



Emilia Mazurek

Politechnika Wroclawska

Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa

KEYWORDS

medicalization, motherhood, medicine, (re)construction of the meaning, health education, learning

ABSTRACT

Mazurek Emilia, *Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa* [Motherhood under the Medical Supervision. Chosen Aspects of Motherhood's Medicalisation]. *Kultura – Społeczeństwo – Edukacja* nr 1(5) 2014, Poznań 2014, pp. 75-93, Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2821-9. ISSN 2300-0422.

The growing importance of medicine as a science, but also as a certain ideology, caused the medical supervision of different spheres of human life, not just those related to human health and the organism. Using the authority of medicine and its representants, medical discourse (re)constructs the meaning of motherhood, uses its own conceptual categories to describe the experience of performing the role of the mother, imposes their own interpretations of processes and problems inherent in this experience. In relation to the concept of Peter Conrad, author presents the selected practices of medicalization of motherhood and their possible consequences. In addition, the mother is shown as a person who learns in the context of experienced medicalization practices.

Pomiędzy medycznym nadzorem a społecznym oporem?

Stopniowe odchodzenie od leczenia człowieka przez niewykwalifikowanych „znawców” ludzkiego ciała na rzecz poddawania chorego organizmu oglądowi profesjonalisty (lekarza) przyczyniło się do wzrostu znaczenia medycyny jako nauki, ale także jako swoistego światopoglądu. Agnieszka Gromkowska-Melosik stwierdza, że „(...) medycyna zawsze jest do pewnego stopnia ideologią – przesyconą dominującymi znaczeniami konstrukcją społeczną” (Gromkowska-Melosik, 2013: 13). O ile medycyna początkowo była autorytetem w zakresie radzenia sobie z chorobą, o tyle „(...) nieco później poszerzyła pole swych oddziaływań również na obszar zdrowia” (Domańska, 2005: 311). To, co dawniej było codzienne, powszechne, zwyczajne, obecnie coraz częściej zostaje poddane przez

medycynę (próbę) kontroli. W kręgu jej zainteresowań znajdują się doświadczenia osobiste człowieka oraz obszary życia społecznego, które dawniej nie pretendowały do stania się przedmiotem analiz medycznych – nie znajdowały się w specjalnych rejestrach, nie były diagnozowane i leczone. Społeczne zaufanie do dynamicznie rozwijającej się wiedzy medycznej i kompetencji lekarza oraz wiara w skuteczność stosowanych interwencji uprawomocniły wpływ dyskursu medycznego na funkcjonowanie współczesnych społeczeństw w wymiarze globalnym i jednostkowym. Dyskurs medyczny wywiera bowiem wpływ nie tylko na wartości, normy, symbole ważne w kulturze i społeczeństwie (Domańska, 2005), ale również na tożsamość człowieka¹, jego osobiste doświadczenia i nadawane im subiektywne znaczenia.

Objęcie nadzorem medycznym różnych sfer życia człowieka, nie tylko tych związanych z ludzkim zdrowiem i organizmem, określa się jako medykalizację. Choć „(...) rodowód medykalizacji sięga doby oświecenia” (Szarszewski, 2011: 46), samo pojęcie w naukach społecznych pojawiło się w latach 70. XX wieku (Illich, 1992). Irving K. Zola przez medykalizację rozumie „proces, za pomocą którego coraz większe obszary codziennego życia podlegają medycznej dominacji, wpływowi i nadzorowi” (Zola, 1983: 295). Z kolei Peter Conrad definiuje ją jako proces, w ramach którego problemy niemedyczne są określane i rozwiązywane tak, jakby były problemami medycznymi, postrzeganymi zwykle w kategoriach chorób lub zaburzeń. Jest to proces społeczno-kulturowy, w który mogą być (lecz nie muszą) zaangażowani przedstawiciele profesji medycznych i który prowadzi do „medycznej kontroli społecznej” lub stosowania leczenia. Czasem proces ten jest rezultatem „intencjonalnej ekspansji profesji medycznych” (Conrad, 1992: 211).

¹ A. Gromkowska-Melosik w książce *Kobieta epoki wiktoriańskiej. Tożsamość, ciało i medykalizacja* (2013) przedstawia wiek XIX jako okres, w którym nastąpił gwałtowny rozwój medycyny oraz teorii dotyczących ludzkiego organizmu i procesów, które w nim zachodzą. Autorka przemiany te traktuje jako tło postępującego procesu medykalizacji. W oparciu o materiały źródłowe analizuje m.in. wpływ dyskursu medycznego na tożsamość kobiet żyjących w epoce wiktoriańskiej (lata 1837-1901), którego efektem było potwierdzenie nierównych relacji między płciami i męskiej hegemonii w społeczeństwie. Przedmiotem analiz autorki stało się również zagadnienie medykalizacji macierzyństwa w omawianej epoce. Od kobiety spodziewającej się dziecka oczekiwano bezwzględnej posłuszeństwa wobec lekarza, unikania negatywnych emocji, a nawet stronienia od wysiłku intelektualnego i fizycznego. Od matki z kolei oczekiwano karmienia piersią swojego nowo narodzonego dziecka, dopuszczając nawet – wbrew obowiązującym zwyczajom – odsłanianie piersi w miejscu publicznym w tym celu. Przywołane przeze mnie przykłady to tylko niektóre egzemplifikacje reżimów medycznych, jakim były poddawane kobiety epoki wiktoriańskiej, o których pisze autorka książki.

Zgodnie z koncepcją P. Conrada, medykalizacja występuje na trzech odrębnych poziomach: konceptualnym, instytucjonalnym i interakcyjnym. Poziom konceptualny przejawia się w stosowaniu medycznej nomenklatury oraz definicji właściwych medycynie do wyjaśniania zjawisk, procesów i problemów społecznych. Z kolei poziom instytucjonalny polega na zaadoptowaniu przez różnorodne organizacje mechanizmów medycznych, aby realizować cele, do których organizacje te zostały powołane. Wymiar interakcyjny natomiast ujawnia się w bezpośrednich relacjach lekarz – pacjent, kiedy lekarz stawia diagnozę bądź leczy problem natury społecznej za pomocą metod stosowanych w terapii medycznej (np. przepisuje środek uspokajający dla osoby doświadczającej problemów rodzinnych).

