

Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce

Antonina Doroszevska¹, Michał Nowakowski²

¹ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa; ² Zakład Socjologii Zdrowia, Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Adres do korespondencji: Antonina Doroszevska, Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, 02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 81, tel. 22 57 20 702, a.doroszevska@gmail.com

Abstract

Medicalization of perinatal care in Poland

There has been a lot of changes in the provision of care for women during the perinatal period and newborns since the early 90s past century. These changes are an example occurring in parallel to the process of medicalization and the tendency to demedicalization.

The aim of this paper is to analyse these changes from the perspective of the theory of medicalization. In this article we analyse three effects of medicalization: increasing number of unjustified medical interventions, ignoring the needs of childbearing women and reducing the role of midwives.

I assert that we observe two contradictory tendencies. On the one hand, the medicalization of perinatal care is promoted by physicians. On the other hand, the demedicalization has its advocates among women and midwives. The question then arises whether these tendencies are exclusive or they are an example of democratization in the field of perinatal care, which are increasingly influenced by active in civil society, various pressure groups.

Key words: demedicalization, medicalization, midwives, perinatal care, professionalization, social changes

Słowa kluczowe: demedykalizacja, medykalizacja, opieka okołoporodowa, położne, profesjonalizacja, przemiany społeczne

Wprowadzenie

Polska transformacja ustrojowa, polegająca na zastąpieniu gospodarki centralnie planowanej gospodarką wolnorynkową, zapoczątkowała również wiele przemian w ramach systemu ochrony zdrowia. Oprócz fundamentalnych, systemowych zmian dotyczących zasad finansowania usług zdrowotnych wprowadzano również korekty do systemów opieki zdrowotnej zajmujących się szczegółowymi problemami zdrowotnymi. Dotyczyło to również systemu opieki perinatalnej, która w latach 90. ubiegłego stulecia znacząco się rozwinęła. W 1993 roku powstał Ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej. Jego celem było zapobieganie występowaniu i komplikacjom powstałym na skutek wcześniactwa [1]. W następnych latach nastąpiły kolejne zmiany organizacyjne i społeczne, które spowodowały, że w ciągu ostatnich 25 lat organizacja opieki okołoporodowej, a także

praktyka ginekologiczno-położnicza w Polsce zmieniły się diametralnie. Celami owych zmian były: poprawa jakości opieki perinatalnej, zmniejszenie umieralności okołoporodowej, spadek liczby porodów przedwczesnych oraz ograniczenie niekorzystnych skutków chorób matek i dzieci [2]. Analizując dane statystyczne, wydaje się, że podjęte działania ukierunkowane na zrealizowanie powyższych celów przyniosły oczekiwany skutek: w 1990 roku na 10 000 ludności notowano 1,6 zgonu spowodowanego stanami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, w 2013 roku wskaźnik ten wyniósł 0,2. Natomiast współczynnik umieralności okołoporodowej¹ obniżył się z poziomu 19,5 w 1990 do 5,6 w 2014 roku [3].

Do opisanej powyżej poprawy jakości opieki perinatalnej przyczyniły się przede wszystkim postęp wiedzy medycznej, rozwój technologii ułatwiającej diagnostykę i leczenie, a także poprawa organizacji opieki.

Bazując na powyżej przytoczonych danych, wydaje się oczywiste, że system opieki okołoporodowej w Polsce ewoluje w odpowiednim kierunku. Jednak w pewnych środowiskach (części socjologów medycyny, lekarzy, ale zwłaszcza położnych, oraz przyszłych i obecnych matek) pojawiła się krytyka niektórych praktyk lekarzy przyjmujących porody, procedur medycznych, stosunku personelu medycznego do rodzących kobiet. Bardzo często przyjmuje ona formę krytyki nadmiernej lub nieuzasadnionej medykalizacji ciąży i porodu. Co więcej, środowiska te podejmują działania zmierzające do większej lub mniejszej demedykalizacji systemu opieki okołoporodowej w Polsce.

Celem artykułu jest przedstawienie zmian w zakresie opieki okołoporodowej po transformacji ustrojowej oraz analiza tych przeobrażeń z perspektywy teorii medykalizacji.

