

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za družbene vede

Tanja Kerševan Smokvina

Medicinski diskurzi o materinstvu
Primer porodne bolečine

Magistrsko delo

Mentorica:izr. prof. dr. Breda Luthar

Ljubljana, 2007

Hvala: Zarji in Sinji za navdih in za čas, da sem mu lahko sledila, Alešu za samotne vikende in vse zamujene regate, najinim staršem za nenadomestljivo pomoč, Tini za praktični optimizem in spodbudo v najbolj občutljivih trenutkih, posebej pa mentorici dr. Bredi Luthar za zanimive pogovore o temi, ki so me utrdili v prepričanju, da je snov prava in vredna obravnave, ter za kritično branje besedila.

Kazalo

Uvod	4
1. Materinstvo	8
1.1. Materinstvo kot koncept: kultura, zgodovina, miti, teorija	8
1.2. Materinstvo kot institucija družbene reprodukcije	17
1.3. Materinstvo kot (ženska) identiteta	27
2. Diskurz	35
2.1. Teorije diskurza	35
2.2. Od diskurza k subjektu – Michel Foucault	38
2.3. Medicina-oblast-subjekt	41
2.4. Foucault in feminizem	50
3. Medicinski diskurzi o materinstvu	54
3.1. Reproktivno zdravje	54
3.2. Medikalizacija nosečnosti in poroda	59
3.3. Rojevanje v Sloveniji ali »novorojenčkom prijazne porodnišnice«	65
3.4. Porodna bolečina in politike njenega nadziranja	73
3.4.1. Epiduralna analgezija – kontroverzna tehnika za lajšanje porodnih bolečin	79
3.4.2. Analiza razprav o epiduralni analgeziji na Med.Over.Net	82
Sklep	98
Literatura	102

Uvod

Materinstvo je kompleksen pojem, ki v mnogočem presega biološke vidike razmerja med materjo in otrokom. Vključuje pomembne čustvene, psihične, socialne, moralne, pravne in ekonomske aspekte in tudi v časovni dimenziji sega čez trajanje dejanskih otrokovih fizičnih potreb po materi. Odmikajoč se od biološkega determinizma, pri katerem so specifične ženske reproduktivne sposobnosti podlaga za prepričanje, da je današnja vloga žensk v družbeni reprodukciji in v družbi nasploh predvidela »narava«, ga zato lahko razumemo kot družbeno institucijo in identiteto, ki se ustvarjata znotraj različnih družbenih diskurzov ter sta tako vezani na določen zgodovinski in kulturni kontekst. Zaradi temeljne vloge materinstva v biološki in družbeni reprodukciji človeštva in zaradi njegove povezanosti z enim od dveh največjih življenjskih prehodov (rojstvom) je materinstvo v vsaki družbi močno regulirano, in zaščiteno s plastjo mitov in ideologij, izjemno odporno na spremembe. Noben premik v družbeni percepciji materinstva se ne zgodi čez noč, ampak se postopoma izpogaja v političnih, cerkvenih, znanstvenih in medijskih diskurzih, ki sodelujejo pri oblikovanju in naturalizaciji pomenov in praks, ki jih prebivalci določene družbe pripisujejo materinstvu.

Nekatere avtorice (npr. Chodorowa, 1978, Oakley, 2000, Ule et al., 1990) so prepričane, da je sodoben, v razvitih družbah prevladujoč koncept materinstva nastal z modernizacijo zahodnih družb. Pri tem naj bi imela ključno vlogo industrializacija, ki je povzročila ločitev doma od delovnega mesta, vse večje razhajanje med javno in zasebno sfero, naraščajočo diferenciacijo otroka od odraslega, daljšo odvisnost otrok in spremenjen način njihove socializacije, ki se ni več odvijala ob delu, temveč v zasebnem krogu družine. Ženske niso mogle enakopravno sodelovati pri ustvarjanju družinskih prihodkov, povečala se je njihova odvisnost od moža, predanost otrokom in priklenjenost na dom. S prehajanjem v zasebnost je njihova dejavnost postajala vse bolj marginalna, brez ekonomske cene in vrednosti in s tem nepriznana kot »pravo delo«. A tudi sodobne, zaposlene ženske, ki so del tradicionalnih materinskih opravil predale zunajdružinskim ustanovam, še vedno same opravijo večino dela, ki je potrebno za domačo nego, oskrbo in vzgojo otrok. Poleg tega se v naši kulturi potrebam otrok pripisuje večjo vrednost kot potrebam mater in se od mater (ne pa tudi od očetov) pričakuje, da jim bodo v vsakem primeru dale prednost.

Pri vzdrževanju te (kulturne) komponente materinstva sodeluje tudi medicina, ki ima v naši družbi vodilno vlogo pri uravnavanju in nadzoru več pomembnih življenjskih prehodov. Porodi, ki v sociokulturnem smislu predstavljajo tako prehod plodov v človeška bitja kot prehod žensk v matere, se v Sloveniji dogajajo skoraj izključno v porodniških oddelkih bolnišnic ali v kliničnih porodnišnicah. Izključenost poroda iz vsakdana in njegova institucionalizacija v okviru zdravstva pa ni edini vidik medikalizacije materinstva. Medicina je prevzela tudi skrb za nosečnice in za tiste, ki bi to utegnile postati, ter za spremljanje razvoja fetusov, novorojenčkov, dojenčkov in malčkov. Materinstvo je postalo medicinski problem in razumljivo je, da se pri tem zaradi vloge, ki jo ima medicina pri raziskovanju, upravljanju, zaviranju in pospeševanju fizioloških procesov, krepijo biološko deterministični pogledi na družbeno-kulturne dimenzije materinstva. Obenem pa medicina kot disciplina, ki jo je nemogoče strogo ločiti od tkiva širše družbene vednosti, za razlaganje fizioloških dogajanj v nosečnosti in ob porodu in za upravičevanje svojih praks pri medicinski obravnavi nosečnic in porodnic uporablja družbene mite, stereotipe in ideološke predpostavke.

Tem vidikom razmerja med medicino in materinstvom se posvečam v magistrskem delu, v katerem obravnavam medicinske diskurze o materinstvu in nekatere njihove učinke prikazujem na primeru aktualnih razprav o porodni bolečini. Zakaj ravno na tem primeru? Zato ker te bolečine zadevajo točno določeno družbeno skupino in se pojavljajo ravno na simbolični točki prehoda v materinstvo. Zato ker za medicino porodne bolečine niso enake drugim telesnim bolečinam, in k njim ne pristopa tako kot k drugim, iz drugačnih telesnih stanj izvirajočim bolečinam, s katerimi se ukvarja. In zato ker jih ta specifičen odnos medicine razkriva kot fenomen, za katerega je medicina zaradi močnega družbenega interesa oblikovala posebna pravila.