Zmedykalizowany został cały bieg ludzkiego życia – od poczęcia aż do śmierci. Rozwój wiedzy medycznej i towarzyszący mu postęp technologiczny stworzyły człowiekowi możliwość regulowania płodności (np. coraz bardziej skuteczne metody antykoncepcyjne), ale również i radzenia sobie z bezpłodnością (np. zabieg *in vitro*), a nawet ingerowania w „niedoskonałości” natury poprzez modyfikowanie kodu genetycznego DNA (np. kontrowersyjna metoda zapłodnienia *in vitro* umożliwiająca poczęcie dziecka trojga rodziców²). Udoskonaliły także procedury monitorowania przebiegu ciąży i kontroli zdiagnozowanych odchyłeń od normy w rozwoju płodu. Nadzór medycyny nad biegiem życia nie kończy się wraz z chwilą narodzin dziecka – podczas porodu, który *notabene* został wprowadzony do szpitalnego zabiegu kontrolowanego przez zespół specjalistów w zakresie zdrowia i patologii – ale jest obecny na kolejnych etapach ludzkiego rozwoju, począwszy od okresu niemowlęctwa (np. promocja profilaktycznych szczepień ochronnych, zachęcanie do stosowania farmaceutyków „wspomagających” odporność dziecka), a skończywszy na okresie późnej dorosłości (np. menopauza jako stan wymagający interwencji medycznej, zmarszczki – naturalna oznaka procesu starzenia się – jako obiekt oglądu medycyny estetycznej). Zmedykalizowane zostały także różnorodne obszary życia człowieka (np. edukacja, sport, praca zawodowa) oraz rozmaite doświadczenia wpisane w jego biografię. „Cierpienie, umieranie, śmierć, relacje w rodzinie i relacje intymne włączone

² Rozwiązanie to zakłada pobranie materiału genetycznego od trojga rodziców – dwóch kobiet i jednego mężczyzny. Choć naukowcy przekonują, że materiał genetyczny pobrany od jednej kobiety będzie stanowił niewielki procent, dzięki czemu dziecko będzie miało rysy dwojga (a nie trojga) rodziców, to jednak metoda ta budzi wiele wątpliwości. Jej głównym celem jest zapobieganie niektórym chorobom genetycznym, których źródłem jest przekazywanie wadliwych genów przez matkę. Pierwszym krajem, który chce zalegalizować tę metodę zapłodnienia *in vitro*, jest Wielka Brytania.

zostają w badanie przyczyn, skutków i kryzysów, o których sensie w *ostatniej instancji* rozstrzyga medyczny wyrok, jakim jest diagnoza” (Jacyno, 2007: 124).

Niedorzeczne byłoby ignorowanie, lekceważenie bądź podważanie znaczenia obecności medycyny w życiu współczesnego człowieka. Wiedza wytwarzana za sprawą dynamicznego rozwoju nauk medycznych, doświadczenie i kompetencje lekarzy oraz zaawansowane technologie stosowane w działaniach związanych z ochroną zdrowia człowieka stanowią niekwestionowaną wartość. Przekonali się o tym przede wszystkim ci, którzy w efekcie utraty zdrowia bądź pełnosprawności korzystali z usług medycznych. Jednakże nadmierna ingerencja medycyny w funkcjonowanie człowieka – stanowiąca praktyki medykalizacji – może prowadzić do ambiwalentnych, a nawet negatywnych konsekwencji (zob. Illich, 1976; Conrad, 1992; Domańska, 2005; Nikodem, 2010; Nowakowska, 2010). Podporządkowanie się jurysdykcji profesji medycznych (Conrad, 1992) ogranicza kompetencje jednostki w zakresie ochrony własnego zdrowia oraz radzenia sobie w sytuacji jego utraty, czego konsekwencją jest pogłębienie asymetrii statusów w relacji lekarz – pacjent³. „Asymetryczność polega w zdecydowanej mierze na możliwości sprawowania przez lekarza funkcji gospodarza sytuacji leczenia. Lekarz decyduje o rozpoczęciu wizyty lekarskiej, wyznacza porządek jej przebiegu, posiada profesjonalną, ekspercką wiedzę, dzięki której znajduje się w pozycji autorytetu, ale i dysponuje szeregiem innych atrybutów, których brak pacjentowi” (Plucińska, 2012: 294). Rezultatem medykalizacji może być również uzależnienie się człowieka od wiedzy eksperckiej i przeniesienie odpowiedzialności za własną kondycję psychofizyczną na instytucję medycyny i ekspertów w tym zakresie. Kontrowersyjny staje się również rosnący popyt na różnorodne usługi medyczne i produkty farmakologiczne (Nowakowska, 2010). Rozwija się zatem imperialistyczny charakter medycyny – jak ujmuje to Ivan Illich – którego istotą jest budowanie przekonania, że to właśnie medycyna dostarcza najkorzystniejszych rozwiązań dla problemów związanych nie tylko ze sferą zdrowia i choroby, a lekarz jest uprawniony do stawiania diagnozy, poprzez którą przypisuje ludzi do pewnych kategorii. To lekarz – z racji przyznanych mu uprawnień – orzeka i wydaje formalne zaświadczenia o zdrowiu bądź chorobie, o (nie)zdolności do pracy, prowadzenia pojazdów, popełnienia przestępstwa itp. W tym kontekście pojawia się potrzeba podjęcia działań, których celem jest wyzwolenie człowieka

³ Jednym z czynników modyfikujących intensywność asymetrii relacji lekarz – pacjent jest płęć obydwu stron, która – jak się okazuje – wpływa m.in. na sposób komunikacji, postawę lekarza/lekarki wobec pacjenta/pacjentki, a nawet na długość wizyty lekarskiej (zob. Stefaniak, 2011; Plucińska, 2012).

spod reżimu mechanizmów przynależnych medycynie bądź ograniczenie siły ich wpływu. Czy jest to jednak możliwe, biorąc pod uwagę siłę autorytetu medycyny i osób ją reprezentujących (zob. Cialdini, 1999: 198-200)?

Jak zauważa Małgorzata Jacyno, jednym ze sposobów osłabienia procesów medykalizacji jest zdemokratyzowanie relacji lekarz – pacjent, które odbywa się na drodze wzmocnienia pozycji pacjenta poprzez dostarczenie mu odpowiedniej wiedzy. „Chory z pacjenta przeobraża się w klienta. (...) Klient to *wykwalfikowany pacjent*, który diagnozę poprzedza autodiagnozą, jest krytyczny wobec proponowanej terapii i konsultuje poprawność diagnozy swojego stanu zdrowia oraz skuteczność zaleconej terapii u różnych specjalistów” (Jacyno, 2007: 138; zob. Foucault, 1998). Podejmuje samokształcenie w zakresie zdrowia, korzysta z programów edukacyjnych oraz publikacji naukowych i poradnikowych, poszukuje pomocy u osób, które ocenia jako bardziej kompetentne w zakresie zdrowia i choroby od siebie, włącza się w działalność ruchów społecznych, grup samopomocowych bądź grup pacjenckich – tego typu pacjentów Adriana Petryna nazywa „biologicznymi obywatelami” (Petryna, 2004). Przemiany te można traktować jako proces demedykalizacji, który zwiększa autonomię człowieka w zakresie możliwości decydowania o własnym życiu i zdrowiu, ale również poszerza jego sprawstwo w zakresie wpływania na zinstytucjonalizowaną i sformalizowaną ochronę zdrowia.

