Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

DOI: 10.17951/i.2016.41.2.47

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN – POLONIA

VOL. XLI, 2 SECTIO I 2016

ANTONINA DOROSZEWSKA
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opieka okołoporodowa w Polsce po transformacji ustrojowej – między medykalizacją a demedykalizacją?

Perinatal Care in Poland After the System Transformation – Between Medicalization and Demedicalization

WPROWADZENIE

W 1989 r. rozpoczęła się w Polsce transformacja ustrojowa. Gospodarkę centralnie planowaną zastąpiono wolnorynkową, co pociągnęło za sobą reformę wielu obszarów życia społecznego, w tym m.in. systemu ochrony zdrowia. Mimo licznych zmian system ten wciąż jest w dużej mierze finansowany przez państwo.

Lata 90. ubiegłego stulecia to czas rozwoju opieki perinatalnej w Polsce. W 1993 r. powstał Ogólnopolski Program Poprawy Opieki Perinatalnej, którego głównym celem było zapobieganie występowaniu komplikacji powstałych na skutek wcześniactwa[1]. W następnych latach nastąpiły kolejne zmiany organizacyjne i społeczne, które spowodowały, że w ciągu ostatnich 25 lat opieka okołoporodowa w Polsce zmieniła się diametralnie. W analizie tych przemian można wykorzystać różne podejścia teoretyczne. W literaturze, zwłaszcza anglojęzycznej, przeobrażenia opieki okołoporodowej są badane z perspektywy feministycznej[2], a także z wykorzystaniem podejścia socjologii zawodów medycznych[3].

[1] M. Troszyński, T. Niemiec, A. Wilczyńska, *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, nr 80.

[2] A. Witz, *Professions and Patriarchy*, London 1992, DOI: https://doi.org/10.4324/9780203167786, s. 46.

[3] B. Katz Rothman, *Childbirth management and medical monopoly: Midwifery as (almost)*

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

Celem tego artykułu jest przedstawienie zmian w zakresie opieki okołoporodowej po transformacji ustrojowej oraz analiza tych przeobrażeń z perspektywy teorii medykalizacji. W związku z tym należy przede wszystkim zastanowić się, czym jest medykalizacja opieki okołoporodowej. Według U. Domańskiej „medykalizacja macierzyństwa jest procesem, przez który medycyna domaga się jej autorytetu w dziedzinie życia tradycyjnie nadzorowanej przez doświadczone matki lub akuszerki, delegowane do pomocy kobiecie brzemiennej, rodzącej i karmiącej przez określoną zbiorowość”[4]. M. Wagner natomiast definiuje medykalizację porodu jako „proces, w wyniku którego naturalne zdarzenia wpisane w życie każdego człowieka traktowane są jako problemy medyczne, wymagające medycznej diagnozy i kontroli, z położeniem nacisku na ryzyko, patologię i leczenie”[5]. I. Young zwraca uwagę na skutki medykalizacji oraz wskazuje metody wykorzystywane w tym procesie. Według niej medykalizacja ciąży i porodu prowadzi do izolacji i wyobcowania kobiety. Oznacza to uprzedmiotowienie i przywłaszczenie przez jeden podmiot ciała innej osoby, jej działań lub rezultatów tych działań. Ponadto badaczka uważa, że duże znaczenie w tym procesie odgrywają profesje medyczne, które rozwijają i kontrolują wiedzę na trzy sposoby przez: 1) definiowanie ciąży jako medyczne zaburzenie/chorobę (*medical disorder*), 2) używanie medycznych instrumentów dla zrozumienia procesów wewnętrznych, 3) wykorzystanie uwarunkowań medycznych, które usprawiedliwiają kontrolę nad ciałem kobiety i jej ciążą[6].

Opisane w powyższych definicjach podejście do ciąży i porodu powoduje, że rośnie konieczność wykorzystania technologii, dzięki której jest możliwe kontrolowanie przebiegu tych procesów. Jednocześnie, jak pokazuje wiele badań, ingerencja w fizjologiczny przebieg ciąży czy porodu prowadzi niejednokrotnie do kolejnej interwencji i powstaje tzw. kaskada interwencji[7]. „Większość interwencji, niesprzyjających poczuciu bezpieczeństwa, będzie w istotny sposób zaburzać narodziny dziecka. Często jak efekt domina jedno działanie ingerujące w poród pociąga za sobą kolejne”[8].