Bolečine, ki spremljajo porod, simbolizirajo v naši kulturi izjemno prisotno in poveljano trpljenjsko komponento materinstva. V ritualu prehoda, ki ga predstavlja porod, je sposobnost žensk, da bolečine vdano in samonadzorovano prenesejo, pričakovan odziv, ki kaže, da so opremljene z nujno lastnostjo dobrega materinstva: zmožnostjo samoodpovedovanja in žrtvovanja v korist drugih. Med obravnavo porodnih bolečin pri nas in med tem, kako se tega lotevajo drugod, se kažejo občutne razlike. Razlike pa so prisotne tudi med diskurzi posameznih specializacij znotraj slovenske medicine in iz leta v leto se

odnos do porodnih bolečin spreminja v smeri nekoliko drugačnih praks. Očitno je, da prihaja do določenih diskontinuitet, ki jih v povezavi z aktualnim družbenim kontekstom lahko razumemo kot znamenje, da se vednosti, znotraj katerih se konstruira materinstvo, spreminjajo.

Svoje raziskovanje bom oprla na naslednji tezi:

1. Vednost, ki se ustvarja in povratno obnavlja na ženskem telesu in njegovih reproduktivnih procesih in prek reproduktivnega zdravstvenega varstva v okviru medicine kot enega najmočnejših oblastnih diskurzov, določa legitimnost telesnih praks in oblik ženskega (nosečega) telesa ter načinov ravnanja z njim, omogoča ustrezno discipliniranje teles nosečih žensk in teles fetusov v njih, regulira subjektivizacijo mater ter tako izvaja nadzor nad prebivalstvom.
2. Oblast, ki se prek medicinskega diskurza izvaja v reproduktivnem zdravstvenem varstvu, ni centralizirana, monolitna, enosmerna in brezčasna. V njej lahko razločimo oblastne strategije, ki izvirajo iz različnih točk družbenega tkiva in so se oblikovale v različnih zgodovinskih kontekstih.

Struktura magistrskega dela je tridelna. V prvem, izhodiščnem poglavju o materinstvu kot konceptu, instituciji in identiteti ter v drugem poglavju, v katerem se posvečam diskurzu, z osvetlitvijo navedenih vidikov materinstva, s presekom relevantne domače in tuje literature ter izborom iz konceptualnega aparata teorij diskurza (zlasti opirajoč se na Foucaulta¹) pripravim orodja za analizo in interpretativne nastavke. Po vrstnem redu zadnje, po pomenu pa osrednje poglavje nosi enak naslov kot magistrsko delo samo. V njem prek analize medicinskih diskurzov o materinstvu, ki se kažejo tako v praksah obravnave žensk v okviru reproduktivnega zdravstvenega varstva kot v strokovnih in poljudnih besedilih ter na spletnih forumih, in posebej na primeru strokovnih in popularnih razprav o porodnih bolečinah in tehnikah za njihovo lajšanje, teorijo soočim s prakso in z njuno sintezo skušam dokazati zastavljene teze. Vire formalnega razmišljanja, ki so mi v pomoč pri obdelavi problematike medicinskih diskurzov o materinstvu, iščem na širšem področju kulturnih študij, v sociologiji, psihologiji, študijah spolov in medijskih študijah.

¹ Foucaultov opus se zdi za izbrano temo še posebej primeren, saj je tudi Foucault gojil zanimanje za preučevanje medicine, ki je po njegovem ena od najpomembnejših oblasti v sodobnih zahodnih družbah (prim. Foucault, 1963/2003, 1975/2004 in 1976/2000).

Nekatere sodobne avtorice, ki se ukvarjajo s teorijo spolov, opozarjajo na pasti neproblematizirane uporabe kategorije žensk kot homogene družbene skupine. Sandra Harding (1986/1990), Judith Butler (1990/1999) in Donna Haraway (1991/1999), ki problematizirajo univerzalno žensko izkustvo, zavračajo vsak esencializem in so šle z dekonstrukcijo ženskega subjekta najdlje, so pokazale, da je konceptualna vprašanja ženskosti na teoretičnem nivoju mogoče popolnoma zrelativizirati. Butlerjeva (1990/1999), za katero je spol samo performativna kategorija in v njem ne vidi prav nič esencialnega, je celo prepričana, da naj bi predstavljanje žensk kot koherentne skupine prispevalo k nezavednemu reguliranju in reifikaciji binarnih spolnih razmerij.

Čeprav se s tem na načelni ravni strinjam, mi okvir magistrskega dela ne dopušča tako kompleksnega poglobljanja v problematiko ženskosti in materinstva. Če parafraziram Bergerja in Luckmanna (1988), ko govorita o »realnosti« oz. nevprašljivosti sveta (tj. posameznikove predstave sveta, njegove podobe samega sebe in drugih v njem ter njegovega vsakdanjega življenja) in ko ugotavljata, da teoretske formulacije realnosti ne izčrpajo pomena tistega, kar je realno za pripadnike posamezne družbe – je moje delo namreč bolj kot v teorijo, usmerjeno v eksistencialno ali praktično raven razmerja med medicino in ženskami-materami. Ker se ne ukvarjam s konceptualiziranjem, ampak z analitičnim interpretiranjem konkretnih besedil in praks v aktualnih slovenskih razmerah, so mi variacije znotraj konceptualne kategorije žensk ali mater nepomembne, in vprašanje, ali dejansko obstaja kaj takega, čemur bi lahko rekli ženski/materinski subjekt, ni v središču mojega zanimanja. Zato ocenjujem, da je za ambicije tega dela uporaba enovite kategorije žensk v razmerju do prav tako problematične enovite kategorije mater upravičena, oziroma (kot bi rekli v medicinskem žargonu) da bo korist, ki jo bom imela od tega, večja od tveganj, ki se jim s tem izpostavljam.