Medyczne (re)konstrukcje macierzyństwa

Współcześnie dostrzec można nasilającą się medykalizację macierzyństwa. Zmiany zachodzące w tym zakresie powodują, że doświadczenie to jest ukazywane nie tylko jako doświadczenie intymne, osobiste, przynależne wyłącznie kobiecie czy, w szerszym kontekście, jako problem społeczny, kulturowy, ale również jako problem wymagający oglądu, nadzoru i interwencji medycznej. „Mity medyczne potęgują przekonanie, że wejście w rolę matki i jej realizacja łączy się ze znacznym ryzykiem i może odbywać się wyłącznie pod czujnym okiem lekarza” (Domańska, 2005: 317).

Odwołując się do koncepcji P. Conrada, można stwierdzić, że medykalizacja macierzyństwa przebiega na trzech wyróżnionych przez niego poziomach (konceptualnym, instytucjonalnym i interakcyjnym). Macierzyństwo jest często opisywane poprzez stosowanie terminów medycznych (np. depresja poporodowa). Medycyna rości sobie prawo do decydowania, co jest, a co nie jest problemem

w doświadczaniu macierzyństwa. W sytuacji zaistnienia problemów związanych z pełnieniem roli matki poszukuje się ich genezy, wytłumaczenia i rozwiązania poprzez odwoływanie się do wiedzy medycznej. Medycyna również, korzystając z posiadanego autorytetu, realizuje swoje cele poprzez odwoływanie się do kategorii istotnych dla kobiety (np. odzwierciedlania promowanego wizerunku kobiecości). W mediach dość powszechnie w celu promocji karmienia piersią używa się argumentu, iż laktacja przyspiesza powrót do wagi sprzed ciąży. Wytworzone przez reprezentantów nauk medycznych koncepcje dotyczące macierzyństwa i interpretacje dostrzeżonych (czyt. zdiagnozowanych) problemów są niejednokrotnie popularyzowane podczas programów telewizyjnych i audycji radiowych skierowanych do matek i kobiet planujących bądź spodziewających się już dziecka lub na łamach czasopism, poradników, podręczników dla (przyszłych) rodziców (zob. Domańska, 2005; Urbańska, 2009). Kobieta styka się zatem z różnorodnymi przejawami medykalizacji macierzyństwa nawet wtedy, kiedy nie nawiązuje bezpośredniej relacji z przedstawicielem służby zdrowia. Poprzez to może oswoić się z nimi, ale i przygotować się do konfrontacji z praktykami medykalizacji, których może doświadczyć podczas osobistego spotkania z lekarzem, pielęgniarką, położną itd.

Urszula Domańska (2005) porównuje „tradycyjny model macierzyństwa” z „modelem medycznym”. Pierwszy z nich opierał się na korzystaniu z wiedzy i doświadczenia kobiet w zakresie opieki nad dzieckiem, ale i nad kobietą-matką. W zbiorowościach tradycyjnych poród najczęściej odbywał się w domu bądź w specjalnie wydzielonej izbie, a rodzącej pomagały inne doświadczone matki lub przygotowana do tego akuszerka. Mężczyzna najczęściej był wykluczany z uczestnictwa w tym wydarzeniu. Narodzinom nierzadko towarzyszyły obrzędy religijne i kulturowe. Matki przygotowywały swoje córki do pełnienia roli gospodyni domowej, troszczącej się zarówno o swojego męża, jak i o liczne potomstwo, które było potwierdzeniem płodności i zdrowia kobiety. Jak zauważa autorka, „tradycyjny model macierzyństwa” został zastąpiony „modelem medycznym”, choć może właściwszym byłoby określenie go jako zmedykalizowany model macierzyństwa. W modelu tym szczególną uwagę przykładana jest do zapewnienia bezpieczeństwa (przyszłej) matce i jej potomstwu poprzez ścisłe kontrolowanie, nadzorowanie, wreszcie diagnozowanie i leczenie.

Medykalizacja macierzyństwa jest procesem, przez który medycyna domaga się uznania jej autorytetu w dziedzinie życia tradycyjnie nadzorowanej przez doświadczone matki lub akuszerki, delegowane przez określoną zbiorowość do

pomocy kobiecie brzemiennej, rodzącej i karmiącej, co odnoszone było do sfery sacrum (Domańska, 2005: 313). Choć praktyki medykalizacji macierzyństwa obejmują wszystkie jego etapy, to szczególnie widoczne są w medycznym konstruowaniu znaczeń problemów związanych z jego planowaniem, poczęciem i byciem matką we wczesnej fazie (to jest okresie ciąży⁴, porodu, pierwszych miesiącach opieki nad dzieckiem).

Jedną z praktyk medykalizacji macierzyństwa jest postrzeganie ciąży jako okresu, który wymaga szczególnej medycznej kontroli. Choć zakłada się, że ciąża nie jest chorobą, to jednak kobieta spodziewająca się dziecka staje się pacjentką, którą wyposaża się w kartę przebiegu ciąży, kieruje na badania diagnostyczne, obliuguje do systematycznych wizyt kontrolnych, stosuje suplementację sztucznymi witaminami, czasem zwalnia się z pełnienia obowiązków wynikających ze stosunku pracy⁵ itd. Dodatkowo instruuje się ją, jak powinna wykorzystać okres ciąży do właściwego przygotowania się do porodu (np. ćwiczenia oddechowe, nabywanie umiejętności relaksacji) oraz co zrobić, by jeszcze w okresie prenatalnego rozwoju dziecka wpływać na ukształtowanie się jego psychiki (zob. Urbańska, 2009). Rekomendowane działania są swoistego rodzaju profilaktyką właściwą medycynie. Luiza Nowakowska stwierdza, że „dokonano patologizacji ciąży, skojarzono ją z chorobą, dysfunkcją, która wymaga medycznej interwencji” (Nowakowska, 2010: 433). Może to sprzyjać budowaniu postawy biernej, podporządkowanej i wyrażaniu zgody na proponowane – a jednocześnie nie zawsze konieczne – interwencje.

Podobnie jak ciąża, zmedykalizowany został również poród. Do połowy XIX wieku był on traktowany jak proces naturalny, który nie wymaga interwencji medycznej bądź jedynie w niewielkim zakresie. W epoce wiktoriańskiej położnictwo plasowało się najniżej w hierarchii profesji medycznych, wiązało się wręcz z hańbą (Gromkowska-Melosik, 2013). Jednak od połowy do końca XIX wieku za sprawą wielu czynników kulturowych i społecznych zaczęto coraz bardziej umożliwiać medycynie ingerencję w poród, a jednocześnie doceniać położnictwo (Gromkowska-Melosik, 2013; Williams, Umberson, 1999). W XX wieku doprowadzono do instytucjonalizacji porodu (Nowakowska, 2010; Domańska, 2005),

⁴ Coraz częściej stosuje się określenie „matka prenatalna”.