---

a profession, “Journal of Nurse-Midwifery” 1984, No. 5; A. Doroszewska, *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnych*, Warszawa 2015.

[4] U. Domańska, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, [w:] *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W. Brodniak, Tyczyn 2005.

[5] M. Wagner, *Fish can't see water: The need to humanize birth*, www.drmomma.org/2009/08/fish-cant-see-water-need-to-humanize.html [dostęp: 13.06.2016].

[6] I. Young, *Pregnant embodiment*, [w:] *Body and Flesh: A Philosophical Reader*, ed. D. Welton, Malden 1998.

[7] S.K. Tracy, E. Sullivan, Y.A. Wang, D. Black, M. Tracy, *Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study*, “Women Birth” 2007, No. 20 (2); E.R. Declercq, C. Sakala, M.P. Corry, S. Applebaum, A. Herrlich, *Listening to Mothers III. Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*, 2013.

[8] B. Baranowska, *Kaskada interwencji i jej wpływ na przebieg porodu*, [w:] *Wokół porodu*

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

Traktowanie ciąży i porodu jako procesów wymagających medycznej kontroli i obserwacji wpływa również na sposób traktowania kobiety. W szpitalu rodząca staje się pacjentką, która musi podporządkować się szpitalnym procedurom. Jak podkreśla R. Davis-Floyd, kobieta traci w tej sytuacji poczucie kontroli nad własnym ciałem[9]. I. Young argumentuje, że kobieta w szpitalu staje się „zwykłym pojemnikiem", w którym rozwija się płód, ciąża natomiast jest uprzedmiotawiana i od kobiety wymaga się, by kontrolowała swoje ciało[10]. Medykalizacja powoduje, że potrzeby ciężarnej nie są brane pod uwagę, nie uwzględnia się jej doświadczenia życiowego. Dominujące znaczenie ma medyczna interpretacja wiedzy na temat ciąży i porodu[11].

Zmedykalizowana opieka okołoporodowa ma wpływ także na warunki wykonywania zawodów medycznych zaangażowanych w tę opiekę. Rosnąca liczba ciąż wysokiego ryzyka, porodów, w których niezbędne są interwencje medyczne oraz cięć cesarskich stwarza konieczność lekarskiej opieki. Rola położnych – specjalistek w zakresie fizjologii – ulega ograniczeniu[12]. G. Lowis i P. McCaffery podkreślają, że położne tracą swoją autonomię i niezależność, przestają samodzielnie prowadzić ciążę czy poród, a autorytet zyskują lekarze pracujący w szpitalu[13].

W niniejszym opracowaniu charakteryzuję opiekę okołoporodową w Polsce na początku XXI w. w odniesieniu do opisanych powyżej skutków medykalizacji, tj. rosnącej liczby nieuzasadnionych interwencji medycznych, nieuwzględniania potrzeb rodzących oraz ograniczania roli położnych. Istotną trudnością w dokładnym opisie powyższych zjawisk jest brak danych empirycznych. W dostępnych statystykach dotyczących opieki okołoporodowej brakuje wielu informacji, nie było bowiem dotychczas obowiązku ich zbierania. Problematyka medykalizacji dopiero od niedawna stanowi w Polsce przedmiot badań, zatem wiele obszarów nie zostało jeszcze empirycznie dostatecznie poznanych. Braki te stanowią istotne ograniczenie.

– *wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych*, red. A. Otffinowska, Warszawa 2015.

[9] R. Davis-Floyd, *Culture and birth: The technocratic imperative*, "The Birth Gazette" 1994, No. 11 (1), s. 24–25.

[10] I. Young, *op. cit*.

[11] D.C. Parry, *'We wanted a birth experience, not a medical experience': Exploring Canadian women's use of midwifery*, "Health Care for Women International" 2008, No. 29, DOI: https://10.1080/07399330802269451.