1. Materinstvo

1.1. Materinstvo kot koncept: kultura, zgodovina, miti, teorija

Materinstvo se je kot predmet preučevanja uveljavilo s feminizmom. Za razvoj njegove akademske obravnave so najbolj zaslužne avtorice iz tako imenovanega drugega vala feminizma iz zgodnjih šestdesetih let prejšnjega stoletja, pred tem pa je bilo materinstvu posvečeno razmeroma malo znanstvenega zanimanja. Feministične kritike so izpostavile razpetost med materinstvom kot institucijo socialne kontrole nad ženskami na eni strani in med materinstvom kot udejanjenjem esencialne ženskosti na drugi.

Teoretska produkcija feminizma ni bila nikoli monolitna. V obdobju drugega vala so jo med drugim zaznamovale razlike med zastopnicami koncepta »enakosti« in tistimi avtoricami, ki so izhajale iz koncepta »razlik«. Švabova razlaga, da lahko to razhajanje poenostavljeno ponazorimo z vprašanjem, ali naj bodo (so) ženske enake ali različne drugemu spolu ter ali obstajajo (predvsem glede zatiranja) razlike tudi med ženskami (v 2001: 13). Pri tem gre tudi za dva različna vzorca za doseganje ciljev feminizma kot političnega projekta s specifičnimi šibkimi točkami. Paradigma enakosti s svojo zahtevo po enakopravnosti predpostavlja prevzemanje moških vzorcev, paradigma, ki temelji na razliki, pa pogosto vodi v esencializem.

Esencializem je v kontekstu feminizma biološki determinizem, ki predpostavlja, da se prirojeno bistvo ženske kaže skozi značilnosti njene anatomije (npr. specifične reproduktivne sposobnosti), ki jo razlikujejo od moškega, in da je to bistvo odporno na kulturne in zgodovinske spremembe. Iz esencializma tako izhajajo prepričanja, da lahko z biološko različnostjo pojasnimo tudi nekatere socialne razlike med ženskami in moškimi, kar bi, preneseno na materinstvo, pomenilo, da je materinska vloga ženskam prirojena in zaradi svoje biološke določenosti v osnovi enaka v vsakem kulturnem in zgodovinskem okolju. Vprašanje enačenja materinstva in rojevanja otrok ter materinstva in žensk je bilo, kot ugotavlja Hansenova (1997: 3), s feminističnimi razpravami o esencializmu že precej preskušano, a še ne povsem izčrpano.

Nasproti esencializmu se postavljajo družbenokonstruktivistični pristopi, po katerih se resničnost ustvarja s človeško aktivnostjo v določenem času in prostoru. Človeka ne opredeljujejo prirojene značilnosti, ampak se kot subjekt vzpostavlja v določenih kulturnih in zgodovinskih razmerah, zato v tem kontekstu tudi spolne identitete niso nekaj prirojenega in neizpodbitnega. Švab povzema po Nakano Glen et al., 1994 (v 2001: 97), da je iz te perspektive materinstvo opredeljeno kot zgodovinsko in kulturno variabilen odnos, v katerem posameznica skrbi za drugega/-o posameznika/-co. Nekatere avtorice (npr. Fuss v Ramazanoğlu in Holland, 1993: 261) pa trdijo, da tudi socialni konstruktivisti ne morejo definitivno ubežati prijemu esencializma.

Švabova (2001: 96) opozarja, da je ženska prek materinske vloge subjekt, ujet med naravo in kulturo. Njena biološkost (reproduktivne funkcije) je družbeno definirana, njena družbenost (materinska vloga) pa biološko opredeljena. Materinska vloga v družbi namreč ni naravna v smislu živalskosti in nagonosti, saj je v evropski civilizaciji osrednji mehanizem materinskega delovanja ljubezen (Oliver v Švab, ibidem). Švabova razlaga, da družbeni atributi, ki so vezani na naravo (vsaj v kontekstu reprodukcije), v zahodni perspektivi veljajo za najbolj nespremenljivo konstanto človeškega bivanja², in prav zato je po njenem ženska identiteta izjemno odporna na postmoderne spremembe (Švab, ib.).

Kot piše Hansenova (1997), so na močno povezavo med zatiranjem žensk in njihovim naturaliziranim položajem v vlogah mater med prvimi pokazale Simone de Beauvoir, Shulamith Firestone, Kate Millet in Betty Friedan. Sredi sedemdesetih je precej feministk, denimo Adrienne Rich, Nancy Chodorow, Dorothy Dinnerstein in Sara Ruddick v ZDA, Mary O'Brien in Juliett Mitchell v Veliki Britaniji ter Luce Irigaray, Helene Cixous in Julia Kristeva v Franciji, poskušalo materinstvo reinterpretirati in mu dati novo vrednost, vendar so bila njihova prizadevanja vedno pospremljena tudi z ugotavljanjem negativnih vidikov materinske vloge. V sredini osemdesetih se je pojavilo zanimanje za dotlej zanemarjena vprašanja materinstva, a po Hansenovi še ni prišlo do strinjanja, kako redefinirati koncept materinstva (Hansen, 1997: 5-6). Dekonstrukcija enotnega ženskega subjekta in evolucija feminizma v razvejano teoretsko produkcijo o ženski subjektivnosti in identiteti sta

² Harawayjeva, za katero narave ni pred njeno konstrukcijo, raziskuje biologijo in sociobiologijo kot vedi, ki reproducirata kapitalistične družbene odnose, in v ta kontekst umešča tudi del feminizma. Človekovo mesto v naravi in zgodovini po njenem dandanes pravzaprav določa naravoslovje, ki izdeluje pripomočke za gospostvo nad telesom in skupnostjo in z opredelitvijo kategorije narave določa meje zgodovini (Haraway, 1999: 77).

zaznamovali tudi feministične tematizacije materinstva, čeprav – kot poudarja Švabova (2001), ne vse, saj sta bili denimo prav eminentni Chodorowa in Ruddickova pogosto kritizirani zaradi univerzalističnega pojmovanja materinstva. Afroameriške feministke so z analizami kulturno specifičnih družinskih izkušenj spodkopale feministično teoretsko interpretacijo materinstva in družine z vidika bele ženske srednjega razreda (prim. Švab, 2001: 18).

Točko, na kateri je obtičala problematizacija materinstva, slikovito prikazuje naslednji citat Hansenove, ki ponazarja razpetost med kritiko in povečevanjem materinstva in morda tudi nezmožnost dokončne odločitve v prid socialnokonstruktivistični paradigmi: »Veliko žensk (a še zdaleč ne vse) bi rado zavrnilo materinstvo na starih predpostavkah, vendar brez opuščanja velikih odgovornosti in izjemnih užitkov, ki jih prinaša rojevanje in vzgoja otrok. Strah, da ne bo nihče poskrbel za naše otroke, če ne bomo same, otežuje pot naprej, vendar se zdi nemogoče, da bi prostovoljno hotele nazaj« (Hansen, 1997: 6).