⁵ Z danych opublikowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych wynika, że najczęstszymi przyczynami powodującymi absencję w pracy w pierwszym półroczu 2011 i 2012 roku była ciąża, poród i połóg (w I półroczu 2011 r. – 18,3% ogólnej liczby dni absencji chorobowej, w I półroczu 2012 r. – 18,9%) (Sikora, 2012: 6).

wyznaczając szpital jako miejsce narodzin dziecka pod ścisłą kontrolą medyczną, zwiększającą poziom bezpieczeństwa rodzącej i jej potomstwa. W 1900 roku w Stanach Zjednoczonych tylko 5% porodów odbywało się w szpitalach, a w 1935 roku stanowiły one już 75% ogółu porodów (Podgórska, 2005). Dane opublikowane przez Główny Urząd Statystyczny dotyczące miejsca porodu w Polsce w latach 1980-2011 (Tab. 1) potwierdzają tendencję spadkową liczby porodów pozaszpitalnych.

Tabela 1. Liczba urodzeń według miejsca porodu (źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS opublikowanych w *Roczniku Demograficznym 2012*, Warszawa 2012, s. 317)

ROK	LICZBA URODZEŃ – OGÓŁEM ⁶	MIEJSCE PORODU			
		SZPITAL	IZBA PORODOWA ⁷	INNE MIEJSCE	
				Z POMOCĄ FACHOWĄ	BEZ POMOCY FACHOWEJ
1980	701 659	665 414	27 434	4 806	4 005
1990	551 975	539 796	7 729	2 241	2 209
2000	381 233	378 976	486	882	889
2005	366 577	364 177	335	1 525	540
2010	415 559	414 689	-	471	399
2011	390 518	389 675	-	433	410

Konsekwencją instytucjonalizacji porodu było upowszechnienie zewnętrznych interwencji medycznych w jego trakcie. Wśród rutynowo stosowanych praktyk medykacji podczas porodu wymienia się m.in. wywołanie lub przyspieszenie akcji porodowej poprzez zastosowanie środków farmakologicznych, stosowanie znieczulenia za pomocą środków mogących wywołać niepożądane skutki uboczne i zagrażać życiu noworodka (Podgórska, 2005), nacinanie krocza, decydowanie przez personel medyczny o pozycji rodzącej, nieuzasadnione cięcia cesarskie. Paradoksalnie, coraz częściej sami lekarze alarmują o niepokojącym wzroście liczby porodów odbywających się poprzez zabieg chirurgiczny. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, liczba cięć cesarskich nie powinna przekraczać 15% ogółu porodów. Tymczasem w Polsce na przestrzeni ostatnich

⁶ Urodzenia żywe i martwe łącznie z urodzonymi dziećmi matek zamieszkałych za granicą.

⁷ Izby porodowe funkcjonowały w Polsce do 2009 roku.

lat wskaźnik ten nieustannie wzrasta. W 2011 roku wyniósł 35,5% (Tab. 2)⁸. Wskazuje się, że odsetek cięć cesarskich jest niższy w społeczeństwach uboższych (np. w Afryce wynosi 3,5%), wyższy natomiast w społeczeństwach zamożniejszych (np. we Włoszech 40%)⁹.

Tabela 2. Liczba porodów za pomocą cięcia cesarskiego (źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS opublikowanych w następujących dokumentach: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*, Warszawa 2008; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*, Warszawa 2010; *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*, Warszawa 2012)

ROK	LICZBA PRZYJĘTYCH PORODÓW	LICZBA CIĘĆ CESARSKICH	% CIĘĆ CESARSKICH
2006	369 298	106 287	28.8
2007	384 047	114 406	29.8
2008	406 432	124 189	30.6
2009	409 860	132 075	32.2
2010	402 658	136 838	34.0
2011	376 316	133 488	35.5

Oczekiwanie i przyjście na świat dziecka owiane było dotąd tajemnicą, wiązało się z intymnością. Obecnie owa tajemniczość zostaje zastąpiona przewidywalnością (np. określenie płci dziecka jeszcze w trakcie ciąży), obecnością medycznej aparatury, koniecznością poddania się serii badań diagnostycznych, medycznym żargonem, a intymność podczas porodu – obecnością personelu medycznego, nierzadko utrudniającego skupienie się na wewnętrznym, autentycznym przeżywaniu kumulujących się emocji. Ciąża i poród z procesów fizjologicznych przekształcają się zatem w procesy zmedykalizowane. Kobieta pełni rolę pacjentki wtedy, kiedy planuje dziecko, oczekuje na jego przyjście, rodzi je i opiekuje się nim (szczególnie przez pierwsze dni po narodzinach).

Dalsze etapy doświadczania macierzyństwa również pozostają pod wpływem medycyny. Kobieta instruowana jest przez specjalistów, jak powinna karmić i pielęgnować noworodka, jakie modyfikowane mleko wybrać dla swojego dziecka, gdy niemożliwe jest karmienie go mlekiem naturalnym (rezygnacja matki

⁸ W celach porównawczych przywołuję dane dotyczące odsetka cięć cesarskich w latach 1994-2002, który wyniósł odpowiednio: 1994 – 13.8%, 1995 – 15.2%, 1996 – 15.7%, 1997 – 16.5%, 1998 – 17.2%, 1999 – 18.3%, 2000 – 19.6%, 2002 – 22.5% (Domańska, 2005: 316).

⁹ *Ginekology zaniepokojeni – lawinowo rośnie odsetek cięć cesarskich*; „*To epidemia*”; <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Ginekology-zaniepokojeni-lawinowo-rosnie-odsetek-ciec-cesarskich-to-epidemia,123451,8,drukuj.html> (dostęp: 17.03.2014 r.).

z karmienia piersią jest poddawana krytyce), jak rozszerzać dietę niemowlęcia, jakie szczepienia ochronne wybrać dla dziecka, jak dbać o prawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka itd. Przedmiotem oglądu, diagnozy i oceny dokonywanych przez ekspertów staje się również budowanie relacji matki z dzieckiem, wyrażanie emocji, okazywanie uczuć, troska matki o swój wygląd i kondycję psychofizyczną, spędzanie czasu wolnego, łączenie obowiązków rodzicielskich z zawodowymi itp.