■ Medykalizacja i demedykalizacja

Medykalizacja to, najogólniej rzecz biorąc, proces stawiania się czegoś „niemedycznego” czymś „medycznym”. Początkowo zjawisko to traktowano jako przejaw imperializmu profesji medycznej: Irving Zola, znany socjolog medycyny, określił medykalizację jako „proces, w którym coraz większa część życia codziennego podlega władzy, wpływowi i nadzorowi medycyny” [4]. Obserwowane w ciągu następnych lat XX wieku przemiany społeczno-ekonomiczne (głównie komercjalizacja systemów opieki zdrowotnej i wiążący się z nią wzrost znaczenia prywatnego kapitału w medycynie, marketingu usług i produktów zdrowotnych, roli pacjentów/konsumentów, alternatywnych usług zdrowotnych) spowodowały zmianę w podejściu do medykalizacji: włączono do tego procesu zjawiska niebędące procesami zachodzącymi *stricto* w systemie medycznym. Peter Conrad pisze, że medykalizacja to: „definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do zrozumienia problemu lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania” i dalej: „jest to socjokulturowy proces, w którym mogą, bądź nie, uczestniczyć przedstawiciele profesji medycznej” [5]. Jak się okazuje, obecnie wpływ na kierunek medykalizacji mają także medycy „laicy” – różnego rodzaju stowarzyszenia pacjenckie lub menedżerowie, których działania podporządkowane są optymalizacji kosztów i maksymalizacji zysków.

Medykalizacja opieki okołoporodowej jest natomiast traktowana głównie jako rozszerzająca się dominacja profesji medycznej nad naturalnym i niepatologicznym zjawiskiem, jakim jest poród. Urszula Domańska na przykład pisze, że „medykalizacja macierzyństwa jest procesem, przez który medycyna domaga się jej autorytetu w dziedzinie życia tradycyjnie nadzorowanej przez doświadczoną matkę lub akuszerkę, delegowane do pomocy kobiecie brzemiennej, rodzącej i karmiącej przez określoną zbiorowość” [6]. Marsden Wagner definiuje natomiast medykalizację porodu jako „proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wy-

magające medycznej diagnozy i kontroli, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie” [7].

Nie negując rozprzestrzeniania się „modelu medycznego” na ten czy inny obszar życia społecznego, niektórzy autorzy dostrzegali demedykalizację pewnych obszarów w opiece zdrowotnej. P. Conrad uważa, że medykalizacja jest procesem dwukierunkowym, choć w XX wieku medykalizacja zdecydowanie dominowała nad demedykalizacją. Z jednej strony zdrowie jest coraz bardziej „biomedykalizowane” poprzez nadzór, badania przesiewowe, rutynowe pomiary wskaźników zdrowia przeprowadzane w domu, ale z drugiej, za sprawą procesu przenoszenia odpowiedzialności z profesjonalistów na pacjentów (lub jej przejmowania), staje się zmedykalizowane w coraz mniejszym stopniu [8]. Jako przykłady trendów demedykalizacyjnych w opiece okołoporodowej można wymienić działalność różnorodnych ruchów społecznych, na przykład feministycznej organizacji Women’s Health Movement, która koncentrowała się na kwestii zmedykalizowanych praktyk seksualnych i reprodukcyjnych [9], a w Polsce ruch skupiony wokół akcji „Rodzić po ludzku”, który walczy ze zmedykalizowanym, „betonowym” położnictwem.

■ Przejawy medykalizacji i demedykalizacji opieki okołoporodowej w Polsce

Równoległe do wszystkich pozytywnych zmian w opiece okołoporodowej (skutkującej przede wszystkim zmniejszającymi się współczynnikami zgonów wśród niemowląt oraz rodzących matek) obserwuje się w Polsce również istotny wzrost liczby i odsetka porodów kończących się cesarskim cięciem. Na początku lat 90. XX wieku notowano 15% cięć cesarskich, natomiast w 2015 roku już 37% [10]. Należy nadmienić przy tym, że według WHO odsetek tego typu porodów nie powinien być wyższy niż 15%, ponieważ, 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 przyczynić się do poważnych oraz niejednokrotnie przewlekłych komplikacji i powinna być wykonywana tylko z jednoznacznych wskazań medycznych [11]. Dane te mają zatem stanowić ważny dowód zbyt dużego i wciąż rosnącego stopnia medykalizacji porodów w Polsce.