Oblikovanje modernega koncepta materinstva je bilo, kot razlaga Oakleyjeva (2000), posledica sprememb v družinskem življenju, ki jih je prinesla industrializacija. »Delovno mesto in dom sta se ločila: tradicija družinskega dela in družinskega zaslužka je bila odpravljena. Čedalje večja diferenciacija vloge otroka in vloge odraslega hkrati s čedalje večjo otrokovo odvisnostjo je napovedovala odvisnost ženske v zakonu in njeno omejitev na dom« (Oakley, 2000: 55). Oakleyjeva je dve stoletji med začetki industrializacije in sodobnostjo razdelila na tri obdobja, katerih natančnih časovnih mejnikov ni mogoče posplošiti, saj se avtoričino pisanje nanaša na Anglijo, pri kateri je do industrializacije prihajalo prej kot v drugih delih Evrope, značilnosti posameznih obdobj pa so bolj univerzalne. V prvem je po njenem prihajalo do tega, da je tovarna kot proizvodni prostor vse bolj izrivala družino, a so ženske še vedno opravljale svoje tradicionalno delo zunaj doma, v drugem obdobju se je upadanje zaposlovanja poročenih žena zunaj doma povezalo z naraščajočim splošnim prepričanjem, da je domestifikacija žensk popolnoma naravna, kasneje pa se je prizadevanje za večje zaposlovanje žensk povezalo s prizadevanjem, da gospodinjenje ostane primarna vloga vsake ženske (Oakley, 2000: 46).

Nancy Chodorow (1978) podobno ugotavlja, da se po izteku zadnjih dveh stoletij, ki jih tudi sama obravnava kot čas, pomemben za oblikovanje današnjega koncepta materinstva,

materinjenje še naprej odvija znotraj družine, ženska materinska vloga pa ima še vedno izjemen psihološki in ideološki pomen. Spremembe v organizaciji produkcije, ki sem jih navedla zgoraj, so po njenem povzročile, da je družina izgubila večino svoje izobraževalne in verske vloge ter vloge pri negi bolnih in ostarelih. Postala je relacijska in osebna institucija, osebna sfera družbe. Ženska vloga v družini se je osredotočila na nego otrok in moža, kar je vključevalo več kot fizično delo. Poleg negovalke je v zgodnjem obdobju kapitalizma postala moralni model za otroke in nudila moralno podporo in vodstvo možu ob njegovem vračanju iz nemoralnega, tekmovalnega sveta dela. Ker je produkcijsko delo vse manj posegalo v njeno materinsko delo, je to postalo vse bolj izolirano in ekskluzivno.

Kapitalistična industrializacija je iz domov odstranila odrasle otroke, stare starše, služinčad, vajence, podnajemnike in druge »nečlane« družin ter občutno zmanjšala sodelovanje moških v družinskem življenju. Nega dojenčkov in otrok je postala izključna domena bioloških mater, ki so vse bolj ločene od sorodstvene mreže, imajo manj socialnih kontaktov kot nekoč in le malo pomoči pri rutinskih opravilih. Število otrok v sodobnih družinah je majhno in otroci so zgodaj vključeni v šolo ali organizirano otroško varstvo izven doma, kar oboje dopolnjuje materinjenje znotraj doma, vendar ga ne nadomešča. Vzgoja otrok ostaja glavna družinska odgovornost, ki v večji meri še vedno leži na ženskah. Po ugotovitvah Chodorowe tega ne spreminja niti njihovo zaposlovanje izven doma.

Chodorowa navaja, da kljub upadanju števila rojstev in dostopnosti hranjenja s stekleničko, kar po njenem pomeni manjšanje bioloških zahtev materinstva, ženske porabijo za nego otrok vse več časa. To pripisuje postfreudovski psihologiji in sociologiji, ki sta priskrbeli nove vire za idealiziranje in utrjevanje ženske materinske vloge zlasti s poudarjanjem odločilnega pomena razmerja med materjo in otrokom za otrokov razvoj. Ko popisuje stanje v ameriški družbi konec sedemdesetih let dvajsetega stoletja, Chodorowa našteva, da so ženske z moškimi enake pred zakonom, se zaposlujejo, imajo manj otrok ali nobenega, poročajo se kasneje in se pogosto tudi ločijo, a kljub temu večina žensk še naprej materini, so kot delovna sila še naprej diskriminirane, neenakopravne v družini, tudi nasilje do žensk ne upada. To pojasni z ugotovitvijo, da živimo v družbi, ki jo še obvladujejo moški, čeprav se zakonske podlage moške prevlade odpravljajo (vse v Chodorow, 1978: 4-6).

Posebno vlogo pri ohranjanju uveljavljenih predpostavk o materinstvu imajo družbeni miti o materinstvu, o katerih Oakleyjeva (2000) piše, da je njihova primarna funkcija podpiranje obstoječega družbenega reda. Eno najbolj širokih sodobnih razlag mita je razvil Roland Barthes (1957/1993: 50-52), ki se osredotoča na mit kot znak oziroma simbol, ki nosi pomen, in polje mita širi na kakršno koli vsebino. Lingvističnemu znaku s primarnim, denotativnim pomenom so v procesu označevanja pripete nove, konotativne plasti pomenov. Takšno razumevanje mita vključuje tudi ideološke implikacije. Mit poskrbi, da se institucije, prakse in verovanja, torej stvari, ki so družbene, kulturne, zgodovinske oz. ideološke, zdijo naravne, neizogibne, univerzalno veljavne in koristne³. V tem smislu tudi Irigarayjeva zapiše, da so miti prvinske izraznosti tistega, kar uravnava družbo v določenem obdobju (1995: 22).