Nasilający się proces medykalizacji macierzyństwa potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez Sylwię Urbańską, która dokonała krytycznej analizy porównawczej dwóch roczników czasopisma poradnikowego „Twoje Dziecko” z lat 1975 i 2003. Autorka stwierdza, że efektem przemian społeczno-gospodarczych zapoczątkowanych w 1989 roku jest „(...) powstanie nowego dyskursu rodzicielskiego, w którym podmiot-matka zostaje pozbawiona kompetencji do współtworzenia i konstruowania treści macierzyństwa niemal w każdym jego aspekcie. W nowym systemie społeczno-ekonomicznym zmiana poradnikowego dyskursu opiera się na przejściu i ulokowaniu tych kompetencji w zewnętrznych agencjach, reprezentowanych przez szeroko rozwinięty rynek ekspertów od wychowania” (Urbańska, 2009: 20). Zaliczają się do nich reprezentanci nauk społecznych (m.in. pedagogowie, psychologowie) i medycznych (m.in. lekarze reprezentujący różnorodne specjalizacje, dietetycy, pielęgniarki). Co więcej, nie tylko reprezentanci nauk medycznych podejmują problematykę zdrowia i konieczności troszczenia się o nie.

W roczniku czasopisma „Twoje Dziecko” wydanym w 1975 roku – jak podaje autorka – treści poruszające problematykę zdrowia i choroby zajmują około 30% treści zawartych w piśmie. Wyróżniają się spośród tekstów o innej tematyce, są przedstawione za pomocą języka niespecjalistycznego. Tymczasem w czasopiśmie z 2003 roku macierzyństwo zostaje „przedefiniowane i zamknięte w ramach dyskursu medycznego” (Urbańska, 2009: 20), który stapia się z dyskursem terapeutycznym¹⁰. Zasadniczo wszyscy autorzy publikowanych tu artykułów podej-

¹⁰ S. Urbańska (2009) zwraca również uwagę na zmianę, jaka dokonała się w zakresie języka używanego przez specjalistów wspierających matkę w wypełnianiu swoich obowiązków. W poradniku z 1975 roku dominują prośby skierowane do matki (np. prosimy, radzimy), do której autorzy zwracają się z wykorzystaniem form grzecznościowych. Natomiast w czasopiśmie z 2003 roku dominuje przekaz nakazowo-instruktażowy, w ramach którego czytelniczki są instruowane, w jaki sposób postępować. Małgorzata Nikodem (2010) w wyniku analizy czasopism kobiecych „Twój Styl” i „Claudia” (roczniki 2004 i 2007) dostrzegła następujące zabiegi stosowane przez autorów, mające służyć celom medykalizacji: onieśmianie czytelniczki poprzez stosowanie fachowego, medycznego słownictwa, podkreślanie autory-

mują problematykę właściwą medycynie i terapii, poprzez co rozszerza się rozumienie zdrowia, które współcześnie utożsamiane jest nie tylko z dobrym samopoczuciem, brakiem choroby, ale również ze szczęściem i satysfakcjonującą przyszłością człowieka (Urbańska, 2009: 22).

Edukacyjny potencjał prasy jest tu wykorzystany nie tylko do pogłębienia wiedzy rodziców w zakresie zdrowia dziecka i czynników, jakie na nie wpływają, ale również do podkreślenia roli ekspertów we wspieraniu matki w wypełnianiu przez nią obowiązków. Podkreślanie autorytetu specjalistów w zakresie wychowania i opieki nad dzieckiem jednocześnie podważa bądź obniża znaczenie wiedzy i doświadczenia osób, które w tym zakresie wykwalifikowanymi specjalistami nie są. W poradnikach dla rodziców często nie ma zatem „(...) miejsca na przekaz międzygeneracyjny. Eksperci niechętnie odnoszą się do porad starszego pokolenia. Wiedza i doświadczenie babek (dziadek wydaje się nie istnieć) często są kwestionowane i określane jako nieaktualne” (Urbańska, 2009: 25). Medyczne konstrukcje macierzyństwa unieważniają również osobiste doświadczenia matki oraz jej rolę w (re)definiowaniu macierzyństwa i konstruowaniu wiedzy w tym zakresie. Promowanie wizerunku idealnej matki (to jest zadbanej, eleganckiej, uśmiechniętej, autentycznie czerpiącej radość z macierzyństwa) unieważnia bądź czyni wstydliwymi rozterki czy też problemy matki, która nie radzi sobie „idealnie” z obowiązkami, jakie stały się jej udziałem. Brak satysfakcji z macierzyństwa lub niewywiązywanie się z zadań wynikających z niego jest przedstawiane jako symptom choroby, która wymaga natychmiastowej interwencji w postaci diagnozy i terapii. Przywilejem – czy też powinnością, obowiązkiem – współczesnej matki jest korzystanie z wielu alternatywnych form pomocy świadczonych przez specjalistów (m.in. lekarzy, psychiatrów, położne, psychologów, pedagogów).

tetu medycyny poprzez odwoływanie się do statystyk i wyników badań naukowych, wzmacnianie przekazu słownego poprzez zamieszczanie fotografii lekarza, odwoływanie się do negatywnych uczuć i emocji (np. wstydu) i oferowanie reklamowanego produktu jako panaceum na nie, ekspozowanie fotografii kobiet pięknych, zadowolonych – także wówczas, gdy nie są one przedstawiane jako pacjentki poddawane zabiegom medycznym. Podejmowane zabiegi utrwalają asymetryczną pozycję kobiety w relacji z ekspertami publikującymi na łamach czasopisma poradnikowego. Pogłębionej wiedzy na temat strategii wykorzystywanych przez autorów publikujących w prasie kobiecej, których celem jest wykreowanie określonego wizerunku (reprezentacji kulturowej) raka piersi, dostarcza wieloaspektowa i interdyscyplinarna analiza edukacyjnego potencjału czasopism skierowanych do kobiet przeprowadzona przez Edytę Zierkiewicz (2013). Choć autorka skupiła się na zidentyfikowaniu medialnych ram, w których umieszczana jest problematyka raka piersi, to jej analizy można również wykorzystać do identyfikowania działań podejmowanych przez dziennikarzy w celu medykalizacji innych problemów społecznych i kulturowych.

Dyskurs medyczny nieustannie włącza (potencjalną) matkę w rolę pacjentki, choć już nie taką, jaka obowiązywała w Polsce jeszcze do niedawna. Obecnie żyje ona w świecie oferującym wiele alternatywnych rozwiązań, spośród których może wybierać. Kwestią sporną pozostaje jednak pytanie o autonomię kobiety, gdy mamy na uwadze ustawiczne instruowanie jej przez dyskurs ekspercki, jak należy postępować. Niemniej jednak współczesna matka dysponuje coraz szerszą wiedzą na temat dziecka, jego rozwoju, zdrowia i potrzeb, a tym samym staje się bardziej aktywną i kompetentną w poszukiwaniu najkorzystniejszych rozwiązań spośród dostępnych alternatyw.

