drodze, moje wyniki różne itd. I on tak właśnie usiadł i mówi, bo byłam z mężem – „Ja to Państwu wytłumaczę, Państwo jesteście w pierwszej ciąży i to jest jakby wszystko, co tłumaczy całą tę sytuację. Oczywiście mogę Pani wykonać to badanie, Pani zapłaci i będzie miała, tylko że Pani nie ma naprawdę żadnych wskazań. Badania ma Pani wykonane najlepsze...”. – Respondentka 4

Rozmówczyni, która jest z zawodu była anestezjolożką, wyraziła jednak obawę o nadmierną ingerencję medycyny i technologii w naturalny proces zachodzenia w ciążę. Zauważyła, że choć w dzisiejszych czasach dzięki hormonalnym metodom antykoncepcyjnym można w łatwy sposób kontrolować decyzje o posiadaniu dziecka, to nie należy popadać w skrajne przekonanie o całkowitej sterowalności płodnością. Chęć zbyt dużego nadzoru nad biologicznymi procesami określiła ona jako „sztuczną świadomość”.

Być może teraz dziewczyny są bardziej świadome, a może są aż za bardzo świadome i w taki sposób nie do końca prawdziwy. Że mają taką wiedzę bardzo płytką i taką emocjonalną i nie do końca to się przekłada na świadomość tej fizjologii, tego co się dzieje. (...) Zresztą koleżki ginekologów też mówią, że w tej chwili dziewczyny mają taki... na przykład przychodzą do nich, że ona teraz chce zająć w ciążę. „Dobrze, to proszę zachodzić”. „No ale to się trzeba przygotować!”. No a ten kolega mówi: „Tak jak zazwyczaj, no normalnie, trzeba być zdrowym i tak dalej, ale nie ma jakiegoś specjalnego przygotowania”. To jest właśnie takie bardzo... taka sztuczność się wytwarza. Bo ciąża jest czymś, by się mogło wydawać, jest w tej chwili dzięki antykoncepcji takim mocno sterowalnym procesem, co jest i dobre, i nie do końca dobre. – Respondentka

Definiowanie procedur medycznych

Podczas charakteryzowania procedur medycznych w procesie ciąży i porodu respondentki były zgodne, że do tej kategorii powinno zaliczać się: znieczulenie (zewnętrzne, podpajęczynówkowe), podawanie kroplówek nawadniających, nacięcie kroczka, użycie narzędzi (np. kleszczy położniczych i próżnościągu). Mimo że zdaniem badanych wymienione procedury nie determinują „nienaturalności” porodu, to stanowią wyraźną ingerencję w „naturalne”, biologiczne mechanizmy.

Jakiegokolwiek interwencje, czy jakimiś przyrządami, czy narzędziami, ale też podawanie leków. – Respondentka 1

Przerwanie ciągłości skóry, pobieranie krwi, wpuszczanie czegoś. – Respondentka 2

*Ja zastanawiam się nad badaniami na przykład, czy to się nazywa procedurą medyczną?
No nie wiem sama. Na przykład takie badanie ginekologiczne. – Respondentka 4*

Tak, tak. Chyba tak. – Respondentka 3, Respondentka 2

Podobnie postrzegane były także badania wykonywane podczas ciąży, takie jak USG bądź KTG. Ich przeprowadzanie było w opinii moich rozmówczyń czymś zupełnie standardowym czy wręcz wymaganym, rutynowym elementem prowadzenia ciąży.

W odpowiedzi na pytanie „Czy przerwanie dwugodzinnego kontaktu »skóra do skóry« jest procedurą medyczną?” respondentki wyrażały różne stanowiska. Kilka z nich stwierdziło, iż ważenie oraz mierzenie dziecka jest koniecznym krokiem po porodzie, nie zaś ingerencją lekarską. Działanie to zyskuje określenie procedury medycznej dopiero, gdy pojawiają się inne interwencje, mające na celu np. wznowienie czynności oddechowych u dziecka. Jednocześnie pojawiły się opinie, że każde zabranie noworodka przez personel medyczny jest równoznaczne z jego badaniem, co stanowi procedurę medyczną.

Znaczy, mierzenie i ważenie dziecka to nie [jest procedura medyczna]. Ale jeśli coś się dzieje... Bo jakby mierzenie i ważenie jest tą częścią formalną, ale jeżeli potrzeba zabrać dziecko, bo ma problemy z oddychaniem albo kobiecie coś się dzieje, bo zaczęła tracić przytomność to wtedy już tak. – Respondentka 2

Chociaż jeśli badanie ginekologiczne jest procedurą medyczną, to badanie dziecka też nią jest. Mnie się wydaje, że można by to tak nazwać. – Respondentka 4

Respondentka zawodowo związana z obszarem ochrony zdrowia podkreśliła, że pojęcie „procedury medycznej” odnosi się do ekonomicznych aspektów funkcjonowania placówek medycznych, zaś semantyczna warstwa tego wyrażenia jest bardzo szeroka i może być interpretowana na wiele sposobów:

[Czynności medyczne] trudne to określenie, bo to jest chyba podstawa dofinansowania dla tego szpitala czy ośrodka, czy gabinetu lekarskiego, który ma kontrakt z NFZ-em. I on wtedy mówi, trzeba zdefiniować, co zrobiłem, jakie czynności się wykonało, ale to dotyczy każdego zabiegu, każdej operacji, każdego... po kolei, każdej czynności wykonywanej przy pacjencie i to się nazywa procedura. (...) dla mnie to jest pojęcie ekonomiczne, a jeśli tak semantycznie do tego podejść, procedura to jest coś, co się wykonało, proces jakiś. – Respondentka

3.2.2. Proces prowadzenia ciąży oraz przygotowania do porodu

Wizyty u ginekologów, choć lepiej ginekolożek

Uczestniczki badania wypowiedziały się raczej pozytywnie na temat wizyt związanych z ciążą u lekarzy/ek. Obowiązkowymi krokami podczas niemal każdej konsultacji były m.in. badanie ginekologiczne, badanie USG płodu czy pomiar masy ciała. Moje rozmówczynie wśród kluczowych wyznaczników dobrego specjalisty wymieniały: doświadczenie w zawodzie, kompleksowe, międzydziedzinowe podejście, szczerą troskę i delikatność.

(...) Potem już szłam takim kluczem ginekologów polecanych przez moje koleżanki, ale które rodziły i to doświadczenie z tymi ginekologami miało już parę den, że po prostu sprawdzony, że dobry, że konkretny, ale i też delikatny. – Respondentka 5

Przy wyborze lekarza/ki prowadzącego/ej ciążę istotną kwestią okazała się być płeć. Wiele respondentek zaznaczyło, że zdecydowanie preferują opiekę kobiet-ginekolożek. Argumentowały to przede wszystkim faktem, iż mężczyźni nie doświadczają macierzyństwa i ich profesjonalna wiedza oraz kwalifikacje zawodowe nie zawsze pokrywają się z rzeczywistością ciężarnych. Dodatkowo lekarki postrzegane są jako bardziej empatyczne, życzliwe i „ludzkie”. Jest to szczególnie interesujące zagadnienie, w kontekście opisywanych w rozdziale „Medykalizacja opieki okołoporodowej w perspektywie historycznej” sporów między mężczyznami-lekarzami a akuszerkami i położnymi. Może to sugerować, że zakorzeniona w przeszłości tendencja do wybierania „kobiecej” opieki nad rodzącą pozostaje wciąż niezwykle silna.

Przy czym, nie wiem jak wy, ale ja wolę kobiety-ginekolożki. Miałam tak mniej więcej pół na pół, faceci i kobiety, i zdecydowanie kobiety ja przynajmniej preferuję. (...) Nie zdarzył mi się jeden [mężczyzna ginekolog] przez te wszystkie lata, niedługo ćwierć wieku, gdzie czułam po prostu empatię. Oczywiście oprócz zawodowej wiedzy i tak dalej, to jest jakby filar. Ale taką empatię, wicie, komfort tej wizyty, co jest na przykład dla mnie bardzo ważne. To zawsze czułam namiastkę u lekarzy mężczyzn. Natomiast u kobiet w przeważającej większości to po prostu było. – Respondentka 5

Tak, to ja mam, jeżeli chodzi o lekarzy, ginekologów, mam podobne doświadczenie, że w momencie już bycia w ciąży i bycia mamą zdecydowanie wolę współpracować z panią ginekolog niż z ginekologiem. (...) Jeżeli właśnie chodzi o tą empatię ze strony kobiety, co zdecydowanie, w momencie, kiedy rozmawialiśmy już o tym zajściu w ciążę, o byciu w ciąży, to ona jest mamą trójki dzieci, więc też rozumiała, co to znaczy być w ciąży, jak to się przeżywa. Cały czas w tej pierwszej ciąży słyszałam: „W pierwszej ciąży jest Pani tylko raz. Proszę zadbać o siebie, cieszyć się po prostu z tego czasu, w kolejnych ciążach już zawsze będzie towarzysz”. Więc kobiety. – Respondentka 2

Edukacja w zakresie ciąży i porodu

Wszystkie moje respondentki uważały, że wszechstronna edukacja w zakresie prowadzenia ciąży jest niezwykle ważnym, bądź wręcz niezbędnym elementem przygotowania do porodu. Wiedza ta powinna dotyczyć zarówno stylu życia ciężarnej (np. diety, aktywności fizycznej, sposobu pracy), czynności i badań medycznych wykonywanych na kontrolach lekarskich, procedur przyjęcia na oddziały położnicze (w tym standardów opieki, praw pacjentek), jak i samego procesu przyjścia dziecka na świat oraz późniejszej opieki nad noworodkiem. Część badanych stwierdzała, że użyteczne informacje w tych kwestiach dostarczane im były przez lekarzy/ki prowadzących/e. W przypadku fizjologicznie przebiegającej ciąży badane nie oczekiwały sztywnych wytycznych, lecz raczej wskazówek dotyczących zmiany nawyków.

Jakby to był zawsze element wizyty odnośnie rekomendacji, ale z racji tego, że ciąża była w pełni fizjologiczna, to rekomendacja: „Proszę jeść wszystko, na co Pani ma ochotę”. Więc nie musiałam szczególnie uważać. Ale na pewno w trakcie naszych rozmów było powtarzane, jakich rzeczy warto unikać, chociażby ze względu ryzyka zarażenia się, na przykład grzybów nie można jeść czy też serów pleśniowych. (...) ona od siebie też na wstępnych wizytach informowała. To też było na bieżąco z aktualnymi wytycznymi. – Respondentka 2

Dodatkowo, dwie respondentki wspomniały o szkołach rodzenia, podczas których wykwalifikowany personel medyczny (położni/e, ginekolodzy/żki, fizjoterapeuci/ki, psychologzy/żki) przeprowadzał praktyczne zajęcia dla przyszłych rodziców. W ich trakcie można było m.in. dowiedzieć się, w jaki sposób przygotować się do porodu i porożu, podzielić się z innymi kobietami (i ich partnerami) emocjami związanymi z macierzyństwem czy też uczestniczyć w relaksacyjnych ćwiczeniach dla ciężarnych, takich jak fitness i joga. Kobiety, które brały udział w takich warsztatach były nimi usatysfakcjonowane i przyznawały, że stanowiły one nieocenioną pomoc w czasie oczekiwania na potomstwo.

Jednocześnie kilka moich rozmówczyń przyznało, że nie dostały od swoich lekarzy/ek zupełnie żadnych wytycznych, rekomendacji bądź sugestii dotyczących prowadzenia ciąży. Oceniały to zdecydowanie negatywnie, gdyż oczekiwały większego wsparcia i czuły się przez to nieodpowiednio zadbane oraz niedoinformowane.