»Mit ohranja konservativne družbene vrednote, časti tradicijo. Izraža in potrjuje vire kulturnih drž in vrednot in jih ne pojasnjuje in se ne izjasnjuje o njih. Pojmi, ki jih izraža mit, veljajo za svete« (Oakley, 2000: 170). To drži tudi za tri splošno sprejete trditve, ki jih po Oakleyjevi vsebuje mit o materinstvu (značilen za sodobne zahodne družbe, op.a.): »otrok potrebuje mater«, »mati potrebuje otroka« in »materinstvo je največ, kar lahko ženska doseže v življenju: samo z njim se lahko potrdi kot ženska« (vse znotraj navedkov iz Oakley, 2000: 199). Podobno Repinčeva opozarja na v zahodni kulturi prisotno splošno prepričanje, da ima vsaka ženska pravico do otroka. »Hkrati prevladuje občutek, da mora biti ženska, ki ni nikoli imela otroka, čustveno neizpolnjena in je zato manj ženska. Če si pri tem ne more pomagati, jo je treba pomilovati, kot če bi imela kako okvaro. Če pa nima otrok po lastni izbiri, jo imajo za sebično in trdo« (Repinc, 2001: 63). Kot piše Štularjeva, so posebno mesto reprodukcije mita o materinstvu porodne prakse, ki so skladne z družbeno mitologijo in utrjujejo in potrjujejo »pravo« spolno identiteto (Štular, 1999: 67). Podrobneje se jim bomo posvetili v osrednjem poglavju magistrskega dela.

Okoliščine, ki vplivajo na oblikovanje konceptov materinstva, so tudi v današnjih razmerah, zaznamovanih z globalizacijo, še vedno precej raznolike, tudi znotraj širše zahodne civilizacije. Slovenski prostor je kulturno in zgodovinsko povezan s katolištvom, v katerem

³Sicer pa je mit, kot piše Hrženjakova (1999: 45), v središču vseh humanističnih in družoslovnih disciplin, ki za analizo mita uporabljajo različne disciplinarne pristope. Po njenem se modernost posameznih pristopov kaže v tem, da mit demistificirajo in ga analizirajo v funkciji družbene realnosti, ne pa kot nosilce večnih resnic ali nadnaravnih vednosti.

je materinstvo zelo pomembna simbolična kategorija, posebljena v liku Device Marije, matere božjega sina Jezusa Kristusa, ki služi kot prisposoba Cerkve in kot ideal za človeške matere. Protestantka okolja Mariji ne pripisujejo tolikšnega pomena, v katolištvu pa sta na njen kult vezana dva velika katoliška praznika in v katoliški teologiji se Mariji posveča poseben nauk – mariologija. Kot piše Kristanova, sta v liku Device Marije, božje matere, združeni dve nasprotujoči si paradigmi: ženska se namreč lahko odkupi za izvorni greh le tako, da sprejme vlogo mučenice (kar je udejanjeno v njeni »naravni« materinski funkciji) in/ali device (Kristan, 2005: 110).

Joganova razlaga, da se je vse intenzivnejše čaščenje Device Marije v katolištvu razvijalo ob institucionalno podprtih procesih domestifikacije žensk. Idealizacija materinstva v podobi Device Marije za pozitivno identifikacijo ženske ponuja ljubezen do trpljenja, ki poleg drugih lastnosti Device Marije, kot so usmiljenje in pripravljenost pomagati vsem, ki so pomoči potrebni, sodi med nujne posvetne značilnosti delovanja žensk, ki izvirajo iz njihovega temeljnega odvisnega položaja. Po Joganovi so takšne razlage skupaj s poudarjanjem brezmadežnega spočetja, ki je pri ženskah neprekinjeno sprožalo občutek nepopolnosti, prispevale h krepitvi obstoječe družbene urejenosti kakor tudi k podcenjevanju njihove vloge. Dualistično izključujoče določanje možne vloge žensk (vsestransko nadzorovana žena–mati vs. spolno neukročena in razbrzdana grešnica) je po njenem služilo kot temeljno duhovno sredstvo za oblikovanje pravih vzorcev ženskosti in ženske vloge, ki jih je podpiralo zlasti fetišiziranje materinstva in («svete») zakonske zveze. Idealni lik Device Marije je katoliška Cerkev poudarjala posebno od 16. stoletja naprej (po Tridentinskem koncilu /1545-1563/, ki je predstavljal odgovor na reformacijo in je bil temelj za notranjo prenavo Cerkve). Kasneje je Cerkev idealno podobo ženske krepila glede na pragmatične zemeljske potrebe, zlasti intenzivno v drugi polovici 19. in v začetku 20. stoletja⁴ (Jogan, 2001: 127).

V tistem času, v obdobju na prehodu iz devetnajstega v dvajseto stoletje, so se na območju slovenskega govornega prostora že pojavile javne kritike pojmovanja materinstva kot neizogibne, obvezne in močno regulirane usode žensk. Tehtne, za tedanji čas dokaj pogumne prispevke je moč zaslediti v časopisju (gl. primere iz Leskošek, 2002) in v prozi Zofke Kveder, ki je pisala o različnih vidikih neizbežne podrejenosti žensk razmnoževalni

⁴ Dogma o Marijinem brezmadežnem spočetju je bila razglašena 1854.

funkciji, kot so denimo nezaželeno materinstvo in boleč porod ter težave z identiteto pri ženskah, ki ne morejo postati matere (več v Mihurko Poniž, 2002: 146-147). V času pred drugo svetovno vojno pa je bila s kritiko ženske podrejenosti v zakonski zvezi in pri opravljanju materinske vloge med najbolj dejavnimi – kasneje utišana in do nedavna povsem zamolčana – Angela Vode (npr. Vode, 1999).

Za svoje raziskovanje katoliških simbolov v zvezi z likom matere, očeta in sina je Accatijeva med ženskami v Vidmu⁵ opravila terensko delo, pri čemer je ugotovila, da se v življenjepisih žensk, s katerimi je naredila intervju in jih opazovala, materinstvo nenehno ujema s trpljenjem. »Izraz »žrtev« kot senca spremlja izraz »otrok« in zdi se, da je družbeno odobrena naloga žensk ta, da se »žrtvujejo za otroke«. Prizor poroda, ki ga ženske pripovedujejo z mnogimi nasilnimi podrobnostmi, je pogosto v središču življenjepisa, za katerega je po eni strani značilna sposobnost trpljenja, po drugi pa neizčrpen kredit, ki ga trpljenje ustvari v odnosu do otrok« (Accati, 2001: 147). Podobno tudi Irigarayjeva piše, da so ženske, ki so rodile, v družbi identificirane kot tiste, ki so trpele, in to identiteto prenašajo na potomke v smislu, da biti ženska pomeni trpeti (Irigaray, 1995: 99-100).