Po przyjrzeniu się innym wskaźnikom medykalizacji opieki okołoporodowej można odnieść wrażenie, że proces ten przebiega w odwrotnym kierunku. Interwencje w prawidłowo przebiegający poród drogami natury, takie jak indukcja i stymulacja porodu (m.in. poprzez przebicie pęcherza płodowego czy podanie oksytocyny), ciągłe monitorowanie czynności serca płodu za pomocą zapisu KTG, zbyt częste badania wewnętrzne, ograniczenie aktywności rodzącej, uniemożliwienie przyjmowania płynów, standardowo wykonywane wkłucie dożylnie, skrócenie lub utrudnienie kontaktu „skóra do skóry” po porodzie, przecięcie pępowiny, zanim ustąpi tętnienie [12, 13] w latach 80. XX wieku były w Polsce wykonywane rutynowo. W latach 90. ubiegłego stulecia natomiast zaczęły rozwijać się ruchy konsumenckie dbające o przy-

należne jednostkom prawa, czego wyrazem jest między innymi działalność Fundacji „Rodzić po ludzku”, która w połowie lat 90. ubiegłego stulecia rozpoczęła walkę o poprawę jakości opieki okołoporodowej. Nie ma statystyk pokazujących, jak często są wykonywane powyższe procedury. Z danych Fundacji „Rodzić po ludzku” zebranych w czasie akcji „Rodzić po ludzku” oraz ze strony www.gdzierodzic.info wynika, że praktyki te w ostatnich latach stosowane są coraz rzadziej, nadal jednak stosunkowo często. Z danych uzyskanych od ordynatorów oddziałów położniczych wynika, że w 2005 roku nacięcia krocza wykonywano w 55,5% porodów, a w 2013 w 42,7%² [14, 15]. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia również potwierdzają, że odsetek porodów z nacięciem krocza w ostatnich latach się zmniejsza. W 2009 roku takich porodów było 47,4%, a w 2015 – 35,3% [16].

Warto zaznaczyć, że również uregulowania prawne, które weszły w życie w ostatnich latach, do pewnego stopnia ograniczają proces medykalizacji porodu. Chodzi przede wszystkim o obowiązujący od 2013 roku standard opieki okołoporodowej sprawowanej w okresie fizjologicznej ciąży, porodu i porożu. Dokument ten wyznacza między innymi zalecaną liczbę badań laboratoryjnych czy obrazowych, postuluje zachęcanie rodzącej do aktywności fizycznej i umożliwianie jej spożywania płynów, precyzuje, że wkłucie dożylnie i monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografu powinno być wykonane tylko w uzasadnionej sytuacji, zachęca do zaciśnięcia pępownicy po ustaniu tętnienia oraz do nieprzerwanego kontaktu „skóra do skóry” przez dwie godziny po porodzie. Kobieta w ciąży fizjologicznej może wybrać osobę, która będzie tę ciążę prowadziła, od kobiety zależy, gdzie zdecyduje się rodzić – w domu czy w szpitalu, a także kto będzie jej towarzyszył na sali porodowej. Ciężarna ma możliwość przygotowania planu porodu zawierającego jej oczekiwania związane z przebiegiem porodu, w tym z ewentualnymi interwencjami medycznymi. Personel medyczny powinien uwzględnić te życzenia [13]. Zapisanie tych zaleceń w obowiązującym akcie prawnym stanowi ważny krok w kierunku ograniczenia rozpowszechnionych praktyk medykalizujących opiekę nad ciężarną i rodzącą.