Medykalizacja macierzyństwa w perspektywie andragogicznej

Przedmiotem zainteresowania andragogiki jest proces uczenia się dorosłych, który może być efektem intencjonalnych działań edukacyjnych realizowanych w instytucjach oświatowych, ale może też zachodzić poza sformalizowanym systemem, w ramach edukacji pozaformalnej i nieformalnej. Uczenie się, dla którego tłem są praktyki medykalizacji, jest ulokowane przede wszystkim w codzienności, a jego cechą bywa przypadkowość i nieintencjonalność. Nie oznacza to jednak, że edukacja formalna i pozaformalna nie są tu istotne, szczególnie gdy ma się na uwadze zaplanowaną i zorganizowaną edukację zdrowotną.

Mirosława Cylkowska-Nowak (2008b), systematyzując teoretyczne podejścia względem edukacji zdrowotnej, wymienia trzy stanowiska: promocyjne, profilaktyczne i terapeutyczne. U podstaw działań realizowanych w ramach promocji zdrowia leży założenie, że na skutek wyposażenia ludzi w odpowiednią wiedzę, będą czuli się oni bardziej kompetentni w podejmowaniu działań na rzecz osiągnięcia/zachowania satysfakcjonującej kondycji psychofizycznej. Dlatego też edukacja zdrowotna w ujęciu promocyjnym jest definiowana jako „całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczynić się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją” (Charońska, 1997: 24). Efektem tak rozumianej edukacji ma być nie tylko troska o własne zdrowie, ale również dbanie o dobrostan psychofizyczny innych osób poprzez włączanie się w inicjatywy pacjenckie, samopomocowe, kampanie społeczne promujące zdrowy styl życia itp. O ile promocyjne podejście względem edukacji na rzecz zdrowia ujmuje je w kategoriach pozytywnych, o tyle

model profilaktyczny interpretuje je w kategoriach negatywnych. Zgodnie z nim, edukacja zdrowotna ukierunkowana jest na „uniknięcie zachorowania lub przeciwdziałanie jego odległym skutkom” (Cylkowska-Nowak, 2008b: 14), a grupą docelową podejmowanych działań są osoby należące do tak zwanej grupy ryzyka (np. osoby nadużywające alkoholu, obciążone genetycznie). Z kolei terapeutyczne podejście do edukacji zdrowotnej jest zorientowane na pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia oraz w nabywaniu przez nich kompetencji niezbędnych do życia w sytuacji choroby. Zakłada się, że w wyniku edukacji „pacjent powinien stać się współodpowiedzialny za przebieg leczenia i pomnażanie zdrowia w sytuacji konkretnej choroby” (Cylkowska-Nowak, 2008b: 16).

Edukacja zdrowotna odbywa się w oparciu o dwa opozycyjne względem siebie modele: oparty na dydaktyzmie i zogniskowany na pragmatyzmie (Cylkowska-Nowak, 2008a). Pierwszy z nich jest bliski (tożsamy?) technologicznemu modelowi pracy edukacyjnej z ludźmi dorosłymi, który został scharakteryzowany przez Mieczysława Malewskiego (2000). Podejście dydaktyczne w edukacji zdrowotnej opiera się na autorytecie nauczyciela, który przekazuje ekspercką, niezawodną wiedzę oraz „jedynie słuszne wzorce zdrowego stylu życia” (Cylkowska-Nowak, 2008a: 77). Zakłada się, że uczniowie nie posiadają (wystarczającej) wiedzy w zakresie zdrowia, a tym samym powinni podporządkować się tym, którzy ją przekazują, i dostosować do wpajanych im zaleceń. Jednakże okazuje się, że nie zawsze posiadanie wiedzy przekłada się na rozwijanie zachowań prozdrowotnych i unikanie antyzdrowotnych (zob. Mazurek, 2013a; Zierkiewicz, 2013; Cylkowska-Nowak, 2008a), co stanowi poważne zagrożenie dla efektywności tak prowadzonej edukacji. W drugim modelu edukacji zdrowotnej dydaktyzm zostaje zastąpiony pragmatyzmem, zgodnie z ideami głoszonymi przez Johna Deweya. Pragmatyczne podejście w edukacji zdrowotnej – nawiązujące do humanistycznego i krytycznego modelu pracy edukacyjnej z dorosłymi (Malewski, 2000) – zakłada autonomię uczącego się, który na podstawie przekazanej mu wiedzy może dokonywać własnych wyborów w zakresie zdrowia i zachowań zdrowotnych. Rolą edukatora jest doradzanie, towarzyszenie uczącemu się, stawianie problemów i pomaganie w ich rozwiązywaniu, stwarzanie warunków do uczenia się, ale i podejmowania samodzielnych decyzji w zakresie zdrowia. Metody podające gotowe rozwiązania zastępowane są dialogiem, dyskusją, warsztatami z elementami zabawy, inscenizacji, dramy (Cylkowska-Nowak, 2008a).

Edukacja zdrowotna jest prowadzona zarówno przez wykwalifikowanych nauczycieli, uprawomocnionych ekspertów (np. lekarzy, rehabilitantów, dziennika-

rzy), instruktorów, tutorów, posiadających specjalistyczną wiedzę w zakresie wybranych problemów zdrowotnych, jak i przez laików (to jest nieuprawnomocnionych nauczycieli), którzy dzielą się własnym doświadczeniem i wiedzą w pewnym zakresie. Jednak zakłada się, że działania jednych i drugich są podejmowane w sposób zorganizowany, zaplanowany, usystematyzowany, nierzadko oparty na skonstruowanym programie nauczania. Przykładem programów skierowanych do (przyszłych) matek mogą być szkoły rodzenia, kursy i szkolenia przygotowujące do życia w rodzinie, akcje informujące o prawach kobiet w ciąży i rodzących¹¹, kampanie społeczne przestrzegające przed spożywaniem alkoholu przez kobiety w ciąży, kampanie społeczne zachęcające do karmienia piersią, inicjatywy pacjenckie zachęcające matki do profilaktycznych badań¹² itp.

W działaniach podejmowanych w ramach edukacji zdrowotnej kobieta-matka może brać udział intencjonalnie (np. zapisując się do szkoły rodzenia, czytając wyselekcjonowane artykuły, poradniki), ale również incydentalnie (np. przypadkowo oglądając billboardy na ulicy, reklamy społeczne w prasie bądź telewizji). Może zatem celowo zainicjować proces samokształcenia w zakresie zdrowia, ale również może pełnić rolę ucznia, nie będąc tego świadomą. Edyta Zierkiewicz dostrzega pewną niejednoznaczność w rozumieniu pojęcia „autoedukacji zdrowotnej” (Zierkiewicz, 2013: 48), co wydaje się szczególnie ważne dla analizy problemu medykalizacji macierzyństwa. Autorka przez pojęcie to rozumie, z jednej strony, „samodzielnie organizowany i kierowany proces własnego rozwoju, zmiany, uczenia się, a także spontaniczne i nieintencjonalne przyswajanie informacji i nabywanie umiejętności, które mogą się okazać przydatne w codziennym życiu” (Zierkiewicz, 2013: 47), ale również, z drugiej, „procesy uruchamiane i/lub stymulowane przez antyedukacyjne w swych intencjach instytucje i osoby oraz zjawiska i działania dyktowane nieedukacyjnymi pobudkami (np. merkantylnymi), a także zgodę na skomodyfikowanie, to znaczy angażowanie się w proces samokształcenia facylitowany przez mające w tym własny interes korporacje” (Zierkiewicz, 2013: 47).

