



# Opowieści porodowe – historie o szczególnym kobiecy doświadczeniu i podmiotowości kobiet

KRYSTYNA DZWONKOWSKA-GODULA  
UNIWERSYTET ŁÓDZKI

## Abstrakt:

Celem artykułu, opartego na analizie porodowych opowieści, jest odpowiedź na pytanie, jak kobiety postrzegają swoją rolę w tym ważnym życiowym wydarzeniu. Jak się bowiem okazuje, kwestia ta jest kluczowa w tych kobiecych narracjach. Doświadczenia porodu opisywane są w kategoriach podmiotowość *versus* uprzedmiotowienie kobiet, autonomia *versus* podporządkowanie. W relacjach narratorek interesują nas nie tyle indywidualne przeżycia, co kulturowa koncepcja kobiecości oraz sytuacji porodu, wyłaniające się z tych narracji. Obok zmedykalizowanego modelu narodzin dziecka i ubezwłasnowolnionej, uprzedmiotowionej kobiety-pacjentki mamy obraz porodu jako podmiotowego kobiecego doświadczenia, mistycznego przeżycia, pozwalającego odkryć „kobiecą moc” i tożsamość oraz model kobiety – „kowalki swojego losu”. Opowiadanie o narodzinach dziecka, doświadczeniu przez kobiety poczucia mocy sprawczej bądź jej braku można traktować jako przejaw kształtowania się podmiotowej samoświadomości kobiet, nadawanie sobie samemu statusu podmiotu, nie tylko w narracji, ale w realnym życiu.

## Słowa kluczowe:

opowieści porodowe, doświadczenie porodu, podmiotowość kobiet.

## Wprowadzenie

Poród jest szczególnym kobiecym doświadczeniem. (...) *Z pewnością urodzenie dziecka jest jednym z najintensywniejszych przeżyć w życiu kobiety. Jednym z tych, których się nigdy nie zapomina* (Budrowska, 2000, s. 254). Towarzyszące mu odczucia, psychiczne i fizyczne, trudno z czymkolwiek porównać, odnieść do jakichś innych doznań, są wyjątkowe i niedostępne dla osób, które ich nie przeżyły. Z drugiej strony, każda „rodzicielka” będzie poród czy porody, wspominać inaczej, nie ma uniwersalnej formuły tego doświadczenia. Wpływ na opis przeżyć związanych z narodzinami dziecka ma wiele czynników, m. in. nastawienie do ciąży i zostania matką, przebieg ciąży, okoliczności i warunki porodu, obecność i zachowanie osób trzecich – personelu medycznego, partnera, czy innego bliskiego, to czy są to narodziny pierwszego, czy kolejnego dziecka, czy poród odbywa się siłami natury, czy też wymaga medycznej interwencji. Definicji „dobrego porodu” może być bardzo wiele (Kurczuk-Powolny, 2016). Położne i lekarze ostrzegają, by kobiety nie słuchały porodowych opowieści, będących często *opowieściami grozy* (Korolczuk, 2012, s. 228; Kurczuk-Powolny, 2016). Jak zauważa U. Śmietana: (...) *z jednej strony w kulturowym przekazie nadal funkcjonuje, silnie zakodowany, martyrologiczny obraz porodu jako krwawo-mięsnej traumy z wszelkimi możliwymi komplikacjami. Z drugiej strony pokazuje się go jako cudowne, mistyczne przeżycie, wręcz epifanię, w wyniku czego poród jawi się jako zjawisko z pogranicza duchowości i psychologii, a nie medycyny i fizjologii* (Śmietana, 2006). Wraz z rozwojem medycyny i postępem technologicznym ciąża i poród przestały być traktowane jako naturalne procesy, zostały „zmedykalizowane” (Gajewska 2012; Mazurek 2014; Nowakowska, 2010; 2012; 2014; Oleś-Binczyk, 2011). Proces medykalizacji,

polegający na obejmowaniu coraz większych obszarów życia człowieka medycznym nadzorem, prowadzący do postrzegania problemów niemedycznych w kategoriach chorób lub zaburzeń, sprowadza jednostkę do biernego pacjenta, mającego podporządkować się lekarzowi jako wyroczni nie tylko w sprawach zdrowia i choroby. Medykalizacja ciąży i porodu pociąga za sobą ich odhumanizowanie i uprzedmiotowienie kobiety (Gajewska 2012; Mazurek 2014; Nowakowska, 2010; 2012; 2014; Oleś-Binczyk, 2011). W tym kontekście znaczenia nabiera przywrócenie kobietom podmiotowości i mocy sprawczej w narodzinach dziecka, wzmacniania roli innych kobiet jako przewodniczek i towarzyszek w tym życiowym doświadczeniu (rola położnej i douli<sup>1</sup>), tworzenia kobiecych kręgów, w których dzieliłyby się one swoimi przeżyciami i wzajemnie wspierały. Od 2014 roku organizowane są w Polsce Kręgi Opowieści Porodowych (<http://doula.org.pl/kręgi-opowieści-porodowych-1-04-2016>), rośnie liczba wirtualnych grup wsparcia powstających na internetowych forach dyskusyjnych, nawiązujących do dawnych *kręgów macierzyńsko-siostrzanych* (Śmietana, 2006). W Internecie znaleźć można wiele stron gromadzących opowieści porodowe kobiet, nadających swoim prywatnym, osobistym, intymnym przeżyciom „społeczny wymiar”. Właśnie takie kobiece historie zostały poddane analizie na potrzeby niniejszego artykułu. Zdaniem M. Sbiszy: (...) *doświadczenie porodu zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na jego bardzo ważną rolę w życiu kobiety, ale też z powodu trudności, jakie napotyka ją one w konstruowaniu własnego punktu widzenia na ten temat. Dla kobiecego podmiotu, centralnym zagadnieniem jest nie tyle zakładana autentyczność kobiecych*

1 (...) *Doula to wykształcona i doświadczona również w swoim macierzyństwie kobieta, zapewniająca ciągłe niemedyczne, fizyczne, emocjonalne i informacyjne wsparcie dla matki i rodziny na czas ciąży, porodu i po porodzie* <http://www.doula.org.pl/kim-jest-doula>

*doświadczeń cielesnych, co postawa, jaką kobieta wobec nich przyjmuje* (Sbisá, 1996 za: Budrowska, 2000, s. 265). Tu interesowało nas, jak narratorki opowiadają o swoich porodach: jak postrzegają swoją rolę w tym wydarzeniu.

## Opowieści porodowe jako tematyczne narracje biograficzne

Przeprowadzone badanie, polegające na analizie treści opowieści porodowych kobiet nawiązuje do badań biograficznych w paradygmacie socjologii interpretatywnej (por. Bednarz-Łuczewska i Łuczewski, 2012; Kaźmierska, 2012; Rokuszewska-Pawełek, 2002, ss. 11–43; Włodarek i Ziółkowski, 1990). Choć przedmiotem zainteresowania nie jest tu historia życia jednostki ani nawet wybrany segment biografii, to jednak mamy tu do czynienia z narracjami dotyczącymi ważnego momentu w życiu kobiety – narodzin dziecka jako życiowego wydarzenia (Hoerning, 1990, s. 129), punktu zwrotnego (Budrowska, 2000) czy rytuału przejścia (van Gennep, 2006, s. 64 i n. za: Jaskulska, 2012, s. 80–81). Można określić je mianem narracji tematycznej (Rokuszewska-Pawełek, 2002, s. 27) czy też historii przypadku (koncentracja na określonym procesie w życiu jednostki) (Denzin, 1990, s. 68). Analizie poddane zostały opowieści kobiet o przeżyciach związanych z narodzinami dziecka, spisane przez nie i upublicznione, udostępnione szerszej „publiczności”. (...) *Badaczka interpretatywnego interesuje, jak przeżytemu doświadczeniu nadaje się znaczenie, jak jest ono definiowane, odczuwane, wyrażane, ucieleśnione, interpretowane i rozumiane* (Denzin, 1990, s. 56). Poprzez opowiadanie jednostka tłumaczy innym, ale też objaśnia sobie dany fragment rzeczywistości: (...) *Autonarracje są sposobem rozumienia własnej sytuacji w strumieniu toczących się zdarzeń* (Trzebiński, 2002, s. 79).