Jako wskaźnik demedykalizacji można również przytoczyć rosnącą niezależność położnych. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, która weszła w życie w 1996 roku, zagwarantowała przedstawicielom tych zawodów samodzielność [17]. Kwalifikacje położnych obejmują między innymi samodzielne prowadzenie fizjologicznej ciąży i porodu [18]. Zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi osobą sprawującą opiekę w czasie porodu fizjologicznego może być zarówno lekarz, jak i położna [13]. Przedstawiciele tej drugiej kategorii zawodowej od 2000 roku zdobywają wykształcenie na uniwersytetach medycznych. Prawo wykonywania zawodu otrzymują po ukończeniu 3-letnich studiów licencjackich. Położne posiadają zatem niezwykle pogłębioną wiedzę, zarówno teoretyczną, jak i praktyczną, na temat fizjologii ciąży i porodu oraz metod gwarantujących wykrycie powikłań. Jednocześnie jednak kształcenie na uniwersytetach medycznych jest przykładem jurysdykcji

medycyny nad przygotowaniem zawodowym położnych, może zatem świadczyć o medykalizacji.

W systemie opieki okołoporodowej są zatem w Polsce dwie grupy specjalistów mogących sprawować opiekę nad kobietą w fizjologicznej ciąży i podczas prawidłowo przebiegającego porodu. Ich kompetencje częściowo się pokrywają, kwalifikacje lekarzy są jednak znacznie szersze, obejmują bowiem diagnostykę i leczenie komplikacji. Z tego między innymi wynika dominująca pozycja lekarzy w zmedykalizowanym modelu opieki³. Mogą oni bowiem zagwarantować kobietom pomoc bez względu na przebieg ciąży czy porodu, dają większe poczucie bezpieczeństwa i kontroli, zwłaszcza jeśli ciąża i poród są postrzegane jako procesy zagrożone ryzykiem i wymagające medycznego nadzoru [6, 19]. Rola położnych jako profesjonalistek w zakresie opieki nad fizjologiczną ciążą i porodem ulega w takim podejściu ograniczeniu i sprowadza się do realizacji zadań pomocniczych, na przykład w czasie cięcia cesarskiego czy porodu zabiegowego [20]. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na niepełne wykorzystanie kwalifikacji posiadanych przez położne w Polsce jest nieduża wiedza o tym zawodzie w społeczeństwie i wynikająca z tego mała gotowość kobiet do korzystania z usług położnych [20]. Odnotowuje się także nieefektywne wydawanie środków przeznaczonych na zadania wykonywane przez położne środowiskowe zatrudnione w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej [21].

W ostatnich kilku latach coraz częściej dyskutuje się o wykorzystaniu kompetencji położnych, pojawiają się też kampanie promujące opiekę położnych. Są to działania, które mają na celu wzrost statusu społecznego położnych oraz bardziej efektywne wykorzystanie ich kwalifikacji w zakresie samodzielnego udzielania świadczeń. Pośrednio mogą się również przyczynić do demedykalizacji opieki okołoporodowej, wykształcone w zakresie fizjologii położne oferują bowiem pomoc w znacznie mniej zmedykalizowany sposób. Zrealizowanie tego celu może być jednak utrudnione przez najnowsze rozwiązania organizacyjne. Wprowadzany właśnie, w formie pilotażu, przez Narodowy Fundusz Zdrowia program koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży fizjologicznej zakłada, że kobieta będzie miała zapewnioną ciągłość opieki w czasie ciąży, porodu i porożu. Jest to postulat jak najbardziej słuszny. Wątpliwości jednak budzi sposób zagwarantowania kompleksowej opieki. Będzie ona bowiem realizowana przez placówki, w których jest minimum 600 porodów rocznie i które zapewniają dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej [16]. Takie rozwiązanie prowadzi jednak do centralizacji opieki w większych ośrodkach, utrudnia realizację zadań położnym prowadzącym samodzielną praktykę, tworzy zespoły koordynowane przez lekarza, co ogranicza samodzielność zawodową położnych. Mimo że wprowadzanych jest wiele zmian prawno-organizacyjnych w zakresie opieki okołoporodowej, nie są one jednoznacznie ukierunkowane na demedykalizację tej opieki.