[12] A. Doroszewska, *op. cit*.

[13] G.W. Lowis, P.G. McCaffery, S*ociological factors affecting the medicalization of midwifery*, [w:] *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*, eds. E. van Teijlingen, G.W. Lowis, P. McCaffery, M. Porter, New York 2000, s. 18.

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

Analizując zmiany opieki okołoporodowej w Polsce, przyjmuję, że przejawami medykalizacji tej opieki są: zbyt liczne badania laboratoryjne i obrazowe w czasie ciąży, nieuzasadniona wynikami suplementacja diety kobiety ciężarnej preparatami wielowitaminowymi, niepotrzebne interwencje medyczne w trakcie porodu, wysoki odsetek cięć cesarskich, nieuwzględnianie indywidualnych potrzeb kobiet rodzących oraz ograniczenie roli położnych w zakresie opieki nad zdrową kobietą.

OPIEKA W TRAKCIE PORODU – KU MEDYKALIZACJI CZY DEMEDYKALIZACJI?

Po 1989 r. w Polsce nastąpiło wiele zmian związanych zarówno z organizacją opieki okołoporodowej, jak i praktyką ginekologiczno-położniczą. Jednym z ważnych celów była poprawa jakości opieki perinatalnej, a przede wszystkim zmniejszenie umieralności okołoporodowej, spadek liczby porodów przedwczesnych, ograniczenie niekorzystnych skutków chorób matek i dzieci[14]. W wyniku podjętych działań na przestrzeni ostatnich dwóch dekad zmniejszyły się wskaźniki śmiertelności okołoporodowej kobiet i dzieci. W 1990 r. na 10 000 ludności notowano 1,6 zgonów spowodowanych stanami rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym; w 2013 r. wskaźnik ten wyniósł 0,2. Natomiast współczynnik umieralności okołoporodowej[15] obniżył się z poziomu 19,5 w 1990 r. do 5,6 w 2014 r.[16] Do poprawy jakości opieki perinatalnej przyczynił się przede wszystkim postęp wiedzy medycznej, rozwój technologii ułatwiającej diagnostykę i leczenie, a także poprawa organizacji opieki.

Ważnym wskaźnikiem odzwierciedlającym stopień medykalizacji opieki jest odsetek cięć cesarskich. I pod tym względem w ostatnich latach w Polsce nastąpiła istotna zmiana. Na początku lat 90. XX w. notowano 15% cięć cesarskich. W 2015 r. 37% porodów zakończyło się metodą operacyjną[17]. Warto zwrócić uwagę na to, że według WHO wskaźnik cięć cesarskich dla populacji nie powinien być wyższy niż 15%. Analizy Światowej Organizacji Zdrowia nie potwierdzają faktu, jakoby wyższy odsetek cięć obniżał śmiertelność okołoporodową matek i dzieci.

---

[14] T. Maciejewski, *Rozwój opieki perinatalnej na przełomie XX i XXI wieku*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia" 2013, nr 6.

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

[16] GUS, *Rocznik Demograficzny 2015*, Warszawa 2015.

[17] *NFZ uruchamia program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC)*, http://nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci [dostęp: 12.06.2016].

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

Jednocześnie specjaliści z WHO podkreślają, że operacja, jaką jest cesarskie cięcie, może przyczyniać się do poważnych i niejednokrotnie przewlekłych komplikacji, dlatego powinna być wykonywana tylko z jednoznacznych wskazań medycznych[18]. Liczba cięć cesarskich w Polsce świadczy nie tylko o zmedykalizowanym postrzeganiu porodu przez lekarzy, którzy diagnozują obecnie coraz więcej wskazań do wykonania tej operacji. To również efekt rozpowszechnienia się zmedykalizowanej wizji porodu w świadomości społecznej. Obraz porodu – często właśnie jako szalenie niebezpiecznego, wymagającego medycznej kontroli – kształtują informacje przekazywane w mediach, ale też seriale czy filmy. Nie bez znaczenia jest tu przekaz kulturowy płynący do młodych kobiet od ich matek, które rodziły w czasach tzw. betonowego położnictwa[19], gdy prawa czy komfort rodzącej nie były brane pod uwagę. Z tej perspektywy możliwość wyboru cesarskiego cięcia daje kobiecie poczucie kontroli i bezpieczeństwa.