Kaplanova meni, da so k temu, da se je moč podobe samoodpovedujoče se, žrtvujoče se, angelske matere ohranila še dolgo potem, ko so drugi diskurzi in družbeno-tehnološke spremembe že ustvarile razmere za njeno izginotje, najbolj pripomogle prav intervencije cerkvenih oblasti na področje vzgoje otrok in sledovi rousseaujevskega diskurza (Kaplan, 1992: 24). Ideal samoodpovedujoče se, trpeče in požrtvovalne matere ima v našem kulturnem prostoru vzporednico v liku »cankarjanske« matere. Na drugi strani pa so demonizirane podobe matere, tako imenovane slabe matere, ki vzgajajo pošasti in predstavljajo grožnjo družbi (samske matere, prezaposlene matere, karieristke, feministke, lezbične matere, romske matere, priseljenke, invalidke, odvisnice, prostitutke, posiljenke, samomorilke). Slabe matere, piše Woodwardova, konstruirajo diskurzi socialne politike, medicine in psihologije. Po njenem sta idealna mati in samoodrekajoča se »*madonna*«, ki sta vgrajeni v zahodno kulturo, skonstruirani znotraj moralnega diskurza, a se kljub temu nanju gleda kot na produkta biologije, kot da bi rojstvo otroka žensko spremenilo v idealno mater (Woodward, 1997: 243).

⁵ Mesto Udine v italijanski Furlaniji, nedaleč od slovensko-italijanske meje.

Zaradi bremena odgovornosti za otrokov razvoj, ki je naprteno materi, ne more nobena še tako »dobra mati« ubežati senci krivde, ki spremlja materinjenje. Štularjeva razlaga, da se je današnja podoba vsemogočne matere razvila na osnovi znanstvenih odkritij o vlogi zunanjih vplivov na razvoj otroka in ob hkratni nespremenjeni delitvi dela med očetom in materjo pri vzreji in vzgoji otrok. To, da je mati tista, ki prevzame odgovornost za otrokov razvoj, gre z roko v roki s krivdo: ker naj bi bilo v zmožnosti matere popolno materinjenje (ki se prikazuje kot naravna danost ali priučena spretnost), je za vsako nepopolnost kriva mati sama. Odgovornost oziroma krivda pa ne obstaja le na individualni ravni (otrok se ne razvije v popolnega ali vsaj zglednega pripadnika družbe), ampak posredno zadeva tudi nacijo, njen družbeni red in v končni fazi cel svet (Štular, 1999: 70).

V pregledu razvoja materinstva v diskurzivno kategorijo v prozi in filmu ter socioloških in psiholoških delih o materinjenju in negi otrok v devetnajstem in dvajsetem stoletju je Kaplanova (1992) zaznala prevladovanje tem žrtvovanja in predanosti, pomanjkanje interesa za potrebe matere v primerjavi z zanimanjem za otrokove potrebe ter polarnost podob »dobrih« in »slabih« mater, ki naj bi jo dolgovali freudovski teoriji. Reprerzentacije, ki so se hranile s podzavestnimi strahovi pred materjo (npr. reprerzentacije vsemogočnih, pošastnih, faličnih mater), so po njenem postale posebej izrazite, ko se je nuklearna družina utrdila kot institucija. Po njenih ugotovitvah je od tridesetih let dvajsetega stoletja moč zaslediti vse bolj izraženo tendenco obtoževanja matere za otrokove probleme, v kasnejših desetletjih pa je tudi mati sama postala problem: odkloni od »normalnega« pri odraslem otroku so njena krivda.

V reprerzentacijah materinstva v filmu, literaturi, na televiziji, v tisku in oglaševanju iz časa od šestdesetih do devetdesetih let dvajsetega stoletja, tj. iz obdobja, ki ga po Kaplanovi zaznamuje postmodernizem v povezavi z multinacionalnim korporativnim kapitalizmom in prehodom iz strojne v elektronsko dobo, je avtorica zasledila nekaj novih retoričnih položajev materinstva in jih povezala s spremembami v konceptih materinskih, družinskih in spolnih vlog, ki se pojavljajo v tandemu s tehnološkimi, ekonomskimi in industrijskimi spremembami. Pri tem je v medijskih reprerzentacijah materinstva zaznala nekakšno zmedo in nekonsistentnost, ki jo je pripisala obdobju prehoda od do tedaj uveljavljenih konceptov k povsem novim. Poglavitno spremembo v diskurzih pa je zaznala v tem, da rojstvo in nega otrok nista več povsem avtomatičen, naraven del ženskega življenjskega cikla.

V vseh teh reprezentacijah Kaplanova vidi indikatorje generaliziranih fantazij z ideološkimi implikacijami in v službi specifičnih kulturnih interesov. Njena analiza je deloma potrdila domnevo, da sodobne ženske izbire izključujejo predanost domu, čeprav je v njih moč razbrati tudi sentimentalni obrat k družini in starševstvu; stara dihotomija matere kot angela oziroma čarovnice se pojavlja samo še občasno; nekatere reprezentacije materinstvo prikazujejo v pozitivni luči; kombinacija spolnosti, dela in materinstva pa je po ugotovitvah Kaplanove v analiziranem obdobju še vedno preveč ogrožajoča, da bi bila legitimna. V množici reprezentacij je avtorica zasledila naslednje diskurze: diskurzi o odsotni materi in skrbnem očetu, diskurzi o zaposleni materi, diskurzi o varstvu otrok, ko za njih čez dan skrbijo druge ženske ali institucije, diskurzi o materah, ki zlorablajo ali zanemarjajo otroke, diskurzi o lezbičnih materah, diskurzi o ženskah, ki zavračajo materinstvo (oz. o sebičnih nematerah), diskurzi o materah, ki se z materinstvom samouresničujejo, in reproduktivni diskurzi, v katerih je v ospredju govor o biološki naravi razmerja mati-otrok, pa tudi govor o fetusu kot subjektu (prim. Kaplan, 1992: 180-219).