Nigdy, przez cztery ciążę, nie spotkałam się z żadną taką wytyczną. To znaczy nigdy, podczas żadnej ciąży nikt mi nie powiedział, że coś muszę... Akurat one [ciążę] były dobre, nie były jakieś tam patologiczne i tak dalej, więc może dlatego. Ale nigdy nie wyszłam z jakąś tam rekomendacją dotyczącą, nie wiem, stylu życia, diety. – Respondentka 5

Przy tym temacie ujawniły się także różnice pokoleniowe między badanymi. Badane ze starszej grupy wiekowej, które rodziły w latach 80., 90. i na początku XXI

wieku, odczuwały szczególnie brak odpowiedniej edukacji przedporodowej. Wiedzę zdobywały samodzielnie, korzystając głównie gazet, książek oraz porad osób bliskich.

No my to czerpaliśmy wiedzę z „Mamo, to ja”, były jakieś gazetki takie. Internetu nie było jeszcze wtedy, więc takie... I książki amerykańskie. – Respondentka 5

Obecnie ciężarne wyszukują informacje w Internecie, korzystając m.in. ze strony Fundacji „Rodzić po Ludzku”. Dostarcza ona liczne materiały edukacyjne dla ciężarnych, np. liczne artykuły oparte na doświadczeniach kobiet¹³, ranking oddziałów położniczych w całej Polsce¹⁴, Standard Opieki Okołoporodowej¹⁵, filmiki przygotowujące do porodu¹⁶. Organizacja pomaga również w rozwiązywaniu problemów związanych z łamaniem praw pacjentek, przyjmując zgłoszenia dotyczące sytuacji w szpitalach, udzielając porad prawnych¹⁷, udostępniając wzory pism¹⁸ i interweniując w imieniu rodzających. Młodsze respondentki wyraźnie doceniają działania „Rodzić po Ludzku”, podkreślając wkład fundacji w polepszanie warunków opieki okołoporodowej.

W dużej mierze, tak jak wspomniałam [czerpałam informacje o szpitalach, ciąży i porodzie] z Fundacji „Rodzić po Ludzku”, oni prowadzą ranking [szpitali] i ten ranking jest całkiem dobry, ponieważ jest zrobiony na bazie doświadczeń kobiet i to kobiety wypełniają ankietę i w ten sposób generowane są wyniki. – Respondentka 2

3.2.3. Szpitalna rzeczywistość z perspektywy kobiet rodzących – warunki pobytu i opieki w stołecznych szpitalach

Wszystkie moje respondentki rodziły w warszawskich placówkach medycznych. Wśród wymienianych szpitali pojawiły się m.in. Szpital Specjalistyczny „Inflancka”

13 „Rodzić po Ludzku”. Wertykalne pozycje porodowe – zalety. <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/werykalne-pozycje-porodowe-zalety/>; Ból w porodzie. <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/bol-w-porodzie/>; Kiedy jechać do szpitala. <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/kiedy-jechac-do-szpitala/>. Dostęp: 24.08.2023 r.

14 „Rodzić po Ludzku”. Ranking szpitali: Gdzie rodzić po Ludzku 2022. <https://rodzicpoludzku.pl/aktualnosci/ranking-szpitali-gdzie-rodzic-po-ludzku-2022/>. Dostęp: 24.08.2023 r.

15 „Rodzić po Ludzku”. Kieszonkowy przewodnik po Standardzie Opieki Okołoporodowej, czyli co obiecuje Minister Zdrowia <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/kieszonkowy-przewodnik-po-standardzie-organizacyjnym-opieki-okoloporodowej-czyli-co-obiecuje-minister-zdrowia/>. Dostęp: 24.08.2023 r.

16 „Rodzić po Ludzku”. Przygotowanie do porodu. <https://gdzierodziec.info/bazawiedzy/przygotowanie-do-porodu/>. Dostęp: 24.08.2023 r.

17 „Rodzić po Ludzku”. <https://rodzicpoludzku.pl/twoje-prawa/uzyskaj-porade-prawna/>.

18 „Rodzić po Ludzku”. <https://rodzicpoludzku.pl/twoje-prawa/wzory-pism/>. Dostęp: 24.08.2023 r.

im. Krysi Niżyńskiej „Zakurzonej” (SP ZOZ), Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka WUM (zwane „Starynkiewiczem”), Szpital Bielański, Mazowiecki Szpital Bródnowski, Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej (tzw. „Karowa”), Szpital Specjalistyczny św. Zofii (zlokalizowany przy ul. Żelaznej) oraz Instytut Matki i Dziecka. Kobiety preferowały rodzenie w profesjonalnych warunkach, co dawało im większe poczucie bezpieczeństwa i dbałości o zdrowie własne oraz dziecka.

Ja uważam, że jednak powinien być to może nie bezpośrednio szpital, ale miejsce gdzieś przy szpitalu, czyli jakiś pawilon czy coś, żeby ta komunikacja ze szpitalem, to zaplecze laboratoryjne, serologiczne, diagnostyczne, oddział noworodkowy. Te wszystkie zabezpieczenia, jednak żeby one były pod ręką. Ale ja się nie upieram, żeby to był taki sterylny pokój, tam oprzyrządowanie dookoła. To mogą być warunki bardzo takie kameralne, właśnie wyciszające, ale jednak żeby to zaplecze było. – Respondentka 7

Opinie na temat powyżej wymienionych miejsc porodów były niezwykle zróżnicowane, co wynikało z faktu, że badane rodziły w różnych latach. Z tego powodu ciężko jest dokonać jednoznacznej oceny konkretnych oddziałów położniczych, zaś dostrzeżenie zmian może nastąpić jedynie na zasadzie ogólnego porównania warunków opieki okołoporodowej w warszawskich szpitalach w ostatnich 40 latach. Jak zauważyła jedna z moich respondentek, miejsca placówek w rankingach zmieniają się rokrocznie, zaś największy wpływ na końcowy wynik ma obecny w nich personel medyczny.

(...) mam wybór tak wielu szpitali, które się zmieniają z roku na rok. Bo w tym roku rodziła moja koleżanka i ona już miała zupełnie inne opinie, mówiła o szpitalach, że są najlepsze, kiedy ja [poród w 2021 roku] nawet ich nie brałam pod uwagę, ale właśnie personel się trochę zmienił, zmieniło się nastawienie i one w tej chwili już lepiej wypadają. – Respondentka 2

Pomimo istotnego zróżnicowania opinii o oddziałach położniczych w stolicy, w rozmowach z badanymi powtarzało się wiele wątków, które pozwoliły na dostrzeżenie pewnych tendencji w opiece okołoporodowej w Warszawie. Powracające schematy widoczne były przede wszystkim w odniesieniu do warunków pobytu (np. dostępny sprzęt medyczny, aranżacja sal porodowych) oraz sposobów postępowania i zachowania lekarzy/ek, pielęgniarzy/ek, położników/yh.

Znajomości i pieniądze niezbędne przy prowadzeniu ciąży i na porodówce

Jednym z najbardziej wybrzmiewających w rozmowach z respondentkami tematów była kwestia „opłacania” porodów. Opieka okołoporodowa w Polsce jest objęta finansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia, więc pacjenci publicznych placówek medycznych mają prawo do bezpłatnych usług zdrowotnych. Jak podaje Fundacja

„Rodzić po Ludzku”, na podstawie oświadczenia Ministra Zdrowia, pobieranie opłat za porody w publicznych szpitalach jest nielegalne.

Pomimo prawnych regulacji dotyczących bezpłatnej opieki okołoporodowej nadal zdarzają się sytuacje, w których kobiety rodzące uiszczają opłaty za teoretycznie bezpłatne świadczenia zdrowotne. Osobiste finansowanie jednoosobowych sal porodowych, położników/ych, lekarzy/ek czy nawet całego personelu medycznego ma miejsce nie tylko w prywatnych klinikach, ale również w publicznych, państwowych szpitalach.

(...) przy czwartym dziecku, najmłodszym [poród w 2007 roku], ja sobie napisałam tak, że tak powinno wyglądać rodzenie w każdym szpitalu. Ale podkreśliłam z wykrzyknikiem „za darmo”, dlatego, że ostatnie dwa porody to były porody opłacone, w warunkach komfortowych. Ja miałam swój pokój, miałam swojego lekarza. Rodziłam w szpitalu państwowym [na Bródnie]. Płaciłam lekarzowi, który tam był ordynatorem na tym oddziale i byłam zadbana od sallowej, poprzez położne i tak dalej, bo wszyscy jakby byli w kręgu pana profesora, co jest absurdem totalnym, bo to było po prostu wszystko na, że tak powiem, państwowych narzędziach, w państwowym szpitalu, z państwową obsługą, ale zapłacone, więc na tip-top. – Respondentka 5

Jednocześnie opłacanie położników/ych nie jest niezgodne z prawem. Respondentki stwierdzały, że opłacona akuszerka dodawała im pewności siebie i wspierała poczucie bezpieczeństwa. Wykupiony położnik, posiadający bliskie powiązania w szpitalu, może mieć większy wpływ na przebieg porodu, np. sugerując określone rozwiązania lekarzowi/arce prowadzącemu/jej. Opłacona akuszerka jest też gwarancją znieczulenia. Wśród moich rozmówczyń było to dość popularne rozwiązanie.

Prócz pieniędzy na porodówkach mile widziane są także tzw. „kontakty”. Znajomości wśród lekarzy/ek zapewniają dobre traktowanie rodzącej przez personel medyczny (np. brak niestosownych komentarzy i zachowań, lepsze posiłki, możliwość pozostania dłużej w sali porodowej) i wpływają na większe zaangażowanie w pomoc kobiecie. W konsekwencji wzmagają u niej poczucie bezpieczeństwa, wsparcia, wewnętrznego spokoju czy stabilizacji.

I też już miałam jakieś takie swoje kontakty, więc te dziewczyny mnie tak trochę protekcyjnie potraktowały, więc rzeczywiście dzień dłużej poleżałam sobie. – Respondentka 7

Koneksje przydatne są nie tylko w samym szpitalu, w trakcie porodu, ale także podczas prowadzenia ciąży. W takim przypadku ciężarna ma m.in. ułatwiony dostęp do bliskich terminów wizyt bądź szybszy wgląd w wyniki różnych badań.

No i nagle to był wtorek, a zaraz już Wielki Czwartek, Wielki Piątek, więc nawet ciężko było do jakiegokolwiek lekarza się umówić. No ale się udało tam trochę po znajomości.
– Respondentka 1

Osobiste finansowanie „bezpłatnych” świadczeń, opłacanie położnych czy wykorzystywanie prywatnych znajomości wynika z chęci otrzymywania najwyższej jakości opieki. Kobiety, chcąc zadbać o zdrowie swoje oraz przyszłego potomstwa, często zmuszone były do sięgania po „kontakty” lub indywidualne środki pieniężne. Jest to problem, który wynika ze złego zarządzania opieką zdrowotną przez państwo i nie powinno się winić za tę sytuację ciężarnych.

Doświadczona położna to skarb

Moje rozmówczynie były zgodne co do stwierdzenia, że położna pełni najważniejszą (poza rodzącą) rolę w trakcie porodu. Wsparcie położnych było określane jako „neocenione”, szczególnie kiedy afirmowały one samodzielność i autonomiczne decyzje ciężarnych. Doświadczone akuszerki nierzadko koordynują akcję porodową, zapewniając, że wszystkie aspekty opieki są właściwie dostosowane do potrzeb pacjentki.

W trakcie mojego porodu rządziła położna i bardzo dobrze i jestem jej bardzo za to wdzięczna, że była konkretna i stawiająca na swoim. Ponieważ druga faza porodu się rozpoczęła i trwała zaledwie 10–20 minut i przyszła Pani ginekolog. I zobaczyła, co się dzieje, jak akcja idzie, nie zapytała w ogóle o minuty, ile to trwa, i ona kazała zacząć już przygotowywać próżnociąg, żeby pomóc dziecku wyjść. I wtedy moja położna powiedziała, że nie, prawie tam doszło do rękoczynów, „No chyba Pani oszalała, my tu rodzimy pięknie, ledwo od 20 minut mamy skurcze parte, więc żaden próżnociąg!”. I odstawiła ją. Jestem jej super za to wdzięczna, bo druga faza porodu sumarycznie trwała 30 minut [...], a ona chciała wrzucić próżnociąg, bo jej się, nie wiem, śpieszyło na następną salę. – Respondentka 2

Podobnie jak w przypadku ginekolożek badane zdecydowanie preferowały pomoc położnych-kobiet. Obecność akuszerki płci żeńskiej implikowała większe poczucie empatii, wyrozumiałości i „ciepła”. Padały opinie, że kobieta-położna lepiej rozumie przeżycia i emocje towarzyszące przy porodzie oraz z własnego doświadczenia zna kobiecą anatomię, zatem postępuje znacznie sprawniej i delikatniej. W konsekwencji z położną płci żeńskiej łatwiej jest się porozumieć, bo „zna się na rzeczy”.