W badaniach biograficznych dowartościowuje się jednostkę i jej indywidualną

perspektywę w postrzeganiu rzeczywistości, nadaje znaczenie jej społecznej obecności i aktywności – (...) *Możliwość autorskiej wypowiedzi daje jej szansę wyeksponowania własnej roli w kształtowaniu życia i otoczenia* (Bednarz-Łuczewska i Łuczewski, 2012, s. 101). Zainteresowanie historiami „zwykłych ludzi”, szczególnie tych, którzy do tej pory – z racji płci, rasy, czy pochodzenia społecznego – byli marginalizowani, czy wykluczani, nie tylko pozwala na poznanie ich punktu widzenia. Jest oddaniem im głosu, przyczynia się do ich upodmiotowienia, *uwłasnowolnienia* (Fiternicka-Gorzko, 2012; Kałwa, brak roku wydania). W odniesieniu do kobiet przejawia się to w „odzyskiwaniu” ich historii, historii przez nie doświadczanej i opowiadanej – stworzenia „her-story”, w miejsce „his-story”, tworzonej przez i dla mężczyzn (Kałwa, brak roku wydania; Patatyn, 2014, ss. 3–4). Przy czym, trzeba je najpierw przekonać, że ich własna historia może kogoś zainteresować, że mają „coś ciekawego do opowiedzenia”, że ich wspomnienia warte są upamiętnienia, choć, a może właśnie dlatego, że dotyczą „codziennego”, „zwykłego” życia (Kałwa, brak roku wydania; Patatyn, 2014, ss. 3–4).

Badając autonarracje o życiu, poznajemy nie tylko *subiektywnie znaczące doświadczenie* (Denzin, 1990, s. 55), ale też warunki makrospołeczne nań wpływające. Tym samym biografia nie jest, czy nie musi być, „tematem” sama w sobie (*biografia jako temat*), ale staje się *środkiem badań społecznych (biografia jako środek)* (Helling, 1990, s. 16). (...) *Życie pojedynczego człowieka zawiera w sobie – niczym hologram – informację o społeczeństwie i czasach w których żyje* (Bednarz-Łuczewska i Łuczewski, 2012, s. 91). W przypadku analizy opowieści porodowych zyskujemy nie tylko informacje o przebiegu narodzin dziecka (warunki, udział osób trzecich itp.), ale poznajemy również kulturowy konstrukt porodu (doświadczenie cielesne vs. duchowe, wydarzenie naturalne

vs. medyczne itp.), a także kulturowy model kobiecości, przejawiający się w tożsamości narratorki (podmiotowość vs. uprzedmiotowienie kobiety, społeczne postrzeganie kobiecej cielesności itp.). Jak zauważyła E. Korolczuk, przeprowadzająca wywiady z matkami i córkami, w których podejmowany był m. in. temat posiadania dzieci, ciąży i porodu, dany kontekst społeczny, ekonomiczny i polityczny wyznacza kobietom określone możliwości, wpływa na ich narracje, powodując często „nieprzekładalność perspektyw” przedstawicieli dwóch pokoleń – (...) *pojawiają się nowe dyskursy i praktyki, unieważniające doświadczenia starszego pokolenia i wprowadzające nowe wizje seksualności czy macierzyństwa* (Korolczuk, 2012, s. 229). W niniejszym badaniu autobiograficznych relacji kobiet o narodzinach dziecka przedmiotem zainteresowania jest to, jak narratorki widzą swoją rolę w tym wydarzeniu, czy postrzegają się w kategoriach działającego podmiotu, mogącego o sobie decydować, mającego wpływ na to, co się z nim dzieje, na przebieg porodu. Koncentrujemy się nie tylko na sferze mikro – indywidualnym wymiarze przeżyć, ale próbujemy spojrzeć „poza nie” i określić, jaki kulturowy obraz kobiety oraz sytuacji porodu się z tych narracji wyłania.

## Analizowane opowieści porodowe

Analizą objęto opowieści porodowe zamieszczone na stronie internetowej Fundacji Rodzić Po Ludzku (<http://www.rodzicpoludzku.pl/Opowiedzi-porodowe>). Wykorzystano zatem materiały autobiograficzne już istniejące, stworzone bez ingerencji badacza (*subject-produced autobiographies*) (Rokuszewska-Pawetek, 2002, s. 33). Prawdopodobnie powstały one i zostały nadesłane w związku z akcją „Rodzić po ludzku”, w ramach której (...) *tysiące kobiet podzieliło się swoimi doświadczeniami z porodu*, co pozwoliło organizacji ocenić jakość opieki okołoporodowej w polskich szpitalach i podjąć działania na rzecz jej polepszenia (<http://www.rodzicpoludzku.pl/Dzialania>)<sup>2</sup>. Akcja zbierania opowieści porodowych trwa przez cały czas: (...) *Każdego tygodnia dostajemy co najmniej kilka listów od kobiet dotyczących naruszenia ich prawa do godności osobistej w polskich szpitalach* (<http://www.rodzicpoludzku.pl/Aktualnosci/PAGE-7.html>), do czego zresztą zachęca organizacja, mobilizując kobiety do (...) *działania na rzecz godnego porodu w Polsce*, poprzez ocenianie szpitali i właśnie opisywanie swoich porodów. W Internecie wiele portali zbiera takie opowieści<sup>3</sup>. Zdecydowano się na objęcie analizą historii udostępnionych na stronie Fundacji Rodzić Po Ludzku ze względu na to, że organizacja ta jest prekursorem, pionierem w zakresie oddolnej, społecznej działalności na rzecz poprawy opieki okołoporodowej w Polsce, a jej kampania „Rodzić po ludzku” jest: (...) *w opinii specjalistów od public relations, najbardziej skuteczną akcją społeczną przeprowadzoną w Polsce. Jej ogłoszenie rozpoczęło proces zmian korzystnych dla rodzających kobiet w szpitalach położniczych. Dzięki niej wyrażenie „rodzić po ludzku” weszło do potocznej polszczyzny* (<http://www.rodzicpoludzku.pl/Dzialania/Kampanie-spoeczne.html>). Ponadto, udostępnione przez nią opowieści porodowe stanowią zamknięty zbiór, co uwalnia badacza od konieczności sformułowania dodatkowych kryteriów doboru próby, narażających go na zarzuty tendencyjności, czy przypadkowości wyboru analizowanego materiału<sup>4</sup>.

Na stronie internetowej organizacji opublikowano 35 porodowych opowieści, umieszczając je w dziale o tym samym tytule oraz pod

2 W okresie pierwszej odsłony akcji „Rodzić po ludzku” trwającej od 24 grudnia 2005 r. do 23 grudnia 2006 r. do Fundacji nadesłano 4 tysiące listów (<http://www.rodzicpoludzku.pl/Akcja-Rodzic-po-ludzku/Final-akcji-2006-reportaz.html>).

3 Np. [dumnamama.pl](http://dumnamama.pl), [www.babyboom.pl](http://www.babyboom.pl), [www.dobrzeurodzeni.pl](http://www.dobrzeurodzeni.pl), [www.vivatporod.pl](http://www.vivatporod.pl).