Niebezpieczeństwem (czy też konsekwencją) autoedukacji zdrowotnej realizowanej w takich warunkach są procesy biomedykalizacji, czyli „upełnomocniania osób chorujących (a także tych na razie jeszcze zdrowych) do przejmowania

¹¹ Na uwagę zasługuje działalność Fundacji „Rodzić po Ludzku” zainicjowanej w 1996 roku w następstwie akcji zorganizowanej przez dziennikarzy i działaczy społecznych dwa lata wcześniej.

¹² Przykładem może być kampania społeczna „Amazonki & macierzyństwo. Zdrowe i piękne dla dzieci” zorganizowana w 2012 roku przez Federację Stowarzyszeń AMAZONKI.

kontroli nad własnym (szwankującym) zdrowiem na bazie gromadzonych – także z mass mediów – informacji” (Zierkiewicz, 2013: 51). W ten sposób zmniejsza się odpowiedzialność instytucji państwowych i społecznych za ochronę zdrowia społeczeństwa, przerzucając ją na jednostki. Odbiorcom owych kampanii społecznych z kolei narzuca się rolę konsumenta, który choć wybiera z szerokiej oferty usług i produktów medycznych, to jednak uprawnione autorytety w tej dziedzinie doradzają mu w zakresie troski o zdrowie (Lupton 1997; Jacyno, 2007). I choć współczesne kobiety-matki pogłębiają swoją wiedzę w zakresie zdrowia własnego i swojego dziecka, korzystając z alternatywnych źródeł, oraz coraz częściej buntują się przeciwko identyfikowanym praktykom medykacji (np. świadomie rezygnują ze szczepień ochronnych dziecka, poszukując naturalnych metod wspomagania jego odporności), to jednak są skazane na konfrontowanie się z reżimem i autorytetem medycyny. Nierzadko muszą się mu podporządkować w obawie przed ewentualnymi konsekwencjami (np. podporządkowanie się matki przebywającej ze swoim dzieckiem w instytucji totalnej, jaką jest szpital, do przyjętych tu norm i zwyczajów, w obawie przed pozbawieniem jej dziecka należytej opieki ze strony personelu medycznego) (Mazurek, 2013b: 88). Jednak należy uznać, że pomimo nacisków medycznych, matki interpretują doświadczenie macierzyństwa na swój sposób, nadając mu subiektywne sensy – aczkolwiek zapewne nie zawsze niezależne od medycznego dyskursu.

Podsumowanie

Rosnąca rola medycyny powoduje, że problemy społeczne i kulturowe są definiowane i interpretowane przez pryzmat kategorii medycznych, a wiedza z zakresu zdrowia i choroby bywa przedstawiana jako panaceum na różne bolączki, których doświadcza człowiek. „Medycyna kreuje sposoby metaforyzowania ludzkiego doświadczenia” (Bińczyk, 2002: 193). Wykorzystując autorytet medycyny i osób ją reprezentujących, dyskurs medyczny konstruuje m.in. znaczenia macierzyństwa, używa własnych kategorii pojęciowych do opisywania doświadczeń związanych z pełnieniem roli (przyszłej) matki, narzuca własne interpretacje procesów i problemów „wpisanych” w to osobiste doświadczenie.

Matka i jej dziecko stają się zatem „obiektem oglądu” panoptycznego oka medycyny, które nadzoruje, nakazuje, wreszcie ocenia i orzeka. Matka w dyskursie medycznym przyjmuje rolę permanentnej pacjentki, od której w pewnych sytuacjach oczekuje się podporządkowania „niepodważalnej” wiedzy eksperckiej

i autorytetowi lekarza, w innych z kolei spodziewa się, że będzie aktywną konsumentką sprawnie poruszającą się na rynku usług i produktów medycznych, dysponującą przynajmniej podstawową wiedzą w zakresie ochrony zdrowia dziecka, nieustannie rozwijającą swe kompetencje zdrowotne, dążącą do współpracy ze środowiskiem medycznym itd. Niektóre matki rozpoznają jednak praktyki medykalizacyjne i świadomie się im przeciwstawiają. Inne z kolei dostosowują się do reżimów medycznych, nie będąc ich świadome bądź będąc przekonanymi, że postępują właściwie. Nie można im jednak zarzucać bezrefleksyjności czy ignorancji, bowiem ich postępowanie jest wynikiem zaufania, jakim obdarzają medycynę i osoby ją reprezentujące. Co stoi u źródeł ich uległości wobec autorytetu medycyny? Aby odpowiedzieć na to pytanie, warto odwołać się do refleksji Roberta Cialdiniego, który wskazuje wychowanie i socjalizację jako procesy, w ramach których „wszyscy jesteśmy pilnie trenowani w posłuszeństwie wobec autorytetów i umacniani w wierze, że przeciwstawianie się im jest rzeczą złą” (Cialdini, 1999: 197). Podporządkowanie się autorytetowi medycyny zwykle wynika ze słusznego przekonania, że osoby, które ją reprezentują, posiadają fachową wiedzę w zakresie ochrony zdrowia, dzięki czemu mogą zaproponować skuteczne działania profilaktyczne bądź terapeutyczne. Istotne jest jednak, by kobiety-matki potrafiły korzystać z tej wiedzy w kwestii ochrony zdrowia swojego dziecka, nie rezygnując przy tym z wiedzy i doświadczeń macierzyńskich własnych i innych osób, niekoniecznie legitymujących się wiedzą ekspercką. Istotne jest również, aby macierzyństwo definiowały w kategoriach osobistego, niezwykle indywidualnego doświadczenia warunkowanego czynnikami kulturowymi, społecznymi, medycznymi, ekonomicznymi, ale także psychologicznymi i biograficznymi.

Literatura

- Bińczyk E. (2002). *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*. [W:] *W stronę socjologii zdrowia*. Red. W. Piątkowski, A. Titkow. Lublin, s. 181-195.
- Cialdini R. (1999). *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*, przeł. B. Wojciszke. Gdańsk.
- Charońska E. (1997). *Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej*. Warszawa.
- Conrad P. (1992). *Medicalization and Social Control*. „Annual Review of Sociology” vol. 18, no. 1, s. 209-232.
- Cylkowska-Nowak M. (2008a). *Dydaktyzm, pragmatyzm i cele edukacji zdrowotnej – ku Deweyowskiemu podejściu w nauczaniu zdrowia*. [W:] *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Red. M. Cylkowska-Nowak. Poznań, s. 73-79.