Ja jednak uważam, że to kobiety powinny towarzyszyć kobiecie rodzącej. Ojciec dziecka czy tam personel męski też oczywiście, ale wydaje mi się, że te położne, które jednak są takimi osobami z takimi dobrymi emocjami i z doświadczeniem i z taką empatią w stosunku do tej rodzącej. – Respondentka 7

Pozycja rodzenia

Ważnym aspektem poruszonym przez badane był wybór pozycji porodowej. Pozwolenie kobietom na decydowanie o ułożeniu, w jakim chcą rodzić, jest istotnym krokiem w kierunku redukcji medycznego nadzoru i interwencji, bowiem podkreśla to ich aktywną rolę w procesie porodu, umożliwiając większą kontrolę nad własnym doświadczeniem. Samodzielny wybór pozycji ma zatem kluczowe znaczenie zarówno dla autonomii ciężarnych, jak i dla demedycyzacji porodu. Jest to jeden z elementów, który pomaga kobietom czuć się bardziej zaangażowanymi i pewnymi siebie uczestniczkami procesu narodzin dziecka.

Położne często zachęcają kobiety do eksperymentowania z różnymi pozycjami porodowymi (np. wertykalną, półleżącą, klęczną), co ułatwia łagodzenie bólu i wspomaga postęp porodu. Ich doświadczenie pozwala doradzać w wyborze najlepszych technik porodowych dla danej pacjentki. Taki stan rzeczy potwierdzały respondentki:

Ja miałam dużo proponowanych właśnie [pozycji] i zobaczymy, która zadziała, która będzie w porządku. I już jak była ta druga faza skurczy to ja chciałam się tak trochę położyć, ale nie tak na wznak, tylko w takiej trochę półleżącej, półkucającej. Tak wybrałam i to było w porządku i jakoś już to samoistnie poszło. Ale wcześniej to właściwie położne mnie bardzo mobilizowały, żeby chodzić, ruszać się. A ja byłam taka zmęczona, już po prostu tak nie miałam siły. (...) ale one mnie cisnęły, żeby chodzić, właśnie pozycje próbować i to dobra robota, tak powiem.

– Respondentka 1

Jednocześnie pojawiły się głosy, że wśród personelu medycznego nadal widoczne są chęci do narzucania rodzącej pozycji horyzontalnej. Ułożenie na plecach utrudnia fizjologiczny przebieg rozwiązania, co potwierdzają liczne publikacje („Rodzić po Ludzku”, 2017). W przywołanej poniżej sytuacji instynktowny stosunek do porodu i wola kobiety zostały zignorowane i poddane zinstytucjonalizowanym procedurom szpitalnym:

A przy drugim porodzie, gdzie tam mówiłam, była bardzo szybka akcja i generalnie tak w trakcie to miałam różne możliwości, mogłam chodzić i tak dalej. Ale na sam koniec jednak, żeby się przewrócić na plecki. Pamiętam, że to było takie trochę już dziwne. Bo nie wiem, dlaczego nie mogliśmy tego dokończyć tak jak było, gdzie już to dziecko było naprawdę blisko, to była chwila, ono samo wychodziło, bez kitu, trzeba było tylko złapać. Nie, one mi się kazały przewrócić, czyli jednak gdzieś tam w narodzie jest ta taka chęć. – Respondentka

Obecność lekarza/ki obowiązkowa czy tylko w przypadku komplikacji?

Badane potwierdzały, że w przypadku porodów bez komplikacji lekarz/ka nie był/a obecny/a na sali porodowej. Większość kobiet była zdania, że był to raczej pozytywny aspekt opieki okołoporodowej i nie czuły konieczności większego nadzoru. Niektóre

z moich rozmówczyń mówiły jednak, że oczekiwały większego zaangażowania lekarza/ki prowadzącego/ej. Niezadowolenie było spowodowane generalnym poczuciem niedostatecznej opieki i troski o dobrostan pacjentki. Może to wynikać z przekonania, że każdy poród wymaga jednakowej specjalistycznej pomocy. Nadzór profesjonalnego personelu medycznego implikuje zatem większe poczucie bezpieczeństwa, pewności, że „wszystko jest pod kontrolą”.

Lekarz się zapytał, czy wszystko w porządku, czyli tak tylko sobie „dojrzał” ten poród i pani powiedziała, że tak, pacjentka jest świadoma i tak dalej. Także pacjentka sobie rodziła, a wszyscy sobie robili co chcieli. – Respondentka 6

Regularna asysta lekarza/ki w czasie porodu bez komplikacji jest jednym ze wskaźników medykalizacji opieki okołoporodowej, można zatem stwierdzić, że stan rzeczy opisywany przez respondentki świadczy o tendencjach demedykalizacyjnych. Sprzyja to bardziej komfortowej i zaciszniej atmosferze porodu, choćby dlatego, że na sali znajduje się mniej osób. Dzięki temu pacjentki mogą czuć się bardziej swobodnie i samodzielnie.

Niestosowne zachowanie personelu medycznego

Niestety zdarza się, że dochodzi do sytuacji, w których godność i intymność pacjentek nie jest odpowiednio szanowana przez personel medyczny. Niewłaściwe zachowanie lekarzy/ek, pielęgniarzy/ek, położników/yh może negatywnie wpływać na przeżycia rodzących, a nawet powodować, że poród stanie się dla rodzącej traumatycznym doświadczeniem. Przykłady takiego niestosownego zachowania mogą obejmować brak poszanowania prywatności pacjentki, nieodpowiednie komentarze, niestosowne uwagi lub zachowanie, które może zostać odebrane jako lekceważące lub poniżające. Zdarza się także, że sytuacyjne żarty wymieniane między personelem medycznym powodują u rodzącej poczucie dyskomfortu, a nawet strach.

Podczas pierwszego [poród w 2010 roku] miałam [nacinane krocze] i pamiętam, wtedy stało z piętnaście studentów, położna, lekarz. I nagle słyszę: „Daj te nożyczki, ale nie, nie te ostre, te tępe”. To moje oczy wyszły mi tak z orbit... Zamilkłam... I był szok. (...) to później się okazało, że to po prostu taki żart, żeby pacjentka się później czuła lepiej, że rzeczywiście nic nie czuła, że te nożyczki nie były takie tępe. – Respondentka 8

Niektóre respondentki wspomniały, iż doznały poczucia uprzedmiotowienia, które wyrażało się poprzez instrumentalne podejście personelu medycznego. Czuły się traktowane w kategoriach „kolejnej pacjentki”, ponieważ odbierano im autonomię i decyzyjność w niezwykle kluczowych kwestiach. Nie miały także wpływu na rytm i czas porodu, były jedynie informowane o wykonywanych działaniach i procedurach. W wypowiedzi jednej z badanych pojawił się termin „medykalizacji”

w odniesieniu do instytucjonalizacji oraz formalizacji procesu porodu w placówkach szpitalnych.

(...) to była pełna medykalizacja tego, co się działo. Tak naprawdę tylko anestezjolog traktowała mnie jak człowieka, a reszta to po prostu było zadanie do wykonania. – Respondentka 5

Lekceważące i znieważające zachowania miały miejsce nie tylko na sali porodowej, ale również podczas czynności wykonywanych po porodzie. Nierzadko obok rodzącej wywiązywały się niestosowne dyskusje lekarzy/ek, położników/ych czy pielęgniarzy/ek, którzy/e całkowicie ignorowali/ły uczucia, poglądy czy sytuację życiową pacjentki. Jedna respondentka stwierdziła, iż podczas zszywania krocza po porodzie personel medyczny prowadził rozmowy „jak przy kawie”, przy czym traktował ją zupełnie przedmiotowo, obojętnie, „jak kawałek mięsa”.

Jak mnie zszywano to trwało godzinę mniej więcej, więc oni tam sobie po prostu prowadzili nade mną dyskusję, a ja leżałam w pełni świadoma. (...) I nad moją głową była dyskusja o tym, jak transseksualizm jest obrzydliwy. Znaczą, miałam szczerą wolę wzięcia udziału w tej dyskusji, ale stwierdziłam, że jednak z tytułu tego, że oni mnie zszywają, to może jednak się zamknę. Tak, wiecie, ja właśnie urodziłam dziecko, milion dwieście emocji, a oni prowadzą mi nad głową akurat taką dyskusję... Jakbym była kawałkiem mięsa, oni tam sobie grzebią, jakbym w ogóle nie była świadoma tego, co się dzieje. – Respondentka 3

Część badanych kobiet mówiła o całkowitym braku poszanowania stanu zdrowotnego i psychicznego przez personel medyczny. Rodzące były niekiedy zmuszane do noszenia swoich rzeczy, wstawania z łóżka bądź przechodzenia z jednego oddziału na drugi w momencie, kiedy czuły się całkowicie niezdolne do wykonywania tych czynności. Niezachowanie godności oraz zignorowanie potrzeb ciężarnej w tak wrażliwym momencie może trwale, negatywnie wpłynąć na fizyczny i emocjonalny dobrostan pacjentki, jak również jej dziecka.

Ale niektóre Panie pielęgniarki to tam ewidentnie za karę po prostu. Ja trzęsienie właśnie miałam przed porodem, ja się trzęsłam, wymiotowałam i Pani mnie poinformowała, że ja mam swoje rzeczy wziąć, bo idę z oddziału patologii na położnictwo. Ja mówię: „No nie. Nie, mąż przyjdzie rano i weźmie, tak?” No sorry, ja ledwo chodzę i wymiotuję tam co i raz. — Respondentka 4

W trakcie rozmów grupowych pojawił się także wątek nierespektowania zaświadczeń psychiatrycznych przez ordynatora jednego z warszawskich szpitali. Jest to niewątpliwie podejście niezgodne z prawem i stanowi wykroczenie poza standardy opieki okołoporodowej. Niedostosowanie się do indywidualnych potrzeb oraz aktualnej sytuacji zdrowotnej pacjentki jest niedopuszczalne i powinno się spotkać z konsekwencjami prawnymi. Co więcej, nieakceptowalne jest także umniejszanie

pacjentek ze względu na ich prywatne problemy, które wymagają dodatkowej/odmiennej opieki.

Też lekarka, do której chodziłam prywatnie, (...) powiedziała mi od razu, żebym na Karową nie szła z zaświadczeniem psychiatrycznym, bo tam ordynator niekoniecznie się tym przejmie i może się okazać, że będę musiała siłami natury. Dowiedziałam się właśnie od niej, że szpital na Inflanckiej honoruje skierowania wszystkie krytyczne, rzeczywiście honorował (...)
— Respondentka 3

Ale właśnie wiesz co? Ja też słyszałam o tym ordynatorze z Karowej, że on nie przyjmuje „bab z fanaberiami”. — Respondentka 3

Choć obecnie takie sytuacje mają miejsce zdecydowanie rzadziej niż w przeszłości, nie należy ignorować wyraźnych sygnałów dotyczących potrzeby zmiany podejścia wobec rodzących kobiet w warszawskich placówkach. Ważne jest, aby personel medyczny respektował prawa oraz godność osobistą pacjentek, bez względu na okoliczności, bowiem poród jest niezwykle wrażliwym momentem życia kobiety i nierzadko definiuje jej przyszły dobrostan fizyczny i psychiczny. Starania w kierunku humanizacji opieki okołoporodowej nie mogą obejść się bez wyraźnego szanowania intencji i uczuć osób rodzących.