4 Z analizy wyłączono jedynie relację lekarki, ponieważ nie odnosiła się ona do własnych doświadczeń ciąży i porodu.

hasłem „Kobiety mówią”. Nie wiemy dlaczego akurat te historie wybrano spośród setek nadesłanych oraz jaki odsetek spośród przysłanych relacji one stanowią, nie mamy informacji dotyczących daty ich nadesłania i udostępnienia w sieci. Znając cele Fundacji oraz charakter jej działalności, możemy przypuszczać, że publikując takie a nie inne opowieści starano się przedstawić różnorodność doświadczeń kobiet. Mamy tu relacje z porodów szpitalnych i domowych, naturalnych i przez cesarskie cięcie, mających miejsce w szpitalach w dużych ośrodkach miejskich (m. in. Warszawa, Gdańsk, Szczecin, Wrocław, Kraków), jak i mniejszych miastach (np. Racibórz, Wołomin, Szubin, Nowe Miasto Lubawskie, Złotów)<sup>5</sup>. Niektóre z nich dotyczą pobytu w szpitalu i przeżyć związanych z poronieniem, czy urodzeniem martwego dziecka (6 opowieści). Ponieważ są one autobiograficznymi narracjami kobiet odnoszącymi się również do wyjątkowego kobiecego doświadczenia – „nieszczęśliwego

rozwiązania” ciąży, straty nienarodzonego dziecka, postanowiono nie wyłączać ich ze zbioru analizowanych materiałów. Co, zdaje się, odpowiada intencjom działaczek Fundacji, zamieszczających je wśród porodowych historii.

Korzystanie z materiałów zastanych wiąże się z takimi ograniczeniami jak brak możliwości ustalenia informacji o autorkach opowieści (wiemy, że były to kobiety, niekiedy poznajemy je z imienia i nazwiska, jedyną dodatkową informacją jest, w przypadku niektórych historii, rok i miejscowość, niekiedy nazwa szpitala, w którym odbył się poród), a także brak wiedzy na temat ewentualnych skrótów dokonanych przez administratorów strony internetowej. Brak szczegółowych danych w części opowieści, można wytłumaczyć tym, że z punktu widzenia celu publikacji – pokazania spektrum doświadczeń porodowych kobiet – nie były to informacje kluczowe. Tym bardziej, że ocenie poszczególnych szpitali, w których rodziły kobiety poświęcona jest odrębna część portalu ([www.GdzieRodzic.info](http://www.GdzieRodzic.info)).

W dalszej części artykułu pojawiać się będą cytaty z analizowanych historii, ze wskazaniem w nawiasie numeru opowieści (np. OP\_1). Zachowana została oryginalna pisownia i styl autonarracji.

## Opowieści porodowe – o podmiotowości kobiet

Jak stwierdza D. Kałwa, charakteryzująca mówione historie kobiet: (...) *opowieści te są często emocjonalnym powrotem do momentów wzniosłych lub traumatycznych, na nowo przeżywanych, na nowo reinterpretowanych w perspektywie późniejszych doświadczeń, dalszej drogi życiowej* (Kałwa, brak roku wydania). Opis ten można z całą pewnością odnieść do historii porodowych, w których kobiety odnoszą się do ważnego dla ich życia i tożsamości wydarzenia, patrząc na nie z dystansu, którego

5 W zbiorze 34 włączonych do analizy opowieści 25 dotyczyło porodu naturalnego, 4 – porodu przez cesarskie cięcie (przy czym nie były to zabiegi planowane, kobiety chciały i zaczynały rodzić naturalnie, jednak z różnych przyczyn porody kończyły się operacyjnym zabiegiem); 26 relacji przedstawiało poród w szpitalu, 4 – poród domowy. Informację o dacie i miejscu porodu zawierały 22 opowieści. 13 z nich opisywało poród, który odbył się w 2006 roku, 5 – w 2005 roku, 2 – w 2009 roku, po 1 – w 2003 i w 2008 roku. Nie należy jednak traktować ich jako „nieaktualnych”. Jak pokazują liczne raporty Fundacji, poprawa opieki okołoporodowej w Polsce zachodzi bardzo powoli. Świadczą też o tym słowa jednej z kobiet, która nadesłała list w 2014 roku: (...) *Postanowiłam do Was napisać, bo miałam okazję wysłuchać ostatnio ponad 20 opowieści porodowych, które są stosunkowo świeże, bo obejmują ten rok. Zasmuciło mnie to, jak wiele z nich (w tym moja), było opowieściami smutnymi, pełnymi żalu, bólu, buntu i strachu o Dziecko. Prawie wszystkie opowiadały o bardzo bolesnych badaniach ginekologicznych w szpitalach (warszawskich, uchodzących za te najlepsze). (...) Rodzące ciągle traktuje się niegodnie* (<http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Nowe-stanowisko-WHO-w-sprawie-lamania-praw-kobiet-podczas-porodu.html>)

nabierają z upływem czasu, przepracowując je poprzez opowiadanie o nim.

W objętych analizą relacjach o porodzie da się zauważyć pewien schemat opowieści, podporządkowany przebiegowi narodzin dziecka. Narratorki zaczynają „od początku”, tj. od rozpoczęcia się akcji porodowej – pojawienia się pierwszych skurczy, czy odejścia wód płodowych. Niektóre z nich zarysowują okoliczności – porę dnia, sytuację, w jakiej się wtedy znajdowały, obecność i reakcję towarzyszących im osób. Część z nich wypowiada się na temat swojego podejścia do ciąży, nastawienia do zostania mamą (zaznaczają np., że była to ciąża wyczekiwana, planowana). Mamy tu relacje bardzo szczegółowe, przypominające dziennik z tamtego dnia, opisujące niemalże godzinę po godzinie zmieniające się skurcze i wielkość rozwarcia w kolejnych fazach porodu, własne odczucia i zachowania, postępowanie personelu medycznego. Niektóre opowieści kończą się na rozwiązaniu, inne przedstawiają także okres poporodowy. Podobnie toczą się historie o poronieniu – zaczynając od momentu pojawienia się niepokojących objawów, świadczących o tym, że z ciążą dzieje się coś złego, przez opis pobytu w szpitalu i zabiegów medycznych, kończąc na refleksjach dotyczących radzenia sobie z sytuacją „po”. Tu również relacje skupiają się na opisie warunków przebiegu przedwczesnego zakończenia ciąży oraz odczuwanych przez kobietę fizycznych doznań, a przede wszystkim emocji związanych z tym dramatycznym przeżyciem.

Ponieważ niejako pierwszym adresatem analizowanych opowieści była Fundacja Rodzić Po Ludzku, kobiety oceniały jakość szpitalnej opieki, opisywały warunki w szpitalu (wygląd sal i łazienek, ich wyposażenie, różnego rodzaju udogodnienia i „pomoce” mające ułatwić przebieg porodu, bądź ich brak), zachowania personelu – lekarzy, położnych, także rejestratorów na izbie przyjęć, odnosiły się do kwestii

przestrzegania praw pacjenta. Starły się określić, czy udało im się „rodzić po ludzku”, czy miały do czynienia z ludzkim traktowaniem, odwołując się wprost do nazwy Fundacji i prowadzonej przez nią kampanii społecznej. Pojawiały się tu rozważania na temat specyfiki porodu w szpitalu i w domu, porodu naturalnego i przez cesarskie cięcie.