Do wskaźników medykalizacji opieki okołoporodowej zalicza się także interwencje w prawidłowo przebiegający poród drogami natury, takie jak indukcja i stymulacja porodu (m.in. przez 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 dożylne, skrócenie lub utrudnienie kontaktu skóra do skóry po porodzie, przecięcie pępowiny zanim ustąpi tętnienie[20]. W latach 80. XX w. porody w Polsce były znacznie zmedykalizowane, powyższe czynności wykonywano bowiem rutynowo. W latach 90. ubiegłego stulecia zaczęły się rozwijać ruchy konsumenckie dbające o przynależne jednostkom prawa, czego wyrazem jest m.in. 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, która od 1995 r. realizuje akcję Rodzić po Ludzku i prowadzi stronę www.gdzierodzic.info, wynika, że praktyki te wciąż są dość częste, choć na przestrzeni 20 lat zdarzają się coraz rzadziej. Z danych uzyskanych od ordynatorów oddziałów położniczych wynika, że w 2005 r. nacięcia krocza wykonywano w 55,5% porodów, a w 2013 r.

---

[18] *WHO statement on caesarean section rates. Executive summary*, www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en [dostęp: 14.06.2016].

[19] J. Podgórska, *Betonowe położnictwo*, „Polityka" 2005, nr 43.

[20] B. Baranowska, A. Otffinowska, *Rytm i czas porodu. Indukcja i stymulacja porodu w świetle badań naukowych*, 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, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100 z późn. zm.).

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

– w 42,7%[21]. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia również potwierdzają, że odsetek porodów z nacięciem krocza w ostatnich latach się zmniejsza. W 2009 r. takich porodów było 47,4%, a w 2015 r. – 35,3%[22]. Tendencję tę można uznać za przejaw ograniczenia stopnia medykalizacji porodów.

Warto zaznaczyć, że uregulowania prawne, które weszły w życie w ostatnich latach, do pewnego stopnia ograniczają proces medykalizacji porodu. Obowiązujący od 2013 r. standard opieki okołoporodowej sprawowanej w okresie fizjologicznej ciąży, porodu i połogu reguluje niektóre kwestie związane z medykalizacją ciąży czy porodu. Wyznacza on m.in. zalecaną liczbę badań laboratoryjnych czy obrazowych, postuluje zachęcanie rodzącej do aktywności fizycznej i umożliwianie jej spożywania płynów, a także precyzuje, że wkłucie dożylne i monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografu powinno być wykonane tylko w uzasadnionej sytuacji, zachęca do zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia oraz do nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry przez dwie godziny po porodzie[23]. Zapisanie tych zaleceń w obowiązującym akcie prawnym stanowi ważny krok w kierunku ograniczenia rozpowszechnionych praktyk medykalizujących opiekę nad ciężarną i rodzącą. Zmiany w prawie nie gwarantują jednak, że równocześnie nastąpią zmiany w praktyce.

Trudno mówić o demedykalizacji opieki okołoporodowej w kraju, w którym ponad 1/3 dzieci przychodzi na świat przez cesarskie cięcie. Jeśli jednak spojrzeć na praktyki realizowane w trakcie porodów przebiegających drogami natury, to w ostatnich latach odnotowuje się zmiany mające na celu demedykalizację, która dodatkowo jest wspomagana odpowiednimi uregulowaniami prawnymi. Ograniczeniu medykalizacji mają służyć też zmiany organizacyjne, takie jak np. tworzenie przyszpitalnych domów narodzin, tj. oddziałów „szpitalnych", na których są przyjmowane wyłącznie fizjologiczne porody.