(Nie)świadome zgody na badania/procedury medyczne

Podpisanie świadomej zgody przez kobietę rodzącą na przeprowadzanie koniecznych procedur medycznych jest niezbędnym krokiem podczas porodu szpitalnego/w klinice. Formularz ten powinien informować o ewentualnych operacjach bądź zabiegach, które mogą zostać wykonane w razie wystąpienia komplikacji, o możliwych powikłaniach, a także o późniejszych rokowaniach. Jak podaje Fundacja „Rodzić po Ludzku” — „Każda kobieta ma prawo do wyrażenia zgody w sposób świadomy, a więc po uzyskaniu wyczerpującej i zrozumiałej informacji oraz swobodny, tzn. bez wywierania na nią jakiegokolwiek wpływu czy nacisku. Masz również prawo wycofania zgody w każdym momencie”¹⁹. Zgoda może zostać wyrażona nie tylko pisemnie, ale także ustnie bądź w sposób dorozumiany, w sytuacji, kiedy dany zabieg wykonywany jest spontanicznie.

Pytanie o świadome zgody na procedury medyczne wywołało wśród badanych dużą konsternację. Część respondentek miała trudności z przywołaniem momentu podpisywania dokumentów, nie pamiętały również, czego owe formularze dotyczyły. Pojawiło się wiele opinii, że poród jest wyjątkowo emocjonalnym i spontanicznym czy trudnym do opanowania doświadczeniem, przez co papierologia traci na znaczeniu.

19 „Rodzić po Ludzku” <https://rodzicpoludzku.pl/poznaj-swoje-prawa/prawa-pacjenta/mamy-prawa-mamy-gdy-jestes-pacjentka/> Dostęp: 17.08.2023 r.

Znaczy, pewnie coś tam była jakaś zgoda, że w razie „W” to wyrażam zgodę. (...) Dokładnie, człowiek nie czyta. Są emocje, tak. Bo też ja nie poszłam wcześniej, tylko w momencie, kiedy się poród zaczął. Więc mówię, to jednak te emocje biorą górę i nie czytałam nic. – Respondentka 8

Niektóre badane wspominały o sytuacjach świadczących o tym, iż zgody podpisywane na izbach przyjęć są w wielu przypadkach zupełnie nieświadome. Zauważały one, że personel szpitali „daje kilka papierów do podpisania”, nie tłumacząc czego dokładnie dotyczą. Jedna z respondentek przytoczyła przykład wyraźnie potwierdzający taką tendencję:

No stało się to tak, że przez to, że nie przeczytałam, to wyraziłam zgodę, że studenci mogą uczestniczyć. I nagle tak, gdzie były 2 osoby na sali, zrobiło się z 15 osób. Byli mężczyźni, były kobiety. Było mi obojętne, kto tam tak naprawdę stoi, ale nagle się zrobiło gęsto. Ale już przy drugim porodzie przeczytałam i pytam się tej pani w rejestracji: „Gdzie są studenci?”. A ona mówi: „Tu”. Ja zaznaczam „Nie”. „A dlaczego Pani nie chce? Przecież to już drugi Pani poród...”. „A bo pamiętam, że przy pierwszym byłam w szoku, że ich tyle, nie chce tyle ludzi”. – Respondentka 8

Jednocześnie kilka moich rozmówczyń potrafiło przywołać dokładnie moment, w którym świadomie podpisywały dokumenty. Nadmieniały przy tym, że jest to wyraźnie potrzebna i istotna procedura, która chroni zarówno same pacjentki, jak i lekarzy/ki.

Ja musiałam podpisać zgodę. Ja mówiłam: „Dobra, później podpiszę, no nie mam sił”. „Nie, trzeba podpisać”. I może dobrze, że jednak mnie tak przymusili. Podpisałam tę zgodę, po porodzie też podpisałam zgodę, bardzo pilnowali podpisywania różnych zgód (...). Bardzo dużo tych zgód było, ale też to właściwie dla lekarzy jest dobre. Tak, bo później ktoś może mieć pretensje do nich, a jest zgoda na piśmie i nie może ktoś powiedzieć, że nie, że wcale się na to nie zgadzał. – Respondentka 1

W rozmowach pojawiły się także negatywne doświadczenia wynikające z braku wyrażenia świadomej zgody na procedury medyczne, a zatem okoliczności, w których kobiety dowiadywały się o decyzjach lekarzy/ek po fakcie, bądź dopiero w trakcie wykonywania zabiegu. W takich przypadkach może dojść do nieuprawnionych interwencji w przebieg porodu, bez zgody pacjentki, co ogranicza jej autonomię, samodzielność i kontrolę nad własnym ciałem.

Na patologii ten drugi i trzeci się skończył, bo były dwa tygodnie po terminie, ale tam lekarz przy tym trzecim to nie konsultował ze mną, tylko ze swoimi kolegami konsultował. Mnie

brał na jakiś zabieg, czy tam na coś, żeby wywoływać ten poród i po prostu później, jak ja się zorientowałam, co to było w ogóle i o co chodzi, to byłam oburzona tym. – Respondentka 6

Należy zauważyć, iż jest to postępowanie karalne, naruszające podstawowe prawa pacjenta, wyrażone w Ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opartej na Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej²⁰.

3.2.4. Obserwowalne zmiany ku demedykalizacji w szpitalnej opiece okołoporodowej na przestrzeni 40 lat

Przeprowadzenie wywiadów z osobami, które rodziły w latach 80., 90. i na początku lat dwutysięcznych, umożliwiło skonstrastowanie doświadczeń rodzących sprzed paru dekad z aktualnymi warunkami opieki okołoporodowej. Badane podkreślały zachodzące w ostatnich latach pozytywne zmiany w standardach warszawskich placówek medycznych, świadczące o rosnących tendencjach demedykalizacyjnych i polepszeniu warunków opieki oraz pobytu w szpitalach. W trakcie rozmowy grupowej między kobietami wywiązywały się krótkie dyskusje, podczas których porównywały one środowisko szpitalne (np. zachowania lekarzy/ek, infrastrukturę i organizację oddziałów położniczych, wykonywane procedury) kiedyś i dziś. Takie wymiany osobistych przeżyć pozwoliły na lepsze dostrzeżenie różnic w kluczowych kwestiach związanych z funkcjonowaniem oddziałów położniczych.

„Technologia poszła do przodu”

Badane zauważały korzystny wpływ nowych technologii medycznych na szpitalną rzeczywistość. Podkreślały, że kiedyś pomiary takie jak USG i KTG wykonywane były znacznie rzadziej, zaś wykrycie ewentualnych nieprawidłowości w rozwoju płodu stanowiło dużo większe wyzwanie. Kobieta pracująca w szpitalu zauważyła, że kiedyś przy diagnostyce prenatalnej stosowane były głównie metody instrumentalne, np. stetoskop położniczy.

USG nie. Tokografia to tak, czyli zapis graficzny skurczów macicy. Ale też jest KTG, czyli czynność serca płodu i to było takim podstawowym badaniem. No i oczywiście taka trąbka, którą się przykładano do brzucha i trzeba było tylko wiedzieć, gdzie, żeby nie było szumu łożyskowego [...]. W każdym razie metody takie, powiedzmy, fizykalne, nie narzędziowe, nie tak jak teraz, że praktycznie możemy wszystko zobaczyć. Mierzenie płodu i łożyska i przepływy łożyskowe i płodowe, po prostu w zasadzie każdy organ można ocenić.

²⁰ „Rodzić po Ludzku”. <https://rodzicpoludzku.pl/poznaj-swoje-prawa/prawa-pacjenta/mamy-prawa-mamy-gdy-jestes-pacjentka/> Dostęp: 17.08.2023 r.

Jedna z moich respondentek wspomniała o tym, że w latach 80. jej ciąża była przedłużona. Wiązało się to z dużym zagrożeniem zdrowia noworodka i matki, jednak ówczesne sposoby badania płodu nie pozwalały na dokładniejszą analizę i stwierdzenie cech przenoszenia u dziecka. Zauważyła przy tym, że obecnie nie doszłoby do takiego zaniedbania, bowiem technologiczne rozwiązania XXI wieku umożliwiają wykonanie znacznie dokładniejszych analiz zdrowia ciężarnej i płodu.

Był po terminie, już dwa tygodnie po terminie. (...) Zresztą córka, która się urodziła, to już miała cechy przenoszenia. Już miała takie skancerowane łapki, rączki miała już... Miała takie długie paznokcie, którymi się poraniła tak na twarzy, miała ranki po tych paznokciach. Więc miała cechy właśnie przenoszenia, także były dwa tygodnie po takim szerokim terminie. Wtedy, że po prostu taka była taktyka, nie było USG, nie było różnych takich innych metod. (...) Teraz jest inaczej troszkę, bo jest to USG, także można więcej i dużo bardziej świadomie właśnie sterować tym porodem. – Respondentka 7

Respondentka opowiadała, że jej pierwszy poród był na tyle ciężki i traumatyczny, że prawdopodobnie nie byłaby w stanie go fizycznie przeżyć bez nowoczesnych narzędzi, środków farmaceutycznych i wsparcia wykwalifikowanego, doświadczanego personelu medycznego.

No ja bardzo źle ten pierwszy poród [w 1982 roku] przeszłam. Ja tam byłam jeszcze operowana, potem i krew miałam przetaczaną, miałam tak zwane rozerwanie krocza czwartego stopnia, to jest łącznie z odbytem. To jest już taki... no kiedyś by kobieta tego nie przeżyła, po prostu by sobie spokojnie umarła w ciągu dwóch tygodni na sepsę. Dzięki temu, że tam były i antybiotyki, i potem odnowienie tej rany i krew przetoczono, to ja to przeżyłam. Ale myślę, że gdyby to było w warunkach właśnie takich domowych, pozaszpitalnych i jeszcze, powiedzmy, nie wiem, 50 lat temu, to na bank... Dziecko by przeżyło, urodziłoby się na 10 punktów bez problemu, ale mój poród był tak traumatyczny, że ja bym go nie przeżyła. Z całą pewnością, leżałam trzy tygodnie w szpitalu potem. – Respondentka 7

Narzucona pozycja horyzontalna

Badane przyznawały, że podczas porodów pod koniec XX wieku miały narzucaną odgórnie pozycję rodzenia. Personel medyczny uznawał powszechnie, iż pozycja „łóżkowa”, leżąca na plecach, jest najlepszym ułożeniem, choć dzisiaj wiemy już, że utrudnia ona fizjologiczny przebieg porodu. Narzucanie określonej pozycji powodowało, że ciężarne nie miały swobody poruszania się, a więc odbierano im sprawczość w niezwykle indywidualnych, kluczowych sprawach. Czasami pozwalano rodzącej na zmianę położenia „w ramach łóżka”, np. na położenie się na boku, jednak zakazana była pozycja kuczna, kolankowa, kolanowo-łokciowa, stojąca i klęczna. Jak wykazałam w poprzednim rozdziale, po 2000 roku pozycję leżącą zalecano znacznie

rzadziej, zaś kobiety zyskały większą autonomię w kwestii swobodnego przemieszczania się.

To znaczy pozycja była jedna, w sensie, że tyle, co w tym łóżku można było zrobić. Czy na boku, na jednym, na drugim. Nawet w półsiedzącej, jakiegoś kucania czy coś, to raczej nie pozwalały. To było takie dość restrykcyjne. (...) Ale przy tym trzecim [porody w 1982, 1983 oraz 2001 roku] już to było bardziej takie... luźniejsze, w tym sensie, że ja tam sobie i wstałam, i pochodziłam, i usiadłam, tak jakos wydaje mi się, że więcej ode mnie zależało. – Respondentka 7

Nacinanie krocza

Moje rozmówczynie potwierdzały, że w latach 80. i 90. nacinanie krocza stanowiło rutynową procedurę, stosowaną uniwersalnie w celu uniknięcia samoistnego rozzerwania tkanek w ostatniej fazie porodu. Przekonanie o słuszności takiego rozwiązania było powszechne wśród personelu medycznego szpitali, więc zabieg episiotomii wykonywano niemal automatycznie. Panowała opinia, że rezygnacja z zabiegu stwarza większe niebezpieczeństwo dla dziecka i matki, więc nie pytano o świadome zgody rodzających na jego wykonanie.