O subjektivizaciji fetusa in njegovi simbolni emancipaciji v nasprotju s poprejšnjim pojmovanjem fetusa kot objekta, vezanega na materino telo, piše tudi Švabova, ki podobno kot Kaplanova opozarja na pojav, da tisto, kar je bilo prej nevidno (fetus), v medijskih reprezentacijah v področje nevidnega izrinja materino telo, brez katerega dejansko ne more obstajati. Avtorica v tem vidi izraz novega podrejanja žensk v vlogo nevidnega telesa, ki fetus/otroka (značilnost fetalnih reprezentacij je, da fetus predstavljajo kot belega otroka, domnevno moškega subjekta) rodi in rodi ter zanj skrbi in ga vzredi. Nova vidnost, dosežena skozi tehnološki napredek reproduktivne medicine, prek diskurzivnega procesa služi konstruiranju novih objektov, njihovi preobrazbi v subjekte ter spreminjanju in utrjevanju razmerij med materjo in njenim bodočim otrokom. Švabova te procese poveže s sodobnim razumevanjem otroštva, ki postaja vedno bolj zaščitniško in usmerjeno v optimalno razvijanje otrokovih sposobnosti. To, da fetus postane subjekt že v prenatalnem obdobju, po njenem ne pomeni njegove neodvisnosti, ampak prav nasprotno, zahteva njegovo zaščito (Švab, 2001: 106-110). K temu je treba dodati, da to nikakor ne velja za vse fetuse, ampak samo za tiste, ki obetajo, da se bo iz njih razvil kolikor toliko »normalen«

otrok. Z novo pridobljeno vidnostjo je namreč tudi fetus postal predmet normiranja in discipliniranja⁶.

1.2. Materinstvo kot institucija družbene reprodukcije

Materinstvo ostaja tudi v času pluralizma družinskih oblik temeljna institucija družbene reprodukcije in kot tako predmet delovanja različnih družbeno-kulturnih mehanizmov, pravil in zapovedi, ki na ženske – potencialne matere, učinkujejo od rojstva do smrti. V pričujočem razdelku bom delovanje teh mehanizmov ilustrirala tudi z nekaj primeri iz slovenske politične sfere.

Kot ugotavlja Švabova, ki je preučevala strukturne spremembe družinskega življenja od modernosti do postmodernosti, je materinstvo tudi v sodobnosti tista družinska vloga in praksa, ki konstituira družino⁷ (gl. Švab, 2001: 81, 84 in 179). To pojasnjuje zanimanje, ki ga zanj gojijo tako različne družbene dejavnosti, kot so medicina, pravo, socialna politika in religije. Iz njihovih pristopov k regulaciji materinstva izhajajo številne opredelitve in klasifikacije materinstva, ki razkrivajo tako spremembe v pojmovanju materinstva, kot tudi na spremembe odporne elemente materinstva.

Pomembno vlogo pri nadzoru materinstva ima medicina, ki je nosečnost in zgodnje obdobje materinjenja povsem podvrgla svojemu nadzoru. Z napredkom reproduktivnih tehnologij, ki uvajajo nove kategorije mater (npr. biološke, genetske, nadomestne matere) se krepi vloga medicine pri samem spočetju otrok, a obenem tudi vzdržuje pomen biološke podstatu materinstva. Po drugi strani na področju delovnega prava nastajajo predpisi, ki se nanašajo na zaposlene matere, nosečnice, porodnice in doječe matere, kar kaže na to, da matere niso več vezane izključno na dom. Pluralizem legalnih oblik materinstva (vprašanje na mestu je sicer, koliko so tudi legitimne) se kaže tudi v družinskem pravu in socialnem

⁶ O tem več v tretjem poglavju in v sklepu magistrskega dela.

⁷ V sociologiji je družina ena temeljnih družbenih institucij, ki nastopa tudi kot ekonomska enota (sicer bolj značilna za predmoderne družbe ali za razmere, v katerih zaposlenost ne jamči dostojnega življenja), enota potrošnje in individualne osebne reprodukcije posameznikov. Največji pomen imajo medsebojni odnosi in socializacija. Njeno temeljno gibalno je simbolna menjava. Z lego v zasebni sferi družbe skrbi za obnavljanje delovnih sposobnosti za delo v javni sferi in je tvorec individualizma, ki je konstitutiven za meščansko civilno zavest (prim. Ule et al., 1990, in Švab, 2000).

varstvu. S te perspektive so matere bodisi poročene ali živijo v zunajzakonski skupnosti⁸ z očetom svojih otrok ali drugim partnerjem, pa tudi ločene, ovdovele ali samske, samohranilke, posvojiteljice itd.

Iz zgornjih opredelitev, ki so oblikovane bodisi v razmerju do biološke (ne)povezanosti med materjo in otrokom, bodisi v zvezi z materino določenostjo glede na zakonsko zvezo oziroma njeno relacijo z otrokovim (biološkim) očetom (kar materinstvo še vedno ekskluzivistično pogojuje s heteroseksualno zvezo), bodisi na podlagi materine (ne)zaposlenosti, je mogoče izluščiti konstitutivne dimenzije materinstva kot institucije družbene reprodukcije v našem času in prostoru – to so biološkost, zakonska zveza in položaj v svetu dela. O bioloških vidikih institucije materinstva sem že pisala in se bom k njim še vračala. Na tem mestu se bom posvetila drugima dvema dimenzijama (zakonski oz. zunajzakonski zvezi in delu), ki sta, kot bom pokazala v nadaljevanju, nekoliko povezani.

Za izhodišče bom uporabila citat Simone de Beauvoir, ki je v svojem delu *Drugi spol* zapisala: »Zakonska zveza je usoda, kakršno družba tradicionalno ponuja ženski. Ženske so tudi danes večinoma poročene, so bile poročene, se pripravljajo na to, da bodo, ali pa trpijo, ker niso. Samska ženska je določena glede na zakonsko zvezo – glede na to institucijo se bodisi počuti prikrajšano, bodisi je usmerjena proti njej ali pa do nje brezbrizna. Zaradi ekonomskega razvoja položaja ženske institucija zakonske zveze doživlja korenite spremembe: postaja zveza, v katero svobodno privolita avtonomni individualnosti; zavezanost obeh zakoncev je osebna in recipročna; prešustvo na obeh straneh pomeni izdajo pogodbe; oba lahko ob enakih pogojih dosežeta ločitev. Ženska ni več vklenjena v razmnoževalno funkcijo; ta je v veliki meri izgubila značaj zaslužjenosti naravi; kaže se kot prostovoljno sprejeta obveznost; in izenačena je s produktivnim delom, saj sta država ali delodajalec večinoma dolžna materi dajati plačo za obdobje porodniškega počitka« (de Beauvoir, 2000: 200).