Jednym z przejawów dążenia położnych do sprawowania zdemedykalizowanej opieki jest przyjmowanie porodów w domu. Decyduje się na to jednak nieduża liczba

położnych. W Stowarzyszeniu Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”, które zrzesza rodziców i położne wokół idei narodzin w domu, jest zarejestrowanych 20 położnych przyjmujących porody w domu⁴. W latach 2014–2016 przeprowadzono 11 wywiadów pogłębionych z położnymi, które oferują pomoc w czasie porodu w domu. W wypowiedziach na temat przyczyn decyzji o przyjmowaniu porodów w domu niejednokrotnie pojawiała się kwestia zmedykalizowania porodu w szpitalu. Jedna z badanych powiedziała, że „były mi bliskie porody naturalne, starałam się wspierać kobiety w taki sposób, by mogły rodzić naturalnie. To być może wpłynęło na decyzję o zwolnieniu mnie ze szpitala. Próbowałam bez medykacji, bez znieczuleń. Idea porodów szpitalnych jest inna. I tak to się zaczęło [porody domowe – A.D.]. (...) Natura nie lubi, gdy jej się przeszkadza”⁵. Ta wypowiedź odzwierciedla podejście wielu badanych przeze mnie położnych. Mimo że liczba porodów w domu jest w Polsce nieduża, około 110 rocznie [22], to jednak coraz więcej kobiet chce traktować ciążę i poród jako wydarzenia fizjologiczne. Z badań przeprowadzonych przez L. Nowakowską wynika, że kobiety te krytycznie oceniają poród w szpitalu między innymi ze względu na stosowane w trakcie porodu niepotrzebne procedury medyczne, konieczność podporządkowania się regułom szpitala, problemy w komunikacji z personelem medycznym [23]. Przejawem zdemedyzalizowanego podejścia jest także decyzja o porodzie w domu narodzin, a po porodzie rezygnacja ze szczepień niemowląt.

Odzwierciedleniem rosnącego zainteresowania kobiet zdemedyzalizowanym podejściem do ciąży i porodu jest pojawienie się w ostatnich latach *doul* – asystentek kobiety w czasie ciąży i porodu, których usługi, zwłaszcza w dużych miastach, cieszą się coraz większą popularnością. O procesie profesjonalizacji wsparcia matki i rodziny w czasie ciąży, porodu i po porodzie udzielanego przez *doule* świadczy między innymi fakt, że zajęcie to od stycznia 2015 roku jest zawodem [24]. Pojawia się zatem kolejna, trzecia, grupa profesjonalistów zaangażowanych w opiekę okołoporodową (przy czym należy podkreślić, że *doule* nie wykonują zawodu medycznego).

O ciąży, porodzie oraz wychowaniu dziecka w zgodzie z naturą i fizjologią coraz częściej kobiety dowiadują się z szeroko dostępnych na rynku książek, poradników, czasopism parentingowych, a także z Internetu. Należy zaznaczyć, że dostępność do edukacji w zakresie naturalnej ciąży czy porodu zależy od miejsca zamieszkania, znacznie większy wybór mają kobiety mieszkające w dużych miastach. Jest także inny aspekt tej edukacji. Niejednokrotnie w przekazie nawet na temat naturalnego modelu opieki okołoporodowej podkreśla się rolę i znaczenie ekspertów wspierających kobietę w okresie okołoporodowym, bez których właściwa opieka nie jest możliwa [25].

Wnioski

Z powyższych rozważań wynika zatem, że zjawisko medykacji opieki okołoporodowej się nasila, ale równocześnie przebiegają procesy, które można określić

mianem demedykalizacji. Jak to jest możliwe? Żeby zrozumieć ten paradoks, należy umiejscowić system opieki okołoporodowej w kontekście szerokich przemian ekonomiczno-kulturowych oraz potraktować jako wypadkową ścierania się interesów i przekonań różnych grup społecznych.

Proces medykacji jest głównie powiązany z postępem nauk medycznych oraz rozwojem technologii stosowanych w medycynie. W wyniku tych zmian powstają nowe narzędzia monitorowania płodu, środki przeciwbólowe i przyspieszające poród, badania prenatalne itp., których sam fakt istnienia powoduje pokusę ich stosowania. Jednocześnie również, jak pokazuje wiele badań, ingerencja w fizjologiczny przebieg ciąży czy porodu prowadzi niejednokrotnie do kolejnej interwencji i powstaje tzw. kaskada interwencji [26, 27].