WPŁYW MEDYKALIZACJI OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ NA ZAWODY MEDYCZNE

Analizując zmiany w zakresie opieki perinatalnej na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza, warto zwrócić uwagę, że w tym czasie nastąpiło wiele zmian związanych z zawodem położnej, które przez dziesięciolecia w strukturze zawodów

[21] Należy zaznaczyć, że nie wszyscy ordynatorzy przekazują dane Fundacji Rodzić po Ludzku. Zob. U. Kubicka-Kraszyńska, A. Otffinowska, *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku" 2006*, Warszawa 2007; Dane zebrane przez Fundację Rodzić po Ludzku za rok 2013, www.gdzierodzic.info/,odzic.info [dostęp: 15.06.2016].

[22] *Statystyki JGP*, https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx [dostęp: 12.06.2016].

[23] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów…

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

medycznych zajmowały podrzędną względem lekarzy pozycję. Po 1989 r. nastąpiły kluczowe dla zawodu położnej zmiany uregulowań prawnych. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, która weszła w życie w 1996 r., zagwarantowała przedstawicielom tych zawodów samodzielność[24]. Kwalifikacje położnych obejmują pomoc kobiecie od wczesnej młodości do późnej starości, w tym samodzielne prowadzenie fizjologicznej ciąży i porodu[25]. Zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami prawnymi osobą sprawującą opiekę w czasie porodu fizjologicznego może być zarówno lekarz, jak i położna[26]. Przedstawiciele tej drugiej kategorii zawodowej od 2000 r. zdobywają wykształcenie na uniwersytetach medycznych w ramach 3-letnich studiów licencjackich. Posiadają zatem pogłębioną wiedzę (zarówno teoretyczną, jak i praktyczną) na temat fizjologii ciąży i porodu oraz sposobów wykrywania powikłań.

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 m.in. wynika dominująca pozycja lekarzy w zmedykalizowanym modelu opieki[27]. 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[28]. Rola położnych jako profesjonalistek w zakresie opieki nad fizjologiczną ciążą i porodem ulega w takim podejściu ograniczeniu i sprowadza się do realizacji zadań pomocniczych, np. w czasie cięcia cesarskiego czy porodu zabiegowego[29]. W Polsce dodatkowym czynnikiem wpływającym na niepełne wykorzystanie kwalifikacji posiadanych przez położne jest nieduża wiedza o tym zawodzie w społeczeństwie i wynikająca z tego mała gotowość kobiet do korzystania z usług położnych[30]. Odnotowuje się także

[24] Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 1996, nr 91, poz. 410 z późn. zm.).

[25] Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

[26] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów…

[27] W literaturze jest opisanych wiele czynników przyczyniających się do dominującej pozycji lekarzy. Tematyka ta wykracza jednak poza ramy niniejszego opracowania. Zob. np. R. Wertz, D. Wertz, *Notes on the decline of midwives and the rise of medical obstetricians*, [w:] *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, ed. P. Conrad, New York 2009, s. 200–212.

[28] U. Domańska, *op. cit*.; R. Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley 2003, s. 160–161.

[29] A. Doroszewska, *op. cit*., s. 24.

[30] *Ibidem*, s. 227–242.

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

nieefektywne wydawanie środków przeznaczonych na zadania wykonywane przez położne środowiskowe zatrudnione w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej[31].

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, ponieważ wykształcone w zakresie fizjologii położne oferują 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 połogu. 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[32]. Takie rozwiązanie prowadzi do centralizacji opieki w większych ośrodkach, utrudnia realizację zadań położnym prowadzącym samodzielną praktykę oraz tworzy zespoły koordynowane przez lekarza, co ogranicza samodzielność zawodową położnych. Mimo że jest wprowadzanych 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 domu[33]. W latach 2014–2016 przeprowadziłam 11 wywiadów pogłębionych z położnymi, które oferują pomoc w czasie porodu w domu. W wypowiedziach 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 medykalizacji, bez znieczuleń. Idea porodów szpitalnych jest inna. I tak to się zaczęło [porody domowe – A.D.]. […] Natura nie lubi,

[31] *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf [dostęp: 13.06.2016].

[32] *NFZ uruchamia program opieki…*

[33] Dane ze strony www.dobrzeurodzeni.pl.