Medykalizacja ciąży i porodu doprowadziła do traktowania ich jako stanu zagrażającego kobiecie i dziecku, wymagającego medycznej interwencji i lekarskiego nadzoru „zawłaszczenia ich” przez medycynę. Zjawisko to przejawia się w sprowadzeniu rodzących do „biernego obiektu” medycznych zabiegów, odebraniu im (...) *poczucia sprawstwa oraz bycia kompetentną, a tym samym utraty jej podmiotowości oraz psychicznej satysfakcji* (Nowakowska, 2010, s. 433). Właśnie kwestia podmiotowości kobiet w czasie porodu była przedmiotem zainteresowania w zrealizowanym badaniu. Podmiotowość jest tu rozumiana jako aktywna postawa wobec otaczającej rzeczywistości, kontrola i wpływ na własne życie, możliwość kreowania jego biegu, podejmowanie inicjatywy, innymi słowy: jako autonomia i moc sprawcza. Będąc jej przeciwieństwem uprzedmiotowienie przejawia się w uzależnieniu od innych, bezradności i podporządkowaniu, ubezwłasnowolnieniu, braku możliwości decydowania o sobie.

Analiza porodowych historii pozwoliła na wyodrębnienie następujących typów doświadczeń porodowych kobiet w zależności od ich wyrażanego w opowieściach poczucia podmiotowości, mocy sprawczej w subiektywnym wymiarze. Pierwszy typ dotyczy uprzedmiotowienia kobiet w warunkach zmedykalizowanego, odhumanizowanego porodu, na które narratorki nie wyrażają zgody, przeciwko któremu protestują poprzez swoje opowieści. W drugim – wręcz przeciwnie, mamy do czynienia z (...) *uwolnionym podmiotowym doświadczeniem cielesności i związanej z nim*

*postawą autokreatywną* rodzących (Gajewska, 2012, s. 239). Trzeci typ doświadczenia natomiast można określić jako „akceptowane uprzedmiotowienie”, zgodę kobiet na zmedykalizowany model ciąży i porodu przy jednoczesnym poczuciu, że ta ich zgoda jest wyrazem ich podmiotowości, że mają one, w pewnym, ograniczonym stopniu, wpływ na to, co się z nimi dzieje. Przyjrzymy się kolejno tym typom doświadczenia, odwołując się do autonarracji kobiet<sup>6</sup>.

### Uprzedmiotowienie

Jak zauważa B. Budrowska, mimo że kobiety są głównymi bohaterkami tego wydarzenia, ze względu na *skryptowy charakter porodu* nie są one i nie czują się podmiotami (Budrowska, 2000, s. 263). Skryptowość tego wydarzenia polega na tym, że: (...) *następujące po sobie wypadki są ściśle ustalone i nie podlegają lub podlegają tylko w ograniczonym zakresie aktywnej kontroli ze strony rodzącej kobiety* (Budrowska, 2000, s. 263). Wynika to nie tylko z następujących po sobie faz porodu, wyznaczanych określonymi zmianami fizjologicznymi i fizycznymi odczuciami, na które kobieta nie ma wpływu, ale także z towarzyszących im procedur medycznych. Przyczynia się do tego zjawisko medykalizacji porodu, traktowanego przez personel medyczny (...) *jako proces mechaniczny mający na celu uwolnienie dziecka z ciała kobiety. Personel medyczny z góry zakłada niekompetencję kobiet i niemożność podejmowania przez nie decyzji o przebiegu porodu i kontakcie z dzieckiem* (Chołuj, 2008, s. 61 za: Oleś-Binczyk, 2011, s. 49–50). Narratorki pisały

o uprzedmiotowieniu i ubezwłasnowolnieniu ich przez towarzyszące im położne i lekarzy, narzucających im „odpowiednie” i pożądane z medycznego punktu widzenia zachowania, „wiedzących lepiej” co dobre dla rodzącej i dziecka. Mówiły o niemożności zdania się na własne ciało i „instynkt”: (...) *brak szacunku dla moich decyzji i dla mnie (zwracanie się do mnie per ty na przykład, uparte proponowanie zabiegów, na które się bardzo wyraźnie nie zgodziłam, obrażanie się za kwestionowanie poleceń personelu)* (OP\_4). (...) *W moim odczuciu zostałam trochę popędzona, żeby szybciej zacząć parcie, przez to się pogubiłam i oddałam się w ręce położnej. Już nie miałam kontaktu z własnym instynktem... Nawet pozycje były zaproponowane przez nią (położną – dop. aut.)* (OP\_11); (...) *nie można było wziąć prysznic, pójść do toalety, posiedzieć na piłce czy pochodzić wokół łóżka. Pozwolono mi jedynie stać i patrzeć przez okno. No i nikt nie pytał mnie, w jakiej pozycji chcę rodzić – po prostu leżałam na łóżku z podkurczonymi nogami, na koniec prawie weszła na mnie jedna z lekarek* (OP\_19). Pasywność ich roli wyrażała się w sposobie opowiadania, w którym nie było „ja”, byli „oni”: (...) *Podali mi jakiś środek dożylny w kroplówce na przyspieszenie porodu. (...) Kazali położyć się i leżeć. (...) Przy takich bólach leżeć na plecach i nie ruszać się, to był ból nad bóle. Ale nie, bo inaczej nie wolno* (OP\_14). Jedna z opowiadających czuła się „zmuszona do cesarki”, gdy bardzo chciała rodzić naturalnie, tak jak swoje pierwsze dziecko, co wspominała jako niezwykle przeżycie, dające jej jako kobiecie moc i siłę. Brak możliwości porodu siłami natury, odebranie jej prawa do decyzji o własnej cielesności pozbawił ją w jej przekonaniu podmiotowości, sprawstwa, skutkując w dalszej perspektywie depresją i obniżeniem poczucia własnej wartości: (...) *Nie czuję, że urodziłam. Nie było tego cudownego bólu, który daje moc, tego pięknego doświadczenia swojego ciała i umysłu, tego zastrzyku energii i mocy. Czuję się okradziona z pięknych*

<sup>6</sup> W zbiorze analizowanych opowieści 17 z nich przedstawiało pierwszy typ doświadczenia porodowego („uprzedmiotowienie”), 5 – drugi typ („podmiotowe doświadczenie porodu”), 14 – trzeci typ („akceptowane uprzedmiotowienie”). Suma przekracza liczbę objętych analizą historii, gdyż 4 z nich opisywały różne typy przeżyć związanych z kolejnymi porodami kobiety.

doświadczeń, emocji i siły. Na tym przeklętym stole czułam się kupa mięsa, którą należy pokroić i zaszyć. (...) Straciłam zaufanie do siebie, do swojego ciała i do lekarzy. Najtrudniej wybaczyć sobie. Czuję się okaleczona (OP\_6). Narratorka ma pretensję do siebie, że zgodziła się na takie ubezwłasnowolnienie, zawodząc samą siebie, mimo że jak wynika z jej opowieści, nie miała wyboru, musiała zdać się na lekarzy (dziecko ułożone było pośladkowo i lekarz nie chciał prowadzić obciążonego ryzkiem porodu, rozwiązując ciężę operacyjnie). Podobne odczucia miała inna opowiadająca: (...) przyjście na świat pierwszego synka odbyło się przez cesarkę, ale długo po tym miałam poczucie, że coś mi odebrano. Pozwoliłam to sobie odebrać. Jakby przez szpitalne normy i chęć działania personelu, nie pozwolono memu ciału działać we własnym tempie. Ja też się w tym zagubiłam i nie stanęłam wystarczająco stanowczo we własnej obronie. Nie miałam wtedy ochoty, ani energii na walkę z ludźmi, którzy działali w dobrej wierze, ale wbrew moim odczuciom (OP\_34). Ich wypowiedzi pokazują, jak ważnym doświadczeniem dla tożsamości kobiety, jej poczucia sprawstwa są narodziny dziecka, w których to ona odgrywa główną rolę, decydując o ich przebiegu, w oparciu o własne potrzeby i odczucia.