Drugą przyczyną medykacji opieki perinatalnej są oczekiwania samych pacjentek, które mają zmedykowaną wizję porodu. Wydarzenie to postrzegane jest niejednokrotnie właśnie jako szalenie niebezpieczne, wymagające medycznej kontroli, ponieważ tak pokazywane jest w mediach, serialach czy filmach. Nie bez znaczenia jest tu także przekaz kulturowy płynący do młodych kobiet od ich matek, które rodziły w czasach tzw. betonowego położnictwa [28], gdy prawa czy komfort rodzącej nie były brane pod uwagę. Z tej perspektywy możliwość wyboru cesarskiego cięcia daje kobiecie poczucie kontroli i bezpieczeństwa. Co więcej, na skutek komercjalizacji systemu opieki zdrowotnej (w polskich warunkach polegającej na rosnącej konkurencji oddziałów położniczych o refundację z NFZ) pozycja pacjentek jako konsumentów usług zdrowotnych wzrasta, przez co ich roszczenia są coraz bardziej posłusznie zaspokajane.

Nie tylko utrata klienta, ale również strach przed oskarżeniem o błąd w sztuce lekarskiej mogą prowokować lekarzy do wychodzenia naprzeciw oczekiwaniom pacjentek. W razie komplikacji i niepomysłnego przebiegu porodu lekarzowi łatwiej jest się wybronić, kiedy w trakcie akcji porodowej wykorzystano cały arsenał interwencji medycznych.

Rosnący odsetek cesarskich cięć, wciąż ogromna przewaga porodów szpitalnych nad porodami odbywającymi się w innych miejscach, a także często stosowane w trakcie porodu zbędne procedury medyczne świadczą o tym, że polskie położnictwo jest wysoce zmedykowane. Niemniej wiele przytoczonych w artykule danych pozwala wysunąć tezę, że w omawianym zakresie dzieją się również procesy odwrotne.

Oddolne inicjatywy (takie jak np. akcja „Rodzić po ludzku”) oraz zmiany w polskim ustawodawstwie, które są skutkiem nacisku społecznego oraz wolnorynkowych zmian w systemie opieki zdrowotnej, zmagają się z większą autonomią położnej oraz matki w trakcie porodu. W ten sposób rozumiana demedykalizacja jest objawem kilku procesów o bardziej ogólnym charakterze. Są to: rosnąca aktywność i uczestnictwo pacjentów w działaniach na rzecz swojego zdrowia [29–31] oraz dążenie do większego uczestnictwa w definiowaniu, czym jest zdrowie i choroba, rozwój konsumeryzmu na rynku usług zdrowotnych, pojawienie się bardziej egalitarnych relacji

pomiędzy lekarzem a pacjentem, poszerzanie praw pacjentów i może przede wszystkim przenikanie perspektywy holistycznego zdrowia do potocznej świadomości [9]. Jednocześnie obniża się autorytet medycyny i w powstałe w ten sposób miejsce wchodzi alternatywne systemy eksperckie. Swoją rolę w tym zjawisku odgrywają: demokratyzacja dostępu do wiedzy medycznej (Internet), a także wikłanie się medycyny w często nieetyczne przedsięwzięcia we współpracy z biznesem.

Podsumowując, paradoksalne zjawisko postępującej medykalizacji opieki okołoporodowej i jednocześnie rosnącej autonomii pacjentek i położnych staje się bardziej zrozumiałe, jeśli zauważymy, że system opieki zdrowotnej musi działać współcześnie w świecie, w którym medycyna straciła monopol na wiedzę medyczną i jej dystrybucję.

Przypisy

¹ Urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0–6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych.

² Należy zaznaczyć, że nie wszyscy ordynatorzy przekazują dane Fundacji „Rodzić po ludzku”.

³ W literaturze przedmiotu opisano wiele czynników przyczyniających się do dominującej pozycji lekarzy. Tematyka ta wykracza jednak poza ramy niniejszego tekstu.

⁴ Dane ze strony www.dobrzeurodzeni.pl.

⁵ Wyniki niepublikowanych badań, w których zrealizowałam 11 wywiadów pogłębionych z położnymi przyjmującymi porody w domu. Badania przeprowadzałam w latach 2014–2016 [A.D.].