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

gdy jej się przeszkadza”[34]. Ta wypowiedź odzwierciedla podejście wielu badanych przeze mnie położnych. Mimo że liczba porodów w domu jest w Polsce nieduża (około 110 rocznie)[35], to jednak coraz więcej kobiet chce traktować ciążę i poród jako wydarzenia fizjologiczne.

Odzwierciedleniem rosnącego zainteresowania kobiet zdemedykalizowanym podejściem do ciąży i porodu jest pojawienie się w ostatnich latach doul – asystentek kobiety w czasie ciąży i porodu, których usługi cieszą się rosnącą popularnością (zwłaszcza w dużych miastach). O rozpowszechnieniu oraz profesjonalizacji wsparcia matki i rodziny w czasie ciąży, porodu i po porodzie udzielanego przez doule świadczy m.in. fakt, że zajęcie to od stycznia 2015 r. jest zawodem[36]. Pojawia się zatem kolejna, trzecia grupa profesjonalistów zaangażowanych w opiekę okołoporodową (przy czym należy podkreślić, że doule nie wykonują zawodu medycznego). Analiza tego zawodu i relacji między doulami a położnymi stanowi odrębny wątek i wykracza poza ramy tego tekstu.

KOBIETA CIĘŻARNA I RODZĄCA W ZMEDYKALIZOWANYM SYSTEMIE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ

Jak wskazano powyżej, zmedykalizowany model opieki okołoporodowej prowadzi do uprzedmiotowienia kobiety, ogranicza jej aktywność, minimalizuje wpływ na decyzje dotyczące ciąży i porodu. Na początku lat 90. ubiegłego stulecia większość kobiet traktowano w jednakowy sposób, a opieka okołoporodowa była silnie zmedykalizowana. Prawie wszystkie porody odbywały się w szpitalach, w większości stosowano rutynowe procedury, takie jak indukcja porodu czy nacięcie krocza. Mimo że odsetek porodów szpitalnych oraz liczba interwencji medycznych w czasie porodu nadal jest na stosunkowo wysokim poziomie (ponadto znacząco wzrosła liczba cięć cesarskich, o czym była mowa powyżej), to jednak na przestrzeni ostatnich 25 lat nastąpiło wiele zmian, które do pewnego stopnia demedykalizują opiekę perinatalną w Polsce. Przejawiają się one w tym, że bierze się pod uwagę różnorodne potrzeby kobiet. Poniżej krótko scharakteryzuję wybrane przemiany, które rzecz jasna w pewnym stopniu wiążą się ze zmianami opisanymi wcześniej.

---

[34] Wyniki niepublikowanych badań, w których zrealizowałam 11 wywiadów pogłębionych z położnymi przyjmującymi porody w domu. Badania przeprowadziłam w latach 2014–2016.

[35] Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni”, Statystyki 2010–2014, www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html [dostęp: 13.06.2016].

[36] 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.).

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

Uregulowania prawne, uwarunkowania organizacyjne i dostępność różnego rodzaju usług dają współcześnie kobietom duży wybór w zakresie opieki sprawowanej w czasie ciąży i porodu. 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[37]. Coraz więcej jest źródeł wiedzy, z których kobiety mogą dowiedzieć się na temat naturalnego podejścia do ciąży i porodu oraz pielęgnacji i wychowania dzieci. Powstają organizacje edukujące w tym zakresie, publikowane są liczne pozycje książkowe, poradnikowe czy magazynowe, w Internecie można znaleźć ogrom treści poświęconych tej tematyce. 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 też inny aspekt tej edukacji. Często 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[38].