- Cylkowska-Nowak M. (2008b). *Między promocją zdrowia, profilaktyką a terapią – zasadnicze podejścia edukacji na rzecz zdrowia*. [W:] *Edukacja zdrowotna. Możliwości, problemy, ograniczenia*. Red. M. Cylkowska-Nowak. Poznań, s. 13-16.
- Domańska U. (2005). *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*. [W:] *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*. Red. W. Piątkowski, W. Brodniak. Tyczyn, s. 311-322.
- Foucault M. (1998). *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, przeł. T. Komendant. Warszawa.
- GUS (2008). *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007 roku*. Warszawa.
- GUS (2010). *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*. Warszawa.
- GUS (2012a). *Rocznik Demograficzny 2012*. Warszawa.
- GUS (2012b). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.* Warszawa.
- Gromkowska-Melosik A. (2013). *Kobieta epoki wiktoriańskiej. Tożsamość, ciało i medykalizacja*. Kraków.
- Illich I. (1976). *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York.
- Jacyno M. (2007). *Kultura indywidualizmu*. Warszawa.
- Lupton D. (1997) *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London.
- Malewski M. (2000). *Modele pracy edukacyjnej z ludźmi dorosłymi*. „Terazniejszość – Człowiek – Edukacja” nr 1, s. 47-63.
- Mazurek E. (2012). *Zaradny pacjent jako „biologiczny obywatel”. Znaczenie aktywności grup pacjentek w promocji zdrowia*. „Edukacja Dorosłych” nr 2(67), s. 179-186.
- Mazurek E. (2013a). *Biografie edukacyjne kobiet dotkniętych rakiem piersi*. Wrocław.
- Mazurek E. (2013b). *Oblicza macierzyństwa naznaczonego trajektorią choroby. Nieformalne uczenie się matki-amazonki*. [W:] *Macierzyństwo w relacjach auto/biograficznych i fotografiach kobiet*. Red. M. Pryszmont-Ciesielska. Wrocław, s. 81-101.
- Nikodem M. (2010). *Nieuleczalnie chora. Kobieta w całożyciowym procesie leczenia się*. Wybrane aspekty medykalizacji kobiecego ciała w artykułach i reklamach czasopism kobiecych. [W:] *Świat (z) kolorowych czasopism*. Red. E. Zierkiewicz. Wrocław, s. 219-234.
- Nowakowska L. (2010). *W stronę humanizacji porodu. Projekt standardu opieki okołoporodowej w Polsce*. „Zdrowie Publiczne” nr 120 (4), s. 431-435.
- Petryna A. (2004). *Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations*. „The History of Science Society”, s. 250-265.
- Plucińska M. (2012). *Rodzajowe uwarunkowania procesu negocjowania statusu chorego*. „Nowiny Lekarskie” nr 81(3), s. 293-298.
- Podgórska J. (2005). *Betonowe położnictwo*. „Polityka” nr 43, s. 4-11.
- Sikora A. (2012). *Informacja o absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS w I półroczu 2012 roku*. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Departament Statystyki i Prognoz Aktuariatnych. Warszawa.
- Stefaniak K. (2011). *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*. Wrocław.
- Szarszewski A. (2011). *Humanizacja i dehumanizacja medycyny. Historia i współczesność*. [W:] *Humanizacja medycyny. Teoretyczne i praktyczne aspekty nauczania przedmiotów humanistycznych na uczelniach medycznych*. Red. J. Suchorzewska, M. Olejniczak. Kraków, s. 31-57.
- Urbańska S. (2009). *Profesjonalizacja macierzyństwa jako proces odpodmiotowienia matki. Analiza dyskursów poradnika „Twoje Dziecko” z 2003 i 1975 roku*. [W:] *Kobiety, feminizm, demokracja: wybrane zagadnienia z seminarium IFiS PAN z lat 2001-2009*. Red. B. Budrowska. Warszawa, s. 19-42.

- Williams K., Umberson D. (1999). *Medical Technology and Childbirth: Experiences of Expectant Mothers and Fathers*. „Sex Roles: A Journal of Research” vol. 41, no. 3/4, s. 147-168.
- Zierkiewicz E. (2013). *Prasa jako medium edukacyjne. Kulturowe reprezentacje raka piersi w czasopiśmie kobiecych*. Kraków.
- Zola K.I. (1983). *Socio-Medical Inquiries. Recollections, Reflections, and Reconsiderations*. Philadelphia.

Źródła internetowe:

- Ginekologdy zaniepokojeni - lawinowo rośnie odsetek cięć cesarskich; „To epidemia”;*
<http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Ginekologdy-zaniepokojeni-lawinowo-rosnie-odsetek-ciec-cesarskich-to-epidemia,123451,8,drukuj.html> (dostęp: 17.03.2014 r.).

Motherhood under the Medical Supervision. Chosen Aspects of Motherhood's Medicalisation

Summary

The gradual shift from treatment by unqualified “experts” of the human body in favor of treatment conducted by a professional (doctor) contributed to increase the importance of medicine. The experiences and processes which formerly used to be common, ordinary, intimate, now seems to be under the medicine's control. Medicine is interested in personal experiences and areas of social life that did not previously compete for becoming the subject of medical analysis – they were not in special registers, they were not diagnosed and treated.

Acquisition of medical supervision of various spheres of human life, not just those related to human health and the organism, is defined as the medicalisation. Peter Conrad defines it as a process in which non-medical issues are identified as if they were medical problems. Medicalization occurs at three levels: conceptual, institutional and interactive.

It would be ridiculous to ignore, disregard or undermine the importance of the medicine in the nowadays world. However, the excessive interference of medicine in human's life – therefore the practices of medicalization – may lead to ambiguous and even negative consequences (eg. asymmetry in the relation doctor – patient, dependence on plastic surgery). According to Margaret Jacyno, democratization of the relation doctor – patient may contribute to the weakening of medicalization. The patients' empowerment is possible by providing them with relevant knowledge.

Nowadays, it is observed the increasing medicalisation of motherhood. The changes in this area mean that the experience is presented not only as intimate, personal, or in a broader context as a social and cultural problem, but also as a problem that needs medical intervention. While the medicalization of motherhood is associated with all of motherhood phases, it is particularly evident in planning the pregnant and at an early stage of motherhood (eg. pregnancy, childbirth, the first months of child care).

Mother in medical discourse assumes the role of the permanent patient. In some cases it is expected that the mother will subordinate authority of the doctor. In other cases, it is expected that she will be a consumer who possesses at least a basic knowledge of child health, permanently deve-

lops her competence connected with health, cooperates with the medical community, is active at medical market, etc. Some mothers, however, recognize medicalization's practices and consciously oppose to them. Others, adapt to medical regimes, without being aware of them or being convinced that they behave properly. However, they can not be blamed for ignorance, because their behavior is the result of the trust medicine and its representatives.