Powiem, że ja wiedziałam, że tak będzie, bo to wtedy, znaczy w tych dwóch pierwszych porodach [porody w 1982 i 1983 r.] to standardowo nacinano krocze. Uważano, że nacięcie krocza chroni te krocze, że ono daje to, że ta główka nie niszczy mięśni, nie rozrywa w sposób niekontrolowany mięśni. I jeżeli się je natnie, to wtedy się je dobrze zszywa i one rzeczywiście szybciej się goją, nie tworząc jakichś takich niekontrolowanych blizn tak jak rana chirurgiczne. Jak ktoś ma, nie wiem, ranę szarpaną na nodze, to się ją obcina, wycina, żeby zespolić końce tej skóry, żeby to się ładnie zagoiło. I podobnie jest w kroczu, to jest to samo. No tak uważano kiedyś. – Respondentka

Warto przy tym zaznaczyć, że przeprowadzone w 2014 roku badanie wykazało, iż w wyniku nacinania krocza aż 52,5% kobiet doświadczyło poczucia okaleczenia, zaś 37,5% podało ingerencję w intymność jako jedną z konsekwencji zabiegu. Dodatkowo 38% ankietowanych zgłosiło problem „nieestetycznej blizny po nacięciu krocza oraz na obawy przed podjęciem współżycia seksualnego”. 10% określiło przebieg episiotomii jako traumę, przy czym sama procedura zyskiwała określenia „brutalnej”, „wykonanej nagle i bez uprzedzenia” (Gutt, 2014).

Obecnie zabieg episiotomii wykonuje się znacznie rzadziej, bo propagowane jest bardziej holistyczne podejście do rodzących. Mimo to nadal widoczna jest tendencja do instrumentalnego „ułatwiania” dziecku wyjścia z kanału rodnego, np. w przypadku braku postępu ostatniej fazy porodu, dużych rozmiarów płodu, wyczerpania matki czy gdy główka dziecka jest w ułożeniu odgięciowym.

[Idealny poród] ja bym chciała bez nacięcia, bo odczuwałam później skutki tego. Musiałam chodzić do fizjoterapeutki. Wiem, dlaczego było robione to nacięcie i jakby rozumiem to wszystko, co nie zmienia faktu, że fajnie, gdyby na przykład kolejne dziecko miało już taką normalną głowę, w takich normalnych wymiarach i żeby już udało się uniknąć tego nacięcia, bo to nie było nic przyjemnego. – Respondentka 1

„Szew dla męża”

Przy temacie nacinania krocza pojawiły się także głosy dotyczące tzw. „szwu dla męża”, określanego też „szwem męzkowskim”, czyli zbyt ciasnego zszycia krocza po porodzie²¹. Pomimo wyraźnych przeciwwskazań, związanych np. z większym bólem krocza po zabiegu, dodatkowy ścieg jest wykonywany w celu zwężenia pochwy, aby zwiększyć przyszłą przyjemność seksualną partnera. Jest to niewątpliwie przykład uprzedmiotowienia kobiet i pozbawiania ich autonomii w kluczowych dla poczucia komfortu kwestiach. Zdarza się, że owa nieetyczna, bolesna czy wręcz upokarzająca procedura jest dalej wykonywana, co potwierdziły moje respondentki:

No a jeśli chodzi o lekarza przy pierwszym porodzie [w 2015 roku], kiedy ja nie miałam nacinanego [krocza], ale niestety trochę było rozerwane. I jedyny raz właśnie, jak widziałam lekarza to było przy szyciu i on z takim tekstem w stylu: „Czy robimy na wąsko?”. Wiecie, no takie... Ale jak to, naprawdę w dzisiejszych czasach z takim tekstem? – Respondentka 4

Złe prowadzenie porodów

Respondentki przywoływały historie świadczące o znacznych nadużyciach ze strony personelu medycznego także przy prowadzeniu porodów. Nieprawidłowe, naruszające przestrzeń osobistą rodzącej, pogwałcające obowiązujące zasady lub prawo sytuacji zdarzały się nagminnie. Jedna badana wspomniała o wydarzeniach, które niewątpliwie potwierdzają taki stan rzeczy:

[...] ja już właśnie nie mogłam urodzić [26 godzin porodu], więc jeden lekarz przyszedł i zaczął się na mnie kłaść. Żeby gdzieś tam wyszło [dziecko]... Przyszła pani jakaś tam profesor, która uderzyła go w twarz, tego lekarza, tak po prostu z liścia i powiedziała: „Chłopie, tak nie można, trzeba dziewczynę na operację”. To takie hardcore i się działy i to, posłuchajcie, to nie było 100 lat temu, tak? – Respondentka 5

Należy zauważyć, że zachowanie lekarza stanowiło rażące wykroczenie poza normy postępowania pracowników szpitalnych wobec pacjentów. Ciężarna nie została spytana o zgodę na wykonanie tej niezwykle nadwyrężającej standardowe procedury czynności, a tym samym naruszono jej osobiste granice. Dodatkowo owa

21 „Healthline”. Husband stitch is not just myth. <https://www.healthline.com/health-news/husband-stitch-is-not-just-myth>. Dostęp: 24.08.2023 r.

sytuacja stwarzała duże zagrożenie dla zdrowia i życia zarówno matki, jak i dziecka oraz miała charakter uprzedmiotawiający.

Brak poszanowania godności rodzających

We wszystkich wspomnieniach porodów z lat 80. i 90. przewijała się kwestia nierepektowania godności kobiet rodzących. Brak szacunku wobec indywidualnych potrzeb, ignorowanie emocji i uwarunkowań społeczno-kulturowych czy też odbieranie sprawczości oraz decyzyjności w niezwykle intymnych aspektach stanowią przykłady jawnej alienacji ciężarnych. W relacjach badanych atmosfera porodu i położu sprostowana była do obowiązujących na terenie szpitala reguł, formalności oraz procedur.

Kilka moich respondentek wspominało o problemie związanym z uniwersalnym strojem pacjentów placówek medycznych, który był zupełnie niedopasowany do potrzeb kobiet rodzących. Szpitalne koszule były zbyt krótkie i nie zasłaniały całego ciała, co powodowało u nich ogromny dyskomfort, poczucie wstydu, skrępowania, a nawet upodlenia. Takie dehumanizujące podejście do ciężarnych skutkowało znacznie zwiększonym poziomem stresu, który mógł mieć wpływ na przebieg porodu, a tym samym na zdrowie płodu i matki.

I to ubranie było straszne, było porwane i prawie że nie obejmowało tej całości człowieka, takiego zdeformowanego. I tak się człowiek czuje, może nie to, że poniżony, ale taki obdarty, dosłownie obdarty z tego ubrania swojego i z jakiejś godności. (...) dostałam to ubranie, rozebrałam się, włożyłam, ja patrzę, że prawie wszystko mam na wierzchu. I ja w tym muszę przejść z izby przyjęć, z parteru na czwarte piętro, potem przez cały oddział. To było, powiem szczerze, dla mnie upiorne. Wszystkie skurcze mi przeszły, być może ten traumatyczny poród też temu zawdzięczam. Że po prostu ten stres i takie upokorzenie, że ja nie mam wpływu na to... [...]. A tak z tą gołą pupą, z takim nieestetycznym wyglądem. – Respondentka

Pozytywny kontrast w tej sferze stanowią natomiast wspomnienia pobytu na oddziałach położniczych w późniejszych latach. Po 2000 roku kobiety zyskały większą swobodę ubioru w szpitalu – mogły przynieść własną garderobę i zmieniać ją w zależności od potrzeb.

Ingerencja władzy lekarskiej nie dotyczyła jednak wyłącznie kwestii odzieży. Badane wspominały o szpitalnym zwyczaju golenia krocza przed rozwiązaniem. Kobiety nie mogły decydować o tym, czy taki zabieg zostanie zrobiony, wykonywano go automatycznie i uważano za ogólnieobowiązujący standard. Włosy nie mają jednak wpływu na przebieg porodu, a ich obecność stanowi wyłącznie aspekt estetyczny, zatem golenie powinno być realizowane tylko w przypadku jednoznacznego życzenia kobiety rodzącej.

Przy pierwszym dziecku to golili nawet [krocze]. Kobiety narzekały, siostry moje, że tu ogolone tak czy inaczej. – Respondentka 6

Brak poszanowania ze strony personelu medycznego wobec rodzących uwi-
daczniał się także na poziomie językowym. Moje rozmówczynie nierzadko spotykały
się z przykrymi komentarzami dotyczącymi ich odczuć i zachowania podczas po-
rodu. Respondentka pracująca w szpitalu dodała przy tym, że zdarzało się, że na jej
oczach dochodziło do rękoczynów, a więc sytuacji, w których położne biły rodzące po
twarzy (np. w celu ich uciszenia). W dwóch ostatnich dekadach XX i na początku XXI
wieku w placówkach medycznych przemoc werbalna szła zatem nierzadko w parze
z przemocą fizyczną i psychiczną.

*Ale to hasło takie: „Boli? Ma boleć”, „To nie krzycz, bo tam cię...” i tak dalej. (...) I to, że
ma boleć, to jeszcze było hasło, posłuchajcie, „Ma boleć i to po prostu, rodzisz, to ma boleć”, „Nie
strzelaj fochów”. – Respondentka 5*

*To były takie czasy, że traktowano kobiety rodzące bardzo źle. Krzyczano na nie, nawet
pewnie do jakichś rękoczynów dochodziło. Bardzo, bardzo to było naprawdę upokarzające,
moim zdaniem. (...) Może gdzie indziej było lepiej, ale w Warszawie, tutaj w tych szpitalach
takich warszawskich, to było okropnie. Poza tym te położne były bardzo takie prostackie, po pro-
stu źle się odnosiły do tych położnic, źle się odnosiły do siebie nawzajem. (...) Odnosiły się tak
niedelikatnie, były nawet w sensie takim słownym ordynarne, używały słownictwa po prostu
ulicznego, takiego okropnego. (...) i nawet do rękoczynów dochodziło w sensie na przykład bicia
po twarzy albo jakichś takich. No mam nadzieję, że teraz tego nie ma, ale w tych latach osiem-
dziesiątych... – Respondentka*

Według badanych personel medyczny szpitali doprowadzał do sytuacji, w któ-
rych rodzące były upokarzane na wiele sposobów. Nieposzanowanie godności miało
charakter uprzedmiotawiający i alienujący. Potrzeby kobiet były całkowicie ignoro-
wane – musiały upominać się, żeby lekarze/ki, położni/e, pielęgniarki/ki pomagali
im w załatwieniu podstawowych potrzeb fizjologicznych i nie miały możliwości
pełnej rekonwalescencji w okresie połogu.

*To posłuchajcie, ja pamiętam taką surrealistyczną dosłownie scenę, jak ja po tych 26 go-
dzinach porodu byłam już zmęczona, już w końcu gdzieś tam klepnęłam. W końcu udało mi się
namówić położną, żebym się mogła wysikać do kaczki takiej, żeby ktoś mi pomógł usiąść na tym
łóżku porodowym, bo już nie byłam w stanie chodzić. I posłuchajcie, taka scena, gdzie ja kucam
na tym łóżku porodowym, ona mi przysunęła jakieś dwa... takie coś, takie rury, żebym się mogła
tego trzymać i półtora metra ode mnie siedzi ordynator z dwoma lekarkami, jest tort, kawa i one
mu śpiewają „Sto lat” po cichu. A ja, posłuchajcie, przytyłam 38 kilo, nie byłam w stanie się pod-
nieść, nikt mi nie chciał pomóc się podnieść, nikt mnie nie chciał zacewnikować i tak dalej. I zła-
pana tych rur, taka, posłuchajcie, bambaryła, ja tu sikam, a oni tu przy tym stole, takie odczło-
wienie. – Respondentka*

„(...) jestem wdzięczna, że w takich czasach, jak teraz, mogłam rodzić”

Obecnie przykre komentarze oraz nieodpowiednie (czy wręcz skandaliczne) zachowania personelu medycznego zdarzają się dużo rzadziej i stanowią raczej wyjątek niż regułę. Respondentki, które rodziły dzieci w dzisiejszych czasach (druga dekada XXI wieku), po wysłuchaniu historii z lat 80. i 90. oraz z początku XXI wieku stwierdzały, że są niezmiernie zaskoczone faktem, jak dużo aspektów opieki okołoporodowej w warszawskich placówkach uległo zmianie. Dodawały przy tym, że wymiana doświadczeń pozwoliła im dostrzec znaczącą poprawę warunków szpitalnych, a w konsekwencji docenić obecny stan rzeczy.