Jednocześnie coraz więcej kobiet świadomie wybiera zdemedykalizowane podejście. Są to m.in. kobiety, które decydują się na prowadzenie ciąży przez położne i poród w domu (to jednak głównie kobiety lepiej sytuowane, gdyż świadczenia te nie są refundowane przez NFZ). Z badań przeprowadzonych przez L. Nowakowską wynika, że kobiety te krytycznie oceniają poród w szpitalu m.in. ze względu na stosowane niepotrzebne procedury medyczne, konieczność podporządkowania się regułom szpitala, problemy w komunikacji z personelem medycznym[39]. Przejawem zdemedykalizowanego podejścia jest również decyzja o porodzie w domu narodzin, a po porodzie rezygnacja ze szczepień niemowląt. W zakresie zachowań związanych z oczekiwaniem na dziecko oraz pielęgnacją i jego wychowaniem obserwujemy w ostatnich latach wiele trendów. Stanowi to jednak odrębny temat. Ze względu na problematykę tej pracy należy podkreślić, że wśród wielu dostępnych metod prowadzenia ciąży i porodu jest widoczna duża rozmaitość i zróżnicowany poziom medykalizacji.

---

[37] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów…

[38] S. Urbańska, *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 2009.

[39] L. Nowakowska, *Społeczny świat kobiet rodzących w domu. Perspektywa socjologii zdrowia, choroby i medycyny*, Lublin 2016 (niepublikowana rozprawa doktorska), s. 66.

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

ZAKOŃCZENIE

Powyżej przedstawiłam trzy zazębiające się płaszczyzny, na których obserwuje się skutki medykalizacji opieki okołoporodowej. Przyjęłam perspektywę dynamiczną, uwzględniłam bowiem przemiany, które zaszły w Polsce na przestrzeni ostatnich 25 lat. Podsumowując, należy stwierdzić, że obserwujemy dwie sprzeczne tendencje. Z jednej strony medykalizacja opieki okołoporodowej jest promowana przez lekarzy, sprzyja jej także rozwój wiedzy i technologii medycznej, zaś z drugiej demedykalizacja ma swoich zwolenników i zwolenniczki wśród kobiet, położnych i organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli nowo powstających zawodów. Niejednoznaczny jest kierunek zmian organizacyjnych. Powstaje zatem pytanie, czy te tendencje wzajemnie się wykluczają. Wydaje się, że nie. Stanowią raczej, moim zdaniem, wyraz uwzględnienia indywidualnych potrzeb kobiet oraz są wyrazem działania aktywnych w społeczeństwie obywatelskim różnych grup nacisku. Uznałabym raczej, że opieka okołoporodowa w Polsce w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci ulega demokratyzacji i indywidualizacji. Podlega zatem procesom obserwowanym w społeczeństwie obywatelskim budowanym w Polsce po transformacji w 1989 r.

BIBLIOGRAFIA

Baranowska B., *Kaskada interwencji i jej wpływ na przebieg porodu*, [w:] *Wokół porodu – wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach naukowych*, red. A. Otffinowska, Warszawa 2015.

Baranowska B., Otffinowska A., *Rytm i czas porodu. Indukcja i stymulacja porodu w świetle badań naukowych*, Warszawa 2009.

Davis-Floyd R., *Birth as an American Rite of Passage*, Berkeley 2003.

Davis-Floyd R., *Culture and birth: The technocratic imperative*, "The Birth Gazette" 1994, No. 11 (1).

Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S., Herrlich A., *Listening to Mothers III. Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*, 2013.

Domańska U., *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, [w:] *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W. Brodniak, Tyczyn 2005.

Doroszewska A., *Pielęgniarstwo w systemie opieki zdrowotnej. Społeczne role położnych*, Warszawa 2015.

Dane zebrane przez Fundację Rodzić po Ludzku za rok 2013, www.gdzierodzic.info/,odzic.info [dostęp: 15.06.2016].

GUS, *Rocznik Demograficzny 2015*, Warszawa 2015.

Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, www.nik.gov.pl/plik/id,3004,vp,3795.pdf [dostęp: 13.06.2016].

Katz Rothman B., *Childbirth management and medical monopoly: Midwifery as (almost) a profession*, "Journal of Nurse-Midwifery" 1984, No. 5.

Kubicka-Kraszyńska U., Otffinowska A., *Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle akcji „Rodzić po ludzku" 2006*, Warszawa 2007.

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

Lowis G.W., McCaffery P.G., S*ociological factors affecting the medicalization of midwifery*, [w:] *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*, eds. E. van Teijlingen, G.W. Lowis, P. McCaffery, M. Porter, New York 2000.