Piśmiennictwo

- Troszyński M., Niemiec T., Wilczyńska A., *Assessment of three-level selective perinatal care based on the analysis of early perinatal death rates and cesarean sections in Poland in 2008*, „Ginekologia Polska” 2009; 80: 670–677.
- Maciejewski T., *Rozwój opieki perinatalnej na przełomie XX i XXI wieku*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia” 2013; 6: 136–140.
- Główny Urząd Statystyczny, *Rocznik Demograficzny 2015*, Warszawa 2015.
- Davis J.E., *How medicalization lost its way*, „Society” 2006; 43 (6): 51–56.
- Conrad P., *Medicalization and social control*, „Annual Review of Sociology” 1992; 18: 209–232.
- Domańska U., *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, w: Piątkowski W., Brodński W. (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn 2005: 311–322.
- Wagner M., *Fish Can't See Water: The Need To Humanize Birth, 2000*, <http://www.drmmomma.org/2009/08/fish-cant-see-water-need-to-humanize.html>; dostęp: 30.10.2016.
- Clarke A.E., Shim J.K., Mamo L., Fosket J.R., Fishman J.R., *Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine*, „American Sociological Review” 2003; 68 (2): 161–194.
- Lowenberg J., Davis F., *Beyond medicalisation-demedicalisation: The case of holistic health*, „Sociology of Health and Illness” 1994; 16 (5): 579–599.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *NFZ uruchamia program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC)*, <http://nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci/>; dostęp: 2.11.2016.
- WHO, HRP, *WHO statement on caesarean section rates. Executive summary*, http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/; dostęp: 30.10.2016.
- Baranowska B., Otfinowska A., *Rytm i czas porodu. Indukcja i stymulacja porodu w świetle badań naukowych*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2009.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. 2012 poz. 1100 z późn. zm.
- Kubicka-Kraszyńska U., Otfinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku” 2006*, Fundacja „Rodzić po ludzku”, Warszawa 2007.
- Fundacja „Rodzić po ludzku”, *Dane zebrane przez Fundację „Rodzić po ludzku” za rok 2013*, <http://www.gdzierodzic.info/odzic.info>; dostęp: 15.06.2016.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, *Statystyki JGP*, <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx>; dostęp: 1.11.2016.
- Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Dz.U. 1996 nr 91 poz. 410 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.
- Davis-Floyd R., *Birth as an American rite of passage*, University of California Press, Berkeley 2003.
- Doroszewska A., *Społeczne role położnych*, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2015.
- Naczelna Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf>; dostęp: 13.06.2016.
- Nowakowska L., *Społeczny świat kobiet rodzących w domu. Perspektywa socjologii zdrowia, choroby i medycyny*, niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem W. Piątkowskiego, Lublin 2016.
- Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze urodzeni”, *Statystyki 2010–2014*, <http://www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html>; dostęp: 31.10.2016.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, Dz.U. 2014 poz. 1145 z późn. zm.
- Urbańska S., *Profesjonalizacja macierzyństwa jako proces odmiotowienia matki. Analiza dyskursów poradnika „Twoje Dziecko” z 2003 i 1975 roku*, w: Budrowska B. (red.), *Kobiety, feminizm, demokracja: wybrane zagadnienia z seminarium IFiS PAN z lat 2001–2009*, IFiS PAN, Warszawa 2009: 19–42.
- Tracy S.K., Sullivan E., Wang Y.A., Black D., Tracy M., *Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study*, „Women Birth” 2007; 20 (2): 41–48.
- Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S., Herlich A., *Listening to mothers III. Report of the Third Na-*

- tional U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*, 2013.
28. Podgórska J., *Betonowe położnictwo*, „Polityka” 2005; 43: 4–11.
29. Robinson D., Henry S., *Self-help and Health: Mutual Aid for Modern Problems*, Martin Robertson, Londyn 1977.
30. Hatch S., Kickbush I. (red.), *Self-Help and Health in Europe. New Approaches in Health Care*, World Health Organization Publications Centre, Nowy Jork 1983.
31. Piątkowski W., *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2008.