Narratorki pisały o braku szacunku, lekceważeniu ich, bezosobowym traktowaniu, byciu przezroczystym, niewidzialnym i niesłyszalnym dla personelu: (...) miałam podpisać papierki i siedzieć cicho (...). Na zabieg zostałam „wykrzyczana” z korytarza przez pielęgniarki: moje nazwisko słychać było na całym oddziale jak na jakimś jarmarku! „Iść i siąść pod gabinetem zabiegowym na pomarańczowych krzeselkach!” Na miłość boską, czy naprawdę już tak bezosobowo jestem traktowana, że mówią do mnie bezokolicznikami?!?!? (OP\_1); (...) Dlaczego tyle razy robiono mi KTG, a nie porozmawiano? Mój krzyk był niemy (OP\_6); (...) Naprawdę byłam zszokowana, że pomimo tylu moich próśb o pomoc (właściwie tylko przy karmieniu),

tyle położnych to zbagatelizowało. Miałam wrażenie, że w tym szpitalu ja i moje dziecko jesteśmy chwilami niewidzialni (OP\_21). Miały poczucie, że traktuje się je jako niemające nic do powiedzenia pacjentki-petentki, przeszkadzające w pracy lekarzom i pielęgniarkom: (...) Najlepiej, żeby się nie odzywały i niczego nie chciały. (...) Stoją jak przysłowiowe zbite psy na korytarzu, czatując na lekarza, który nie ma czasu (OP\_1). Te, które domagały się informacji i uwagi ze strony personelu, protestowały przeciwko łamaniu ich praw, były uznawane za problematyczne, uparte, przemądrzałe, rozpuszczone. Przejawem ich ubezwłasnowolnienia było traktowanie ich jak obiektów medycznych procedur. Narratorki wskazywały, że nie konsultowano z nimi lekarskich decyzji, nie informowano o tym, jakim zabiegom poddawane jest ich ciało, nie rozmawiano o przebiegu porodu czy poronienia, nie uwzględniano ich potrzeb i odczuć: (...) (położna – uzup. aut.) przebiła mi pęcherz płodowy i nawet mi o tym nie wspomniała (OP\_19); (...) Na jakiegokolwiek moje pytania, np. o rozwarcie, położna wychodziła z pokoju o niczym mnie nie informując (OP\_26); (...) Prosiłam o wstrzymanie się z kroplówką, chciałam zwiększyć swoją aktywność, pochodzić po schodach (do tej pory głównie leżałam pod KTG), ale zbyto moje próśby ironicznym milczeniem. Nikt ze mną nie polemizował. Po prostu personel robił swoje (OP\_34). Kobiety mówiły o odarcie z godności, łamaniu ich prawa do intymności, prywatności, ochrony danych osobowych, narażeniu na wstyd i upokorzenie, obnażeniu, także w sensie dosłownym: (...) Nie pytano mnie, czy mogą być rezydenci podczas zabiegu (...) dla mnie moje ciało jest tylko moje. Mam w sobie wstyd, skrępowanie i poczucie, że nie jestem w sytuacji komfortowej. Nie pokazuję ciała obcym ludziom – tu musiałam to znieść (OP\_1); (...) Ja miałam rozdartą koszulę ledwo kryjącą tyłek, z przodu rozdartą do pępka (OP\_14). Pisały o braku empatii, znieczulicy z jaką się

spotkały, braku delikatności zarówno w sensie fizycznym (podczas badań ginekologicznych, czy przy samym porodzie) oraz psychicznym (obcesowe traktowanie), braku życzliwości, zrozumienia i wsparcia w sytuacji odczuwania bólu, lęku, bezradności, czy straty w przypadku poronienia: (...) Dzień po poronieniu podczas kontrolnego usg pani doktor ze szczerym zdziwieniem zapytała mnie, czy źle się czuję, bo taka jestem smutna. W połowie zdania stwierdziła: „No bo chyba nie chodzi o to poronienie nie???” Nie, no skąd! (OP\_1). Ich opowieści są wyrazem protestu, braku zgody na przedmiotowe, nieludzkie traktowanie: (...) Nie godzę się na takie traktowanie kobiet! Mam dość! (OP\_1). Taką ocenę sytuacji porodu z perspektywy czasu, dostrzeżenie w nim swojego podporządkowania i braku autonomii oraz jawną, publiczną niezgodę na uprzedmiotowienie samych siebie można traktować jako przejaw kształtowania się podmiotowej samoświadomości kobiet (por. Krasowska, 2016, s. 80).

### Podmiotowe doświadczenie porodu

Drugi typ opowieści pokazuje poród jako wydarzenie, w którym kobieta może być i jest podmiotem, jeśli tylko ma wolę, siłę i sprzyjające temu okoliczności. Postrzeganie siebie jako aktywnej uczestniczki, kreatorki własnego doświadczenia przejawia się w sposobie narracji, np. używaniu czasowników czynnych w pierwszej osobie, podkreślaniu własnej roli w prezentowanej historii (por. Sbisá, 1996 za: Budrowska, 2000, s. 265): (...) Skurcze są już mocne, staram się znaleźć jak najlepszą pozycję, (...). Postanawiam wyjść z wanny i próbuję drabinek. (...) I zaczynam śpiewać, wyć, zawodzić. (...) Pojawia się Pani anestezjolog ze strzykawką, aby uzupełnić kroplówkę. Spoglądam na nią i w ciągu sekundy podejmuję decyzję, że dziękuję, czuję, że dam radę bez (OP\_3); (...) Nagle nabieram całkowitej pewności, że w następnym skurczu urodzi się główka. Chcę spytać położną, ale nie muszę – i tak to wiem! (...) Być może

wyglądam na konającą. Ale czuję się jak Dawca Życia (OP\_35). Narratorki pisały o „kontakcie” z własnym ciałem, wsłuchiwaniu się w płynące z niego sygnały, „zanurzeniu się w sobie”, zaufaniu samym sobie, byciu wiernymi swoim odczuciom, potrzebom, wyobrażeniom, poleganiu nie na rozsądku (własnym, czy osób trzecich), ale intuicji, „instynkcie”: (...) Pomagała mi taka wizualizacja, że szyjka jest jak kwiat, który się rozchyła, rozkwita. (...) Muszę powiedzieć, że na tym etapie porodu poszłam w stu procentach za swoim instynktem i tak naprawdę dobrze znosiłam skurcze (OP\_11); (...) Po prostu wiedziałam, jak chcę i jak nie chcę, i wygzeknowałam to. Żadnych lewatyw, bo ich nie znoszę, żadnego decydowania za mnie, w jakiej pozycji mam być, wkraczania lekarza wtedy, gdy nie jest potrzebny, żadnego znieczulenia umawianego „na wszelki wypadek” i oksycyliny, żeby było szybciej (OP\_8). Zaznaczały, że nie pozwoliły innym, by przeszkadzali, czy ingerowali w naturalnie przebiegający proces porodu, korzystały z ich wsparcia, zachowując poczucie kontroli nad sytuacją i własnego sprawstwa. Niektóre z dumą zaznaczały, że „robiły swoje”, nie zważając na innych, miały potrzebę zmiany pozycji, krzyku, śpiewu itd., to tę potrzebę realizowały. Można zauważyć, za A. Krasowską, że: (...) podmiotowość pojawia się dzięki łamaniu lub przekraczaniu reguł narzucanych przez personel (Krasowska, 2016, s. 80). Część opowiadających kobiet „uciekła” z totalnej instytucji szpitala, decydując się na poród domowy, inne starannie wybrały szpital, lekarza, a przede wszystkim położną, którzy ich nie ograniczali i nie uprzedmiotawiali. Narratorki mające poczucie podmiotowości w czasie porodu, zachowały dobre wspomnienia z narodzin własnego dziecka. Co więcej, postrzegały je jako kluczowy moment dla ich kobiecej tożsamości, przeżywania własnej kobiecości w sensie cielesnym i duchowym, obudzenia ich „kobiecej mocy”: (...) Doznanie siły własnego instynktu, mądrości ciała, prawdziwego cudu narodzin nowego

człowieka... Tego chciałam!!! (...) To było dla mnie przeżycie transcendentne. Jedno z dwóch-trzech najważniejszych i najlepszych wydarzeń w moim życiu. Nie tylko dlatego, że urodziła nam się córka. Ale dlatego, że wezbrała we mnie wówczas ta siła, determinacja i kobieca moc, której poszukuję dziś w sobie, kiedy próbuję odnaleźć się w życiu w innych sferach (OP\_8); (...) czułam swoją siłę (OP\_11); (...) Pierwsze dziecko urodziłam siłami natury kilka temu. Ten poród dał mi niesamowitą siłę, energię. Urodziłam nie tylko swój największy skarb, ale narodziłam się również ja jako matka i kobieta. (...) Czułam dumę, szczęście wypełniało każdą część mojego ciała (OP\_6).