Maciejewski T., *Rozwój opieki perinatalnej na przełomie XX i XXI wieku*, „Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia" 2013, nr 6.

NFZ uruchamia program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), http://nfz.gov.pl/dla-swiadczeniodawcy/koordynowana-opieka-nad-kobieta-w-ciazy-koc/aktualnosci [dostęp: 12.06.2016].

Nowakowska L., *Społeczny świat kobiet rodzących w domu. Perspektywa socjologii zdrowia, choroby i medycyny*, Lublin 2016 (niepublikowana rozprawa doktorska).

Parry D.C., *'We wanted a birth experience, not a medical experience': Exploring Canadian women's use of midwifery*, "Health Care for Women International" 2008, No. 29, **DOI: https://10.1080/07399330802269451**.

Podgórska J., *Betonowe położnictwo*, „Polityka" 2005, nr 43.

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.).

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, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012, poz. 1100 z późn. zm.).

Statystyki JGP, https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx [dostęp: 12.06.2016].

Stowarzyszenie Niezależna Inicjatywa Rodziców i Położnych „Dobrze Urodzeni", Statystyki 2010–2014, www.dobrzeurodzeni.pl/statystyki.html [dostęp: 13.06.2016].

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, No. 20 (2).

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, nr 80.

Urbańska S., *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 2009.

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 1996, nr 91, poz. 410 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011, nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

Wagner M., *Fish can't see water: The need to humanize birth*, www.drmomma.org/2009/08/fish-cant-see-water-need-to-humanize.html [dostęp: 13.06.2016].

Wertz R., Wertz D., *Notes on the decline of midwives and the rise of medical obstetricians*, [w:] *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, ed. P. Conrad, New York 2009.

WHO statement on caesarean section rates. Executive summary, www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en [dostęp: 14.06.2016].

Witz A., *Professions and Patriarchy*, London 1992, **DOI: https://doi.org/10.4324/9780203167786**.

Young I., *Pregnant embodiment*, [w:] *Body and Flesh: A Philosophical Reader*, ed. D. Welton, Malden 1998.

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

SUMMARY

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 characterize the changes in perinatal care after the political transformation and to analyse these changes from the perspective of the theory of medicalization. In this article I describe the perinatal care present in Poland at the beginning of the 21st century. I 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.

Keywords: medicalization; demedicalization; perinatal care; midwives; social changes

STRESZCZENIE

Od początku lat 90. XX w. nastąpiło wiele zmian w zakresie świadczenia opieki nad kobietą w okresie okołoporodowym oraz nad noworodkiem. Zmiany te są przykładem występującej równolegle do procesu medykalizacji tendencji do demedykalizacji. Celem artykułu jest przedstawienie zmian w zakresie opieki okołoporodowej po transformacji ustrojowej oraz analiza tych przeobrażeń z perspektywy teorii medykalizacji. W pracy staram się scharakteryzować opiekę okołoporodową w Polsce na początku XXI w. w odniesieniu do trzech skutków medykalizacji, tj. rosnącej liczby nieuzasadnionych interwencji medycznych, nieuwzględniania potrzeb rodzących oraz ograniczenia roli położnych. Stawiam tezę, że obserwujemy dwie sprzeczne tendencje. Z jednej strony medykalizacja opieki okołoporodowej jest promowana przez lekarzy, z drugiej demedykalizacja ma swoich zwolenników i zwolenniczki wśród kobiet i położnych. Powstaje zatem pytanie, czy te tendencje wzajemnie się wykluczają czy też stanowią przykład demokratyzacji również w zakresie opieki okołoporodowej, na którą coraz większy wpływ mają aktywne w społeczeństwie obywatelskim różne grupy nacisku.

Słowa kluczowe: medykalizacja; demedykalizacja; opieka okołoporodowa; położne; przemiany społeczne

Pobrane z czasopisma Annales I - Philosophy and Sociology **http://philosophia.annales.umcs.pl**
Data: 14/10/2026 19:06:54

UMCS