Myślę teraz, że jestem bardzo dużą szczęściarą. Wcześniej sobie trochę z tego zdawałam sprawę, ale tak naprawdę nie miałam też z kim konfrontować doświadczeń w ogóle takiego rodzicielstwa, macierzyństwa itd. – Respondentka 1

3.2.5. Medykalizacja opieki okołoporodowej – prymat wiedzy lekarskiej czy intencja kobiet rodzących?

Kobiety oceniały pozytywnie możliwość rodzenia w warunkach szpitalnych, zauważając wiele pozytywnych, niekiedy ratujących życie rozwiązań medycznych. W ich opinii możliwość dokładnej kontroli przebiegu ciąży i porodu jest zdecydowanie pożyteczna, bowiem ułatwia wykrycie oraz zapobieganie ewentualnym nieprawidłowościom. Żadna z moich respondentek nie rozważała porodu domowego – za oczywiste uważały udanie się do placówki medycznej w celu rozwiązania ciąży. Podkreślały, że znacznie mniejsze ryzyko śmierci matki i dziecka wynika z rozwoju medycyny, a zatem nowych technologii, badań czy odkryć, których wykorzystanie może mieć miejsce tylko w szpitalu.

Plan porodu

Kilka moich respondentek miało przygotowany plan porodu. Były to tylko kobiety rodzące po 2010 roku, co może sugerować że jest to stosunkowo współczesna tendencja. Badane posiadające taki plan wskazywały, że uprzednie ustalenia zasadniczo były respektowane przez personel medyczny szpitali, choć zdarzało się, że konieczne było wprowadzenie modyfikacji wynikających z niespodziewanych komplikacji lub zmian preferencji pacjentek.

W sumie ja dużo bardzo rzeczy zmieniałam w tym planie porodu, też w trakcie, chociażby prosząc o to znieczulenie. Wydaje mi się, że gdyby wszystko szło zgodnie tam z przewidywaniem, to byłby respektowany w związku z tym, że było dużo nieprzewidzianych trudności.
– Respondentka 1

Badana będąca anestezjolożką wyraziła opinię, że poród jest wydarzeniem na tyle spontanicznym, mimowolnym i biologicznym, iż plan porodu wydaje jej się niemal fikcją. Można przy tym rozważyć, czy takie ustalenia bardziej sprzyjają demedycyzacji porodu, czy wręcz przeciwnie, wprowadzają fizjologiczny proces w sztywne, określone ramy i narzucają niepotrzebne rozwiązania medyczne.

Planowane cesarskie cięcie

Wśród wszystkich osiemnastu porodów opisywanych przez badane aż siedem skończyło się cesarskim cięciem. Potwierdza to dane dotyczące wysokiego odsetka cesarek (ok. 40% wszystkich porodów w Polsce) podawane przez Fundację „Rodzić po Ludzku” (2017). Choć niemal połowa wspomnianych cesarskich cięć była planowana, owe decyzje były uwarunkowane niezależnymi od kobiet czynnikami zewnętrznymi, nie zaś osobistymi preferencjami.

Jedna z moich respondentek wspomniała, że dostała od lekarza informację, iż jej budowa anatomiczna ciała uniemożliwia poród kanałem rodnym. Wcześniejsze próby naturalnego rozwiązania ciąży kończyły się u niej 26-godzinnym porodem, omdleniami i urazami psychicznymi, stanowiły zatem poważne zagrożenie zdrowia, a nawet życia pacjentki. W związku z tym była ona niejako „zmuszona” do cesarskich cięć.

Się przeflancowałam do innego szpitala i tam pierwszy raz w życiu lekarz mi powiedział, ginekolog, że jestem tak zbudowana, że nie jestem w stanie urodzić siłami natury i od razu mnie skierował na salę operacyjną. A potem już po prostu świadoma tego, że jest tak, a nie inaczej, to z automatu szło po prostu jako cięcie cesarskie. – Respondentka 5

Podobne zalecenie planowanego cesarskiego cięcia dostała także inna rozmówczyni. W jej przypadku decyzja ta wiązała się ze zdrowiem psychicznym:

Miałam cesarskie cięcie planowane. (...) Mi się odrodziła depresja i moja psychiatrka po prostu powiedziała, że rozsądniej będzie, jeśli będę rodziła przez cesarskie cięcie, dała mi zaświadczenie. – Respondentka

Respondentka zawodowo związana z obszarem ochrony zdrowia wyraziła obawę, że istnieje tendencja, by wykonywać cesarki rutynowo, co stanowi niekwestionowaną medycyzację porodu. Dodała przy tym, że owe skłonności wynikają nie tylko z woli samych kobiet, ale są także generowane poprzez nacisk ze strony personelu medycznego.

No ale też w tej chwili jest taka tendencja w zasadzie rozwiązywania ciąży cięciem cesarskim. Ja widzę, że koledzy ginekolodzy to po prostu nie szanują porodu. Oni uważają, że tylko cięcie im gwarantuje zdrowego noworodka. Tak, oczywiście, przerysowuje to, ale bardzo, bardzo dużo się idzie w stronę tego instrumentalnego zakończenia porodu. (...) Obie strony napierają,

to rzeczywiście kobiety uważają, że cięcie cesarskie jest w jakiś sposób mniej dla nich obciążające. I położnicy też wolą, bo to można zaplanować. – Respondentka

Jednocześnie wszystkie badane kobiety miały pozytywną opinię na temat porodów „naturalnych” (drogami rodnymi, bez użycia kleszczy czy próżnościągu). Podczas opisywania „porodu idealnego” często dodawały do wymogów określenie „fizjologiczny”. Jedna z badanych wspomniała, że początkowo planowała cesarskie cięcie z niepokoju o zbyt duży ból podczas „klasycznego” rozwiązania, jednak po doświadczeniu zarówno cesarskiego cięcia, jak i porodu kanałem rodnym, zdecydowanie wybrałaby ten drugi.

Ktoś mi polecił położną, pojechałam do niej i ona mnie przekonała do porodu naturalnego. I tak też się stało, że pierwsze dziecko urodziłam naturalnie. Drugie z przymusu niestety musiałam przez cesarkę, ale bardzo dobrze zniosłam jeden i drugi poród, ale jakbym miała wybierać wolę naturalnie. – Respondentka 8

Dwugodzinny, (nie)przerwany kontakt „skóra do skóry”

Wśród zaleceń sprzyjających porodowi fizjologicznemu wymienia się m.in. dwugodzinny, nieprzerwany kontakt „skóra do skóry” matki z noworodkiem (ICEA, 2015). Propaguje to ideę humanizacji porodu, tzn. pomaga nawiązać pierwsze więzi rodzącej z dzieckiem, obniża poziom stresu i ułatwia przyzwyczajenie dziecka do karmienia piersią.

Tak, od razu go dostałam i zostaliśmy sami. Przyszedł... nawet nie wiem, kto to przyszedł, tak naprawdę mógł przyjść i szewc mnie zszywać i też bym uwierzyła, bo nawet nie zwracałam na to uwagi, bo właśnie dostałam dziecko. Partner ze mną był cały czas, przyjechali rodzice za chwilę i siedzieliśmy sobie dwie godziny sami. Położna tylko wchodziła, się pytała, czy czegoś nie potrzeba. – Respondentka 8

Większość moich respondentek powiedziało, że kontakt „skóra do skóry” przerwano, żeby wykonać pierwsze badania noworodka, m.in. mierzenie i ważenie. Nie oceniały tego negatywnie, bo w ich opinii jest to konieczny krok, zapobiegający ewentualnym problemom zdrowotnym dziecka. Rutynowa kontrola, opisywana w teorii medykalizacji jako sprzyjająca patologizacji, była zatem przez badane kobiety niejako oczekiwana i wymagana. Stały monitoring stanu zdrowia dziecka wspierał u nich poczucie bezpieczeństwa i wewnętrznego spokoju.

Czy właśnie mąż asystował przy pomiarach dziecka i tam pierwszym badaniu, potem właściwie miał swoje kangurowanie, co zresztą było też dla niego bardzo ważne, żeby to było. [...] Wtedy rzeczywiście przez cały czas, kiedy byłam na pooperacyjnej, czyli jakieś pięć, sześć godzin, leżało na mnie. Jak było na chwilę zabrane, to nawet tego nie odnotowałam. – Respondentka 3

Tak, to nie było dwóch godzin na pewno. To było parę minut, parę minut, potem dopiero to dziecko już było owinięte, zawinięte, tam pewnie zmierzone, zważone, ocenione, czy ma wszystkie dziurki, czy ma wszystko, co trzeba mieć, albo że nie ma tego, co nie trzeba. I dopiero wtedy już owinięte, takie zapatulone też dawały dziewczyny dziecko. Chociaż człowiek jest tak zmęczony, że nie do końca kontroluje sytuację. – Respondentka

Dodatkowo część osób przyznała, że poród był na tyle wykańczającym, zarówno fizycznie jak i psychicznie doświadczeniem, że nie miały po nim siły na opiekę nad dzieckiem. Wolały oddać dziecko w ręce partnerów bądź personelu medycznego, by samym móc odpocząć.

Ona [córka] się trochę zachłysnęła wodami, była dosyć szybko wzięta na to mierzenie, ważenie i później ją wzięli po prostu już do sali obserwacji, ale ja powiem szczerze, bardzo się, że ja – może to brzmi trochę okrutnie – ale ja nie chciałam takiego długiego kontaktu. Byłam wyczerpana. Ja zaczęłam mieć po prostu takie dreszcze. – Respondentka

Obecność osób bliskich

W rekomendacjach dotyczących „naturalizacji” opieki okołoporodowej mówi się także o obecności bliskich. W holistycznym modelu porodu kobieta ma swobodę wyboru, kto będzie jej towarzyszyć przy rozwiązaniu. Ma to na celu zapewnienie jak najbardziej komfortowej atmosfery, sprzyjającej świadomym decyzjom, aktywności i sprawczości rodzącej. Część respondentek potwierdzała, że miała pełną autonomię w kwestii wprowadzenia na salę porodu dowolnych osób z rodziny.

U mnie swoboda była zawsze, z mężem właśnie, moja mama była może nie przy porodzie, bo cesarka była. Ale towarzyszyła mi na tej sali przygotowawczej, czyli na tej sali porodów rodzinnych. Był i tata, i babcia, gotowi przywitać. Ale nigdy nie mieliśmy żadnych problemów. Ile chciał, kiedy chciał, w jakich godzinach. – Respondentka 6

Niektórym rozmówczyniom zdarzyły się jednak sytuacje, w których musiały „walczyć” o możliwość uczestnictwa partnera w porodzie. W takim przypadku niezwykle istotne okazywały się wcześniej zawarte znajomości bądź przychylnie podejście personelu medycznego.