### „Akceptowane uprzedmiotowienie”

Wreszcie, część historii porodowych ukazuje kobiety jako podmioty „zawieszające” niejako swoją moc sprawczą na szczególny czas narodzin dziecka, oddające się w ręce profesjonalistów, którzy mają je przez rytuał porodu (por. Gajewska, 2012) przeprowadzić. Można postawić pytanie, czy nadal możemy mówić tu o ich podmiotowości. Określenie tego typu doświadczenia jako „akceptowanego uprzedmiotowienia” odnosi się do przyzwolenia kobiet na odebranie im autonomii na czas krytycznego momentu życiowego jakim jest poród, powodowanego lękiem – o życie i zdrowie własne oraz dziecka, a także przed bólem, fizjologią porodu, tym, co dzieje się z ciałem rodzącej, a jest niejako poza kontrolą kobiety. Jest to konsekwencja opisywanego procesu medykalizacji, w którego efekcie proces rodzenia potomstwa stracił swą naturalność, wymaga obecności medycznej aparatury oraz specjalistów, badań diagnostycznych i medycznej interwencji. W związku z powszechnym przekonaniem, że bezpieczny poród może mieć miejsce tylko w szpitalu, rodzące dla dobra dziecka godzą się na różnego rodzaju niedogodności oraz przedmiotowe traktowanie, uznając je za swego rodzaju cenę

za owo poczucie bezpieczeństwa i szczęśliwe rozwiązanie. Ta akceptacja uprzedmiotowienia wynika również z cech szpitala jako instytucji totalnej (Goffman, 1975). Kobiety na co dzień, w innych okolicznościach zachowujące swą podmiotowość, mogą traktować szpital jako odrębny świat rządzący się swoimi prawami, w którym one – jako pacjentki – muszą poddać się władzy medycznego personelu i zawiesić na czas pobytu w nim swoją autonomię i sprawczość. Zgoda na taki stan rzeczy, uzasadniona takimi racjonalizacjami (kierowanie się dobrem dziecka, zaufanie do medycyny i lekarzy, rola pacjenta w totalnej instytucji szpitala) powoduje, że kobiety nie buntują się przeciwko ich uprzedmiotowieniu, traktują je jako „naturalne” w warunkach porodu i szpitala, starają się je wyjaśnić, czy usprawiedliwić, wskazywać dobre tego strony. Co więcej, nie mają one poczucia ubezwłasnowolnienia, skoro w ich przekonaniu to one zadecydowały o owym zawieszeniu własnej podmiotowości i je akceptują. M. Sbisá, opisująca kobiece strategie poradzenia sobie z doświadczeniem porodu, postawę taką określa mianem „prze-trwania porodu” poprzez koncentrowanie się na pozytywnych aspektach i wypieranie negatywnych (Sbisá, 1996, s. 372 za: Budrowska, 2000, s. 265). (...) Podmiot wycofuje się ze swego rodzącego ciała i przenosi się na poziom duchowy lub umysłowy, z którego kontroluje – jeśli to się uda – proces porodu. Kobiety wybierające tę strategię unikają – zdaniem autorki – przepracowania doświadczenia porodu, przez co upewniają się w swoim przetrwaniu jako podmiotu, ale jednocześnie implicite akceptują jego otrzymane, zewnętrzne i kontrolowane przez mężczyzn reprezentacje (Sbisá, 1996, s. 372 za: Budrowska, 2000, s. 265). Narratorki, odnosząc się do kwestii „rodzenia po ludzku”, podkreślały życzliwość personelu, „ludzkie traktowanie”: (...) Zostałam bardzo miło potraktowana przez położną (OP\_24); (...) Nikt na mnie nie krzychał, personel cały czas pocieszał, uspokajał, doradzał

nowe pozycje, w których może ból być mniejszy (OP\_27). Miały poczucie, że personel konsultuje z nimi swoje decyzje, współpracuje z nimi, że wszystko odbywa się za ich zgodą, a jeżeli nie, to przecież lekarz i położna kierują się dobrem ich i dziecka. Z. Oleś-Binczyk zauważa, że uległość i posłuszeństwo rodzących, ich wiara w słusność medykalizacji ciąży i porodu, może przyczyniać się do ich poczucia bezpieczeństwa w trudnym doświadczeniu porodu, uczucia ulgi wynikającego z oddania kontroli nad nim profesjonalistom (Oleś-Binczyk, 2011). Kobiety czuły się „zaopiekowane”: (...) (Położna – uzup. aut.) cały czas sprawdzała jak się czuję, udzielano mi instrukcji, porad. Czułam się kimś wyjątkowym (OP\_27). Nie mamy tu zatem poczucia uprzedmiotowienia, raczej zgodę na zmedykalizowany poród, w którym kobieta-pacjentka jest pod opieką profesjonalistów: (...) poród (...) był wywoływany oksytocyną. Zgodziłam się na to, bo obawiałam się, że syn może ucierpieć z powodu przenoszonej ciąży (OP\_19); (...) Zdecydowano podać mi zastrzyki na spowolnienie akcji porodowej. Nie pytano mnie o zgodę, ale ja uważam, że lekarze wiedzą najlepiej, co w tej sytuacji robić i jakie środki podać (OP\_16); (...) Położna pozwoliła mi na zmianę pozycji (...) zaproponowała mi wejście do wanny. Wiedząc o relaksacyjnym działaniu ciepłej wody, zgodziłam się (OP\_33). Znowu uwagę zwraca język, w jakim kobiety opisują poród, swoją w nim rolę i relacje z innymi. W tych opowieściach narratorki piszą, że się im na coś pozwala, że coś mogą, że wyraziły na coś zgodę, zaznaczając tym samym określone, ograniczone pole swojej wolności i podmiotowości, co jednak jest dla nich oczywiste i jest przez nie akceptowane. Można tu mówić o poszukiwaniu podmiotowego sprawstwa (Krasowska, 2016, s. 79) przez kobiety, zarówno w samym doświadczeniu porodu, jak i potem w opowiadaniu o nim. Niekiedy można odnieść wrażenie, że to podkreślanie uwzględniania przez personel ich zdania, swobody

własnego zachowania, możliwości wyboru pozycji rodzenia itp., wynika z wyjątkowości takiej sytuacji, służy zaznaczeniu, że akurat w ich przypadku standardy opieki okołoporodowej zostały spełnione: (...) Zapytali, czy chcę lewatywę, (...) Poproszono mnie, żebym włożyła szpitalną koszulę do porodu (OP\_16); (...) mogłam sama zdecydować o tym, jaką pozycję przyjmę, czy chcę się napić wody, mąż mógł być cały czas przy mnie i pomagał mi, a położna opiekowała się mną, lekarz kontrolował sytuację (...) Sam poród był dla mnie ciężką i bolesną pracą, ale dzięki informacjom uzyskanym w szkole rodzenia i w trakcie porodu i konkretnej i życzliwej pomocy położnej i lekarza, mogłam mieć na niego wpływ i współpracować z personelem tak, by przebiegał właściwie (OP\_24). Z ich wypowiedzi daje się wyczytać niepewność, na co rodząca kobieta może sobie pozwolić, czy jej potrzeba nie zostanie potraktowana jako fanaberia, czy mieści się w schemacie porodu, którego trzyma się medyczny personel: (...) Kiedy nastąpił czas porodu zapytałam panie położne, czy mogłabym rodzić w wodzie. Decyzja moja została przyjęta z entuzjazmem (OP\_17). W jednej z wcześniej przytaczanych historii, mówiącej o podmiotowości rodzącej kobiety, jej autorka-bohaterka z dumą opowiadała, jak nie przejmując się niczym i nikim, krzyczy, śpiewa, tańczy, klęczy, jeśli tego akurat potrzebuje. Tu z kolei mamy przykład kobiety, która czuje się winna w związku ze swoim niekontrolowanym, spontanicznym zachowaniem i za nie przeprosza, świadoma „swojego miejsca w szeregu”: (...) Przeprosiłam za swoje krzyki i wrzaski, jednak w odpowiedzi usłyszałam, że nie mam za co przeproszać, jeżeli to mi pomogło w rodzeniu, to miałam prawo krzyżeć, wrzeszczeć i wyzywać. Poród to jedyny dzień, w którym kobiecie wszystko wolno! (OP\_27). Narratorka jakby była zaskoczona przyznaniem jej prawa do postępowania w zgodzie z własnym ciałem, radzenia sobie na swój sposób z porodowym bólem, zastrzega, że dotyczy to

tylko tego szczególnego wydarzenia, jakim są narodziny dziecka.

Wiele miejsca w opowieściach odpowiadających drugiemu i trzeciemu typowi doświadczenia porodowego narratorki poświęcają zagadnieniu odpowiedniego wsparcia, jakiego potrzebuje rodząca kobieta, by móc zachować własną podmiotowość. Dużą wagę przywiązują do roli położnej jako przewodniczki w tym rytuale przejścia. Dotyczyło to także kobiet odczuwających i podkreślających swoje podmiotowe sprawstwo w czasie porodu, z tym, że w tamtych relacjach położna wydawała się być bohaterką drugiego planu wobec pierwszoplanowego „ja” narratorek. Niezależnie od postrzegania roli położnej przez opowiadające, zwraca uwagę fakt, że ceniły one nie tylko jej wiedzę i umiejętności, ale także życzliwość, opiekuńczość, empatię, wyrozumiałość. Kobiety miały w dobrej położnej niemalże przyjaciółkę, powierniczkę, osobę, której mogły zaufać i która mogła sprawić, że nie utraciły własnej podmiotowości i godności w tym trudnym życiowym momencie. Ceniły partnerską relację z nimi, fakt nienarzucania niczego rodzącym, raczej wychodzenie naprzeciw ich potrzebom: (...) *Położna podpowiadała, która pozycja może przynieść ulgę* (OP\_15); (...) *Położna prosiła abym się położyła na fotel porodowy tylko do badania* (OP\_32). Wydaje się, że tym czego oczekiwałyby kobiety i co pozwoliłoby na ich podmiotowość przy jednoczesnym poczuciu bezpieczeństwa w związku z zapewnianą profesjonalną opieką medyczną, byłoby zastosowanie zasady pomocniczości w relacji rodząca-personel: pomagać, nie wyręczać, dać kobietom prawo do decydowania o przebiegu porodu, do bycia sobą, zdania się na własne ciało, co, jak wynika z części opowieści, można osiągnąć: (...) *W trakcie samego porodu czułam, że jestem traktowana jak ktoś kto dokonuje czegoś niezwykłego a osoby dookoła są po to, aby dawać wsparcie* (OP\_3). Za Z. Oleś-Binczyk warto zwrócić uwagę na język opisujący narodziny dziecka, wskazujący na

różny status kobiety, w zależności od tego czy mówimy o „odbieraniu”, czy „przyjmowaniu” porodu (2011, s. 62). Choć narratorki pozytywnie wypowiadały się także o lekarzach, można odnieść wrażenie, że położne jako osoby towarzyszące rodzącym w długim często procesie porodu, często poznane wcześniej, były dla nich kimś bliższym i ważniejszym. Być może znaczenie miała tu także wspólnota bycia kobietą, szczególnie w silnie spatriarchalizowanej szpitalnej rzeczywistości (por. Oleś-Binczyk, 2011). Tym większe było rozczarowanie kobiet, gdy trafiały na nieempatyczne, niewyrozumiałe położne, niewykazujące się zrozumieniem i nieudzielające oczekiwanego wsparcia rodzącym, zadające im fizyczny i psychiczny ból.

### Zakończenie

Jak pokazuje analiza porodowych opowieści, kluczowy w tych relacjach jest sposób widzenia własnej roli narratorki w opowiadającym doświadczeniu, którą można opisywać w kategoriach podmiotowość *versus* uprzedmiotowienie, autonomia *versus* podporządkowanie. Moc sprawczą kobiet ograniczać mogą z jednej strony rządzące się swoimi prawami, wymykające się kontroli cielesność, fizjologia i sam proces porodu, z drugiej strony medyczne procedury, którym rodzące pacjentki są poddawane.

Z porodowych opowieści wyłaniają się dwa, przeciwstawne kulturowe modele kobiecości oraz sytuacji porodu. Pierwszy z nich, narodziny dziecka sprowadza do wyjęcia go z brzucha kobiety, przy jej większym, bądź mniejszym, ale zawsze kontrolowanym z zewnątrz, udziale, a rodzącą – do bezradnej, niekompetentnej pacjentki, podporządkowanej medycznemu personelowi. Oczekiwana uległość kobiet i ich gotowość do cierpienia sankcjonuje ideał Matki Polki, wzmacniany przez figurę Matki Boskiej (por. Oleś-Binczyk, 2011, s. 56–58). Fizyczne cierpienie i upokorzenie, które muszą znieść rodzące ma być wynagradzane cudem

narodzin potomstwa i macierzyństwem, traktowanym w naszej kulturze jako posłannictwo kobiety. Drugi model prezentuje poród jako podmiotowe kobiece doświadczenie, mistyczne, jedyne w swoim rodzaju przeżycie, istotne dla jej tożsamości, w którym odkrywa ona siebie jako kobietę w sensie cielesnym i duchowym, jest kreatorką nie tylko nowego życia, ale siebie samej jako podmiotu. Tu również macierzyństwo traktowane jest jako kluczowa kobieca rola, ale to kobieta decyduje o jego kształcie, począwszy od aktu narodzin dziecka, wpływając na ich przebieg, widząc siebie w głównej roli – nie tyle bohaterki, co reżyserki tego życiowego wydarzenia. Autonarracje „proaktywne” o porodzie zderzają się z autonarracjami „defensywnymi” – kobiety przedstawiają siebie albo w roli „kowalek własnego losu” albo w roli jednostek adaptujących się jedynie do określonych zewnętrznych, niezależnych od nich okoliczności (Trzebiński, 2002, s. 65, 76). Jak stwierdza J. Trzebiński: (...) *w pewnym sensie w historię jednostki wpisane jest jej poczucie wolności w kształtowaniu swojego losu* (Trzebiński, 2002, s. 79). A zatem sposób konstruowania autonarracji przekładać się może na realne zachowania człowieka. Można więc oczekiwać, że kobiety podkreślające swoją podmiotowość w doświadczeniu porodu, ale także te buntujące się przeciwko przeżytemu uprzedmiotowieniu, będą dążyły do zachowania autonomii w swoim życiu, (...) *ingerowały w bieg zdarzeń tak, by zrealizować własne idee* (Trzebiński, 2002, s. 76).