I też jej [anestezjolożce] zawdzięczam to, że tak naprawdę mąż był przy porodzie. To było uzgodnione, ale jak mnie położyli tam właśnie do znieczulenia, a mąż się poszedł przebrać, to ktoś, kto był w tym pomieszczeniu, powiedział, że „Nie może Pan wejść”. A ja z kolei zaczęłam krzyczeć na tym stole operacyjnym, że „Gdzie jest [imię męża badanej]?”. I anestezjolożka poszła i go przeprowadziła, i powiedziała tamtej osobie, że „Ten Pan ma moją zgodę, no i koniec dyskusji”, więc też jestem jej bardzo wdzięczna, że jednak kurde zainteresowała się stanem pacjentki też psychicznym. – Respondentka 3

Kobiety rodzące podczas pandemii Covid-19, między 2020 i 2023 rokiem, potwierdziły, że obowiązywały ich większe restrykcje dotyczące obecności bliskich przy porodzie:

Ja rodziłam jeszcze w okresie pandemii, więc były ściśle wytyczne tego, co można w szpitalu i wtedy już była możliwość towarzystwa przy porodzie, ale towarzysz musiał mieć szczepienie bądź też świeży certyfikat z badania, że nie ma Covidu. – Respondentka

Z drugiej strony badana, która pracuje w szpitalu stwierdziła, iż obecność większej liczby osób, np. przy porodach rodzinnych, nie jest całkiem pozytywna. Argumentowała to przede wszystkim tym, że kobieta podczas rozwiązania powinna być w spokojnym, nieuciążliwym, intymnym otoczeniu. Wprowadzanie zbyt wielu bliskich tworzy według niej „teatralną” atmosferę, co może skutkować przebodźcowaniem i powodować jeszcze większy stres bądź dyskomfort rodzącej. Dodatkowo badana zauważyła, że każda osoba „nosi” na sobie wiele drobnoustrojów, które mogą stanowić zagrożenie zdrowia dziecka i matki.

Ja, jako anestezjolog, mam mieszaną opinię. Znaczy, może nie to, że mieszaną, ale taką, że nie popieram jednoznacznie takich porodów, dlatego że mam doświadczenia zawodowe z tym związane. No i te porody takie bardzo, takie wymyślone, wyczekane, takie jakby aranżowane, w środowisku własnym, z udziałem najbliższej rodziny. One tak naprawdę są bardzo sztuczne. Dlatego, że kobieta jednak oczekuje spokoju, ciszy, wsparcia. (...) Oczywiście takiego właśnie, jakby chciała mieć, czyli coś, co buduje, a nie robi atrakcje z tego samego faktu. (...) To tylko jakby ta sama, jakby taka teatralność, którą w tej chwili ja widzę, że w wielu miejscach, szpitalach czy klinikach się tak trochę aranżuje. To mnie to razi. Po drugie też uważam, że biologicznie to nie jest dobre, dlatego, że każdy człowiek nosi coś na sobie, jakieś bakterie, wirusy, pasożyty, cokolwiek, nawet pyły, które każdy z nas, wchodząc do takiego dziecka, do noworodka, do osoby rodzącej, no po prostu wnosi jej to też. – Respondentka

Lekarze/ki i położnicy/e wiedzą najlepiej?

Pomimo że badane chciały być informowane o wykonywanych procedurach medycznych, wyrażały także zdanie, iż ostatecznie decyzje dotyczące realizacji badań, zabiegów czy operacji powinny być podejmowane przez lekarzy/ki prowadzących/e. Profylaktyczne zapobieganie nieprawidłowemu rozwojowi procesu porodu było przez rozmówczynie postrzegane zdecydowanie pozytywnie, zaś wspomniany paternalizm lekarski był nierzadko wręcz wymagany.

Ale ona się mnie pyta, czy ja chcę oksytocynę. Mówię: „Wie Pani co? Czy ja chcę, czy nie chcę, to Pani wie, kiedy ja powinnam dostać tą oksytocyną, a kiedy nie”. Ja uważam, że jeżeli ktoś, kto prowadzi poród, no to oczywiście powinien informować pacjentkę w jakimś sensie, ale

powinien robić to, co uważa i nie sugerować się opinią. Taka pacjentka, która jest w dużym stre- sie, ma przeważnie już skurcze masywne. – Respondentka 7

Priorytetem w tym aspekcie jest zdrowie oraz życie dziecka i matki, zatem indywidualne preferencje, plany porodów bądź wyobrażenia kobiet często tracą na znaczeniu.

I w momencie już tak wchodzenia w ten kanał rodny... ja miałam ucisk w miednicy na nerw [...]. I wtedy ona [córka] traciła tętno. Raz straciła tętno, więc położna już powiedziała: „Pani [imię respondentki], będzie cesarka, może się okazać”. Ja mówię: „Absolutnie, Pani Grażyno, nie ma takiej mowy. Ja chcę naturalnie”. Co za zmiana, prawda, jeszcze sobie pożartowała chwilę. Ale w momencie, kiedy już drugi raz Sandra straciła tętno, już nie było mowy. Już była akcja cesarka. – Respondentka 8

Część kobiet uznała, że wołałyby nie wyrażać świadomych zgód na wykonywanie niektórych procedur medycznych, gdyż decyzje o przeprowadzaniu czynności medycznych powinny być podejmowane przez ekspertów. Delegowanie odpowiedzialności na pacjentki jest w ich opinii nieodpowiednie, bowiem nie posiadają one wystarczającej wiedzy, aby ocenić np. poziom ewentualnego ryzyka powikłań bądź komplikacji po zabiegu.

Od połowy, jak byłam znieczulana, to anestezjolog tam kilkakrotnie, dwukrotnie czy trzykrotnie do mnie przychodziła i strasznie mnie straszyla wózkem [inwalidzkim]. I tę decyzję tak napierała właśnie, że ja samodzielnie w trakcie tej akcji musiałam podejmować decyzję, a ona po prostu tak mi mówiła, że będę miała konsekwencje tego znieczulenia, że byłam przerażona i nie wiedziałam, w którą stronę [...]. Ale mówię, ja się czułam taka zastraszona w sumie tym wózkem inwalidzkim i to, że odpowiedzialność jest na mnie, że gdybym trafiła na ten wózek to z mojej winy. – Respondentka 6

4. Zakończenie – wnioski i rekomendacje

Medykalizacja ciąży i porodu okazała się być niezwykle złożoną kwestią, na której obraz wpływają liczne aspekty związane m.in. ze społecznym dyskursem dotyczącym opieki nad rodzącą, środowiskiem lekarskim i panującym w nim „spojrzeniem medycznym”, a także – być może przede wszystkim – jednostkowymi historiami kobiet. Zróżnicowana wiekowo grupa respondentek umożliwiła dostrzeżenie różnic w opiniach i osobistych przeżyciach, zaś to, że respondentki rodziły w odmiennych miejskich szpitalach/klinikach przyczyniło się do urozmaicenia dokumentowanych aspektów omawianego zjawiska. Dodatkowo nieintencjonalne zaproszenie na udział

w badaniu anesteziolożki, która pracowała na oddziałach położniczych, pozwoliło spojrzeć na kwestię medykalizacji opieki okołoporodowej z bardziej „wewnętrznej”, eksperckiej perspektywy.

W pracy skupiłam się na znaczeniach oraz roli, jaką kobiety przypisują: 1) procedurom medycznym wykonywanym podczas ciąży i porodu; 2) działaniom i szeroko rozumianym zachowaniom personelu placówek medycznych i lekarzy/ek prowadzących ciążę; 3) sposobom funkcjonowania oddziałów położniczych w warszawskich szpitalach. Badane nie były pytane bezpośrednio o opinię na temat medykalizacji, bowiem chciałam, aby skonkretyzowała się ona dopiero w wyniku rozmów. Istotny był dla mnie aspekt emocji oraz przeżyć związanych z indywidualnymi doświadczeniami respondentek oraz to, w jaki sposób owe uczucia się kształtują. Dodatkowo starałam się dociec, jakie czynniki rzutują na formowanie określonych poglądów względem medykalizacji opieki okołoporodowej. Wytlumaczenie terminów „procedury medycznej”, „porodu naturalnego”, „porodu nienaturalnego”, „ciąży idealnej” oraz „porodu idealnego” pozwoliło na lepsze zrozumienie stosunku wobec omawianego zjawiska.

Definicje porodu „naturalnego” moich rozmówczyń różnią się znacznie od tych podawanych przez międzynarodowe stowarzyszenia zajmujące się ochroną zdrowia, takie jak WHO bądź ICEA. Zdaniem badanych poród można nazwać fizjologicznym w każdym przypadku, kiedy dziecko rodzi się samoistnie przez kanał rodny. Poród pozostaje „naturalny” bez względu na to, czy włączone zostają różne technologie i procedury medyczne, takie jak znieczulenie zewnątrzoponowe, znieczulenie podpajęczynówkowe, kroplówki dożylnie czy nacięcie krocza. Podczas gdy organizacje zdrowotne sugerują, że zastosowanie wyżej wymienionych procedur medycznych świadczy o medykalizacji opieki okołoporodowej, respondentki uznają je za konieczny element wsparcia. Według moich rozmówczyń działania, które decydują o tym, że poród nie może zostać określony jako „naturalny”, to: wykorzystanie próżnościągu położniczego, użycie kleszczy położniczych bądź wykonanie cesarskiego cięcia. Na „naturalność” nie mają wpływu również miejsce porodu, osoby towarzyszące, kontakt lub brak kontaktu „skóra do skóry”.

Uczestniczki wywiadów wyrażały podobną opinię także o regularnym wykonywaniu USG, KTG, badań krwi i badań prenatalnych – procedury te były postrzegane jako niezbędne w trakcie ciąży. Rutynowa obserwacja rozwoju płodu była pożądana, bowiem zapewniała przyszłym matkom poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Według badanych dbałość o zdrowie dziecka stanowi niemal moralny obowiązek, zaś wykorzystanie nowoczesnych technologii i innowacji ułatwia kompleksową opiekę.

Warszawskie placówki medyczne oferują profesjonalną opiekę okołoporodową, która w większości przypadków jest całkowicie bezpłatna, zgodnie

z obowiązującym prawem i przywoływanym Standardem Opieki Okołoporodowej²². Zdarzają się przypadki, w których rodzące decydują się na prywatne finansowanie jednoosobowych sal porodowych, lekarzy/ek bądź nawet całego personelu medycznego, jednak wśród moich respondentek były to sytuacje sporadyczne. W kontraście do relacji z porodówek lat 80. i 90. ośmioosobowe, pozbawione prywatności i intymności, „upiorne” sale są już obecnie niespotykane. Natomiast wiele badanych wykupiło indywidualną opiekę położników/ych, żeby zapewnić sobie najwyższej jakości opiekę. Jak wynikało z opowieści, opłacona akuszerka jest także gwarancją znieczulenia, z którego kobiety chętnie korzystają. Wyniki moich badań pokazały, że na oddziałach położniczych oraz w gabinetach lekarskich przydatne są jednak również „znajomości, dzięki którym rodząca może być traktowana dużo lepiej, czyli np. mieć szybszy, nieoficjalny wgląd w wyniki badań, rodzic w komfortowych warunkach, czy mieć pewność, że personel medyczny będzie się odnosił do niej z szacunkiem. Bez wątplenia sytuacja ta wymaga zmiany – każda kobieta posiadająca prawo do opieki zdrowotnej powinna mieć zapewnione równe traktowanie, a więc jednakowe warunki opieki (bez względu na sytuację finansową czy kontakty w szpitalu).

Innym problemem związanym z medykacją ciąży i porodu, z którym spotkały się moje respondentki, była kwestia nieodpowiedniego zachowania personelu medycznego. Pomimo że w perspektywie ostatnich czterdziestu lat nastąpiła pozytywna zmiana w standardach placówek medycznych, nadal zdarzają się incydenty naruszania godności osobistej rodzących. Nieprzyjemne komentarze, niestosowne żarty czy skandaliczne, uprzedmiotawiające zachowania lekarzy/ek, położników/ych i pielęgniarzy/rek nierzadko świadczą o braku szacunku wobec ciężarnych i wywołują w nich poczucie alienacji. Badane przyznawały, że doświadczały instrumentalnego podejścia, które stawiało je w roli „kolejnej” pacjentki, a nawet „kawałka mięsa”. Relacje te stanowią poważne zarzuty wobec pracowników medycznych szpitali i nie powinny być ignorowane.