Na problem podmiotowości w kontekście porodowych historii można spojrzeć jeszcze inaczej. Za A. Krasowską, sam akt tworzenia opowieści o sobie można traktować jako (...) *stawanie się podmiotowości – (...) piszę więc jestem* (2016). Kobiety opowiadając o wyjątkowym, szczególnym kobiecym doświadczeniu porodu, czynią z niego wydarzenie, o którym można i trzeba mówić, nadają sobie status podmiotu. Nie tylko w opowieści. ☺

### Krystyna Dzwonkowska-Godula,

dr, adiunkt w Zakładzie Socjologii Płci i Ruchów Społecznych w ramach Katedry Socjologii Struktur i Zmian Społecznych UŁ. Autorka rozprawy doktorskiej poświęconej kulturowym modelom i wzorom kobiecości i męskości oraz macierzyństwa i ojcostwa (Dzwonkowska-Godula K., 2015, *Tradycyjnie czy nowocześnie? Wzory macierzyństwa i ojcostwa w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź). Autorka i współautorka artykułów oraz wystąpień konferencyjnych podejmujących problematykę stereotypów płci oraz stereotypów ról rodzicielskich; społecznych uwarunkowań procesu powrotu kobiet na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dzieci; kapitału ludzkiego i społecznego kobiet i mężczyzn; sprawiedliwości reprodukcyjnej; wpływu kulturowych koncepcji płci i wieku na postawy kobiet i mężczyzn wobec zdrowia i wyglądu.

#### Afiliacja:

Zakład Socjologii Płci i Ruchów Społecznych w ramach Katedry Socjologii Struktur i Zmian Społecznych, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41 90-214 Łódź e-mail: [krystyna.dzwonkowska@gmail.com](mailto:krystyna.dzwonkowska@gmail.com)

### Bibliografia

- Bednarz-Łuczewska P., Łuczewski M. (2012). Podejście biograficzne. W: D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia* (s.91–109). Warszawa: PWN.
- Budrowska, B. (2000). *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wrocław: Wydawnictwo Funna.
- Denzin, N. (1990). Reinterpretacja metody biograficznej w socjologii: znaczenie a metoda w analizie biograficznej. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii* (s.55–69). Warszawa-Poznań: PWN.
- Fiternicka-Gorzko, M. (2012). Historia mówiona: od metody historycznej do interdyscyplinarnego

- podejścia badawczego, *Opuscula Sociologica* 2/2012, 5–25.
- Gajewska, M., (2012). Położnicza polisemia. Medykalizacja i demedykalizacja jako ekstrema wyznaczające przestrzeń doświadczenia współczesnego rytuału przejścia. W: M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotala (red.), *Socjologia i psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia* (s.229–244). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Goffman, E. (1975). Charakterystyka instytucji totalnych. W: W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych* (s.150–177). Warszawa: PWN.
- Helling, I.K. (1990). Metoda badań biograficznych. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii* (s.13–37). Warszawa-Poznań: PWN.
- Hoerning, E.M. (1990). Rola wydarzeń życiowych: doświadczenia i rewitalizacja w perspektywie biograficznej. W: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii* (s.127–135). Warszawa-Poznań: PWN.
- Jaskulska, S., (2012). „Rytuał przejścia” jako kategoria analityczna. Przyczynek do dyskusji nad badaniem rytualnego oblicza rzeczywistości szkolnej, *Studia Edukacyjne* 26/2013, 79–97.
- Kałwa, D., (brak daty wydania). *Kobieca historia mówiona*. Pobrane z: <http://www.interwencja-kryzysowa.org.pl/psychologia.php?go=link2>
- Każmierska, K. (red.). (2012). *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*. Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Korolczuk, E. (2012). Ciało z ciała matki? Konstruowanie macierzyństwa i seksualności w kontekście międzypokoleniowym. W: R.E. Hryciuk, E. Korolczuk (red.), *Pożegnanie z Matką Polką? Dyskursy, praktyki i reprezentacje macierzyństwa we współczesnej Polsce* (s.215–233). Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Krasowska, A., (2016). Piśzę więc jestem. Stawianie się podmiotowości w tekstach. W: W. Doliński, J. Żurko, K. Grzeszkiewicz-Radulska, S. Męćfal (red.), *Rzeczywistość i zapis. Problemy badania tekstów w naukach społecznych i humanistycznych* (s.67–82). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kurczuk-Powolny, A. (2016). *Jak mieć dobry poród? Ginekolog: Nie słuchaj opowieści mam i babć o strasznych porodach*. Pobrano z: [http://www.edziecko.pl/ciaza\\_i\\_porod/1,79332,13334620,Jak\\_miec\\_DOBRY\\_POROD\\_Ginekolog\\_Nie\\_sluchaj\\_opowieści.html](http://www.edziecko.pl/ciaza_i_porod/1,79332,13334620,Jak_miec_DOBRY_POROD_Ginekolog_Nie_sluchaj_opowieści.html)
- Mazurek, E. (2014). Macierzyństwo pod medycznym nadzorem. Wybrane aspekty medykalizacji macierzyństwa, *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja* 1(5)/2014, 75–93
- Nowakowska, L. (2010). W stronę humanizacji porodu, *Zdrowie publiczne* 120(4), 431–435
- Nowakowska, L. (2014). Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu, *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja* 1(5)/2014, 9–24
- Nowakowska, L. (2012). Humanizacja ciąży i porodu. Perspektywa socjologii medycyny. W: M. Synowiec-Piłat, A. Olchowska-Kotala (red.), *Socjologia i psychologia dla pacjenta. Wybrane zagadnienia* (s.245–255). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Oleś-Binczyk, Z. (2011). Medykalizacja ciąży i porodu w Polsce. W: A. Pałęcka, H. Szczodry, M. Warat (red.), *Kobiety w społeczeństwie polskim* (s.43–63). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Patatyn, M. (2014). *Wpływ rozwoju gender studies i historii kobiet na badania nad problematyką elit ziemiańskich*. Pobrano z: <http://www.wydzfilhist.uni.lodz.pl/pub/8.pdf>
- Rokuszewska-Pawełek, A. (2002). *Chaos i przymus. Trajektorie wojenne Polaków – analiza biograficzna*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Śmietana, U. (2006). *Obok ciała. Jak i dlaczego rodzi Barbetka, Klientka i Sierotka Marysia?* Pobrane z: <http://www.rodzicpoludzku.pl/Wiedza-o-porodzie/Obok-ciala-Jak-i-dlaczego-rodzi-Barbetka-Klientka-i-Sierotka-Marysia.html>
- Trzebiński, J. (2002). Autonarracje nadają kształt życiu człowieka. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s.43–80). Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Włodarek J., Ziółkowski M. (red.). (1990). *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa-Poznań: PWN.

## **Birth stories – narratives about particular female experience and women’s subjectivity**

### **Abstract:**

The aim of the article, based on an analysis of childbirth stories, is to answer a question how women perceive their role in this important life event. As it turns out, this issue is crucial in women’s narratives about a delivery. The experience of childbirth is described in terms of subjectivity versus objectification of women, autonomy versus subordination. The childbirth stories present not only individual experiences but also a cultural concepts of femininity and childbirth. Two opposite models of women and a delivery emerged from analyzed narratives. On the one hand we observed *medicalised* childbirth with incapacitated, objectified woman-patient. On the other hand childbirth is described as women’s subjective experience, mystical experience, which allows them to discover the *feminine power* and female identity. In those birth stories women see themselves as subjects controlling and creating a situation of delivery and their life (a model of *self made woman*). The childbirth stories – narratives about female subjectivity or lack of it – can be regarded as a manifestation of formation of subjective self-awareness of women, giving themselves the status of the subject, not only in the narrative, but in real life.

### **Keywords:**

birth stories, birth experience, women’s subjectivity.