Kluczową rolę w procesie prowadzenia porodów odgrywają położnicy/e, przy czym kobiety uczestniczące w badaniu zdecydowanie preferowały nadzór personelu płci żeńskiej. Było to związane z przekonaniem, że kobiety są bardziej empatyczne, lepiej rozumieją emocje i potrzeby rodzącej. Doświadczone akuszerki pomagają przy wyborze pozycji rodzenia (nie narzucając pozycji horyzontalnej), wspierają autonomiczne decyzje, respektują plan porodu i zezwalają na obecność wybranych osób bliskich. Większość respondentek była zdania, że obecność lekarza/ki na sali porodowej

22 „Rodzić po Ludzku”. Kieszonkowy przewodnik po Standardzie Opieki Okołoporodowej, czyli co obiecuje Minister Zdrowia. <https://gdzierodzic.info/bazawiedzy/kieszonkowy-przewodnik-po-standardzie-organizacyjnym-opieki-okoloporodowej-czyli-co-obiecuje-minister-zdrowia/>. Dostęp: 24.08.2023 r.

nie jest konieczna w przypadku prawidłowo przebiegającego rozwiązania i potwierdzały, że podczas własnych porodów nie miały do czynienia z regularną asystą lekarza/ki. Moje rozmówczynie zasadniczo polegały na decyzjach podejmowanych przez personel medyczny, bowiem były zdania, że to on „wie najlepiej”, jakie działania podejmować w celu zapewnienia jak najlepszej opieki matce i dziecku. Badane chciały być informowane o wszystkich wykonywanych procedurach, jednak wyrażanie świadomych zgód nie było dla nich szczególnie istotne. Podpisywanie dokumentów uznawały za zwykłą formalność, przez co niektóre z nich nie pamiętały nawet momentu ich podpisywania.

Podsumowując, ekspercka wiedza-władza lekarska, profesjonalizacja, technologizacja oraz instytucjonalizacja, a więc szeroko rozumiana ingerencja medyczna w „naturalne” procesy porodu i ciąży, bezwzględnie krytykowana w teoriach medykalizacji i biomedykalizacji, jest w opowieściach moich rozmówczyń stawiana w innym świetle. Stwierdzają one, że kluczem do dobrej opieki okołoporodowej jest dbałość o komfort rodzącej, jednak często ów komfort zapewnia wyspecjalizowane zaplecze medyczne: dostęp do nowoczesnych narzędzi i lekarstw (np. znieczuleń, kroplówek) oraz do wsparcia pracowników szpitalnych. Poczucie bezpieczeństwa powinno być przy tym połączone z odpowiednim środowiskiem – przytulnym, komfortowym wystrojem sali do rodzenia; zaciszną, spokojną atmosferą; a przede wszystkim przyjaznym, pomocnym personelem medycznym, szanującym godność rodzącej. Kobieta powinna być informowana o wykonywanych czynnościach medycznych i znajdować się pod opieką położników/ych oraz bliskich. Dodatkowo istotne dla badanych było promowanie sprawczości i autonomii ciężarnej poprzez umożliwienie jej podejmowania samodzielnych decyzji i decydowania o przebiegu własnego rozwiązania. Kluczowe jest zatem zapewnienie najwyższej jakości troski, niekoniecznie wiążące się z jednoznacznymi dążeniami w stronę demedykalizacji opieki okołoporodowej.

Zbadane przeze mnie zjawisko społeczne jest niewątpliwie fascynujące, zaś w krajowej i zagranicznej literaturze naukowej rzadko podejmowane. Warto byłoby przeprowadzić większą, bardziej szczegółową analizę jakościową tematu medykalizacji ciąży i porodu, co pozwoliłoby zbadać również perspektywę kobiet w innych dużych miastach oraz mniejszych miejscowościach i wsiach. Ponadto pracę nad tym tematem można by rozszerzyć także na temat medykalizacji planowania rodziny (np. w kontekście aborcji i antykoncepcji) oraz medykalizacji opieki nad noworodkiem (m.in. w kontekście laktacji, szczepień itd.). Dodatkowo, warto byłoby zrealizować badania ilościowe, które pozwoliłyby na szerszą analizę najważniejszych aspektów opieki okołoporodowej w znaczeniu jej umedyczniania.

5. Bibliografia

- Babbie, E. 2008. *The Practice of Social Research*. Belmont: Cengage Learning.
- Barbour, R. 2011. *Badania fokusowe*. Tłum. B. Komorowska. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Benyamini Y., Molchoa, M. L., Danb, U., Gozlanb, M., Preisa, H. 2017. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. „Women Birth”.
- Brubaker, S. J., Dillaway, H. E. 2009. Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. „Sociology Compass”, 3/1: 31–48.
- Budrowska, B. 2000. *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*. Wrocław: Fundacja na rzecz Nauki Polskiej.
- Cassidy, T. 2006. *Birth: the surprising history of how we are born*. New York: Grove/Atlantic, Inc.
- Chamberlain, G. 2006. British maternal mortality in the 19th and early 20th centuries. „Journal of the Royal Society of Medicine”, 99: 559–563.
- Chapron, C., Dubuisson, J. D., Josset, P., Morice, P. 1995. History of infertility. „Human Reproduction Update”, 1: 497–504.
- Clarke, A. E. 2014. „Biomedicalization”. W: W. C. Cockerham, R. Dingwall, S. Quah (eds.), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* (137–142). On-line.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., Fishman, J. R. 2003. Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. „American Sociological Review”, 68: 161–194.
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., Scheffler, M. 2018. The evolution of birth medicalisation: A systematic review. „Midwifery”, 66: 161–167.
- Cochran, S. D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., Marais, A., Meloni, V. E., Reed, G. M. 2014. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). „Bulletin of the World Health Organization”, 92 (9): 672–679.
- Conrad, P. 1992. Medicalization and Social Control. „Annual Review of Sociology”, 18: 209–232.
- Conrad, P. 1975. Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior. „Social Problems”, 23(1): 12–21.

- Declercq, E. 2017. Introduction to a Special Issue: Childbirth History is Everyone's History. „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences”, 73(1):1–6.
- Doroszevska, A., Nowakowski, M. 2017. Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 15 (2): 172–177.
- Doroszevska, A. 2016. Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją?. „Annales I – Philosophy and Sociology”, 41 (2): 47–60.
- Doroszevska, A. 2013. Społeczne role położnych. Analiza zawodu położnej z perspektywy socjologii zawodów medycznych. Warszawa: Uniwersytet Warszawski Instytut Stosowanych Nauk Społecznych. Praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Józefy Hryniewicz.
- Dundes, L. 1987. The Evolution of Maternal Birthing Position. „American Journal of Public Health”, 5(77): 636–641.
- Dunn, P. M. 1991. Francois Mauriceau (1637–1709) and maternal posture for parturition. „Archives of Disease in Childhood”, 66: 78–79.
- Epstein, R. H. 2010. Get me out: A History of Childbirth from the Garden of Eden to the Sperm Bank. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Espinosa i in. 2022. Attitudes toward medicalization in childbirth and their relationship with locus of control and coping in a Spanish population. „BMC Pregnancy and Childbirth”, 22 (529).
- Foucault, M. 2020. Historia seksualności. Tłum. B. Banasiak, T. Komendant, K. Matuszewski. Warszawa: Wydawnictwo Słowo/obraz terytoria.
- Foucault, M. 1987. Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu. Tłum. H. Kęszycka. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy
- Foucault M. 1993. Nadzorować i karać. Tłum. T. Komendant. Warszawa: Wydawnictwo Fundacji Aletheia.
- Foucault, M. 2011. Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France. Tłum. M. Herer. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Foucault, M. 1999. Narodziny kliniki. Tłum. P. Pieniążek. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Fox, B., Worts, D. 1999. Revisiting the critique of medicalized childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth. „Gender & Society”, 13: 326–346.
- Fundacja „Rodzić po Ludzku”. 2017. Raport z monitoringu oddziałów położniczych. *Medykalizacja porodu w Polsce*. Warszawa.
- Goffman, E. 1961. Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates. New York: The Anchor Books.
- Gutt, M. 2014. Bio-psychoseksualne aspekty nacięcia krocza podczas porodu. „Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia”, 4: 87–89.

- International Childbirth Education Association (ICEA). 2015. Physiologic Birth.
- Johanson, R., Newburn, M., Macfarlane, A. 2002. Has the medicalisation of childbirth gone too far? „BMJ”, 324: 892–895
- Klausen, S. 2013. „Birth in Transition”: Medicalization, Gender Politics, and Changing Perceptions of Childbirth in the United States and Late Imperial China. „Journal of Women's History”, 3(25): 239–248 (Review).
- Księga Rodzaju [w:] Pismo Święte Nowego i Starego Testamentu. 1991. Wydawnictwo Pallottinum.
- Loudon, I. 1986. Deaths in childbed from the eighteenth century to 1935. „Medical History”, 30: 1–41.
- Modrzejewska, E., Torbé, D., Torbé, A. 2019. The evolution of maternal birthing positions. „Journal of Education, Health and Sport”, 9 (8): 807–810.
- Moskalewicz, M. 2012. *Medykalizacja: patogeneza i objawy*. „Czas kultury”, 6: 24–35.
- Nowakowski, M. 2013. *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie Wydział Filozofii i Socjologii Instytut Socjologii. Praca doktorska napisana pod kierunkiem Dr hab. Włodzimierza Piątkowskiego.
- Oleś-Binczyk, Z. 2011. *Medykalizacja ciąży i porodu w Polsce*. W: A. Pałęcka, H. Szczodry, M. Warat (red.), *Kobiety w społeczeństwie polskim* (s. 43–63). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rich, A. 1995. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. W. W. Norton & Company.
- Shaw, J. C. A. 2013. The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance. „Health Care for Women International”, 34 (6): 522–536.
- Szasz, T. 1960. The myth of mental illness. „American Psychologist”, 15 (2): 113–118.
- Szasz, T. 1974. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row, Publishers.
- Walsh, M. 2004. *Introduction to Sociology for Health Carers. Foundations in Nursing and Health Care*.
- World Health Organization. 2022. *World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.
- Zola, I. K. 1976. Medicine as an institution of social control. „Health”, 245 (41): 210–214.

Ciąża, poród i okres połogu zdają się być obszarami życia, które wzbudzają zainteresowanie jedynie wąskiego grona środowiska lekarskiego, akademickiego oraz kobiet spodziewających się potomstwa. Z tej perspektywy ciąża podlegałaby procesowi medykalizacji – w której „problemy niemedyczne są definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zwykle w kategoriach chorób lub zaburzeń.” (Conrad 1992: 209) Medykalizacja jest przedstawiana jako dominujący, lecz negatywny trend, który ogranicza sprawczość kobiet i sprowadza poród do medycznego procesu wymagającego licznych lekarskich interwencji. Czy jest ona faktycznym problemem rodzących? Czy naukowe interpretacje tego społecznego zjawiska znajdują odzwierciedlenie w rzeczywistości?

Autorka stara się zgłębić to, w jaki sposób kobiety postrzegają medykalizację ciąży i porodu w świetle ich indywidualnych doświadczeń. W części teoretycznej przywołuje myśl pionierów teorii medykalizacji i analizuje, jak cyfrowe innowacje wpływają na systemy opieki zdrowotnej. Następnie zagłębia się w historię medykalizacji opieki okołoporodowej oraz przygląda się temu zjawisku we współczesnych społeczeństwach zachodnich. W części empirycznej pracy omawia wyniki własnych badań jakościowych, opartych na dwóch indywidualnych (IDI) oraz jednym grupowym (FGI) wywiadzie z udziałem kobiet. Niniejsza publikacja prezentuje współczesne spojrzenie na temat medykalizacji ciąży i porodu „z pierwszej ręki”, dostarczając istotne dane, które mogą służyć jako ważny punkt odniesienia oraz impuls do dalszych badań nad tym zjawiskiem.



ISBN 978-83-922588-7-2



9 788392 258872