Nekatere trditve iz gornjega citata, ki jih je de Beauvoirova zapisala pred več kot pol stoletja, se zdijo danes nekoliko preveč optimistične in pavšalne. Na deklarativni ravni sicer

⁸Po Zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Ur.l. RS, št. 69/2004) je zunajzakonska skupnost dalj časa trajajoča življenjska skupnost moškega in ženske, ki nista sklenila zakonske zveze, in ima zanj enake pravne posledice po tem zakonu, kot če bi sklenila zakonsko zvezo, če ne bi bilo razlogov, zaradi katerih bi bila zakonska zveza med njima neveljavna.

držijo, dejansko pa je dotedanjo vključenost razmnoževalni funkciji, temelječo na ideologiji obveznega materinstva, v današnjem času nadomestila zavezanost nekim novim ideologijam. Navidezna svoboda žensk za časovno prilagodljivost možnosti odločanja za materinstvo ni po Švabovi (2001) nič drugega kot zgolj podvrženost ideologiji odloženega materinstva. Po njenem je reproduktivno vedenje, ki se ravna po identitetnih, intimnostnih in zaposlitvenih/kariernih strategijah posameznic, že postalo družbena norma, ki ima ideološke konotacije, in je zatorej prav tako vsiljeno. Iluzija individualne izbire (pozitivno vrednotenje osebnostnega razvoja, možnosti izpolnjevanja individualnih želja in ciljev) se zdi Švabovi le sredstvo za funkcionalno razrešitev napetosti med materinstvom oziroma željo po njem in zahtevami zaposlitvenega sveta v postmodernih razmerah. To, da je ta napetost spolno specifična, po njenem ni naključje. Ideologija možnosti izbire je, kot piše Švabova, ravno tako ekskluzivistična kot ideologija obveznega materinstva: prelaganje odločitve za materinstvo je le navidezno subjektivno in svobodno dejanje, saj ga še kako (so)odločajo zunanji dejavniki, predvsem trg delovne sile oziroma zaposlitev (Švab, 2001: 103-106).

Pravica oziroma možnost žensk, da se zaposlujejo izven doma, se je namreč spremenila v obveznost. Za našo družbo to še posebej velja. Brez zaposlitve ženske ne morejo zagotoviti dostojnega preživetja ne sebi ne svoji morebitni družini z otroki. Možnost, da bi ženska potem, ko bi si ustvarila družino, za njen blagor ostala doma, se zdi skoraj ekscentrična, le redke posameznice se odločijo zanjo. Preskrbovalna vloga žensk je postala tako pomembna, da se zdi povsem samoumevno, da za otroke čez dan poskrbijo vzgojne ustanove, delo v gospodinjstvu, negovalne in vzgojne dejavnosti ter spremljanje dela šolajočih se otrok pa pridejo na vrsto po službi.

Nekateri avtorji in avtorice v materinstvu še vedno vidijo institucijo androcentrične družbene kontrole nad ženskami. Giddens ugotavlja, da je ves družbeni in ekonomski red še naprej utirjen v patriarhat in meni, da ne bi smeli podcenjevati moči ekonomskih in družbenih omejitev, zaradi katerih ženske ne morejo doseči enakosti v zasebnih ali javnih sferah, kar je povezano zlasti s tem, da ženske ostajajo glavne nosilke starševstva (Giddens, 2000: 160). Joganova razlaga, da je kljub nekaterim vidnim spremembam (zlasti pri pravni ureditvi) v sodobnosti na Slovenskem še vedno močno navzoča moškosrediščna kultura, ki prek večine mehanizmov družbenega povezovanja in nadzorovanja dejavnosti in obnašanj

posameznikov omogoča reproduciranje androarhalizma oziroma patriarhalizma. Po njenem je androcentrizem sicer potisnjen v manj vidna območja, a vendar splošno navzoč. Zanj je značilno strogo hierarhično ločevanje dela na javno in zasebno območje ter po spolu tako, da so družbeno nujne in neprekinjene dejavnosti pri zagotavljanju obstoja posameznika in vrste določene kot ženska dela, ki so kot zasebna nižje vrednotena v primerjavi z javnimi. S tem sta po Joganovi povezani definiranje in omejevanje ženske z njeno biološko možno materinsko funkcijo primarno na vlogo matere in gospodinje ter na tisto, ki je odgovorna za nujne negovalne, skrbniške, gospodinjske in vzgojne dejavnosti (Jogan, 2001: 199).

Avtorica podkrepi svojo tezo s primeri raziskav, ki kažejo, da je kljub udeležbi žensk na različnih področjih javnega delovanja (zlasti v gospodarstvu in izobraževanju) in kljub povečevanju njihove gmotne neodvisnosti delitev odgovornosti in vsakdanjih praktičnih obveznosti med spoloma znotraj družine pretežno asimetrična – z bistveno večjo obremenitvijo žensk kot moških (Jogan, ib.). Podobne ugotovitve navajajo Ule et al., 1990, in Švab, 2001. V tem smislu tudi Schwartz in Rutter pišeta, da imajo družbene norme spolnih razlik v zakonu izjemno moč. Poročen par lahko po njunem sicer začne razmerje kot zvezo enakovrednih partnerjev, a poroka vzpostavi ženske dolžnosti do gospodinjstva in otrok ter moževe dolžnosti služenja denarja za družino. Četudi oba partnerja služita denar, se po ugotovitvah avtorjev zakon prejkone polarizira po spolu. Moški običajno zaslužijo več kot ženske, a tudi v tistih družinah, kjer ni tako, večino gospodinjskega dela opravijo ženske. Družba in njene institucije, od bolnišnic do šol, privzemajo, da je mati primarni starš. Po drugi strani pa se utrjuje moška preskrbovalna vloga (Schwartz, Rutter, 2000: 124).

Možnost, da ženske tudi kot matere uspešno sodelujejo v poklicnem življenju, se ni vzpostavila s prenosom ustreznega dela materinskih in gospodinjskih bremen na moškega, temveč z dodatno obremenitvijo žensk ali s prenosom tega na druge, socialno ali etnično deprivilegirane – ženske. Šadlova (2004) piše, da kategorija tako imenovanih »super žensk« (have-it-all women) za neplačano družinsko delo porabi vse manj časa in se v tem pogledu počasi izenačuje z moškimi, vendar le zato, ker poklicno uspešne ženske svoje neplačano delo v družini nadomeščajo z neposrednim nakupom delovne sile. »Rešitev« za spolno asimetrično delitev družinskega dela po Šadlovi ne pomeni izenačevanja glede na spol, temveč premeščanje skrbi za družino z žensk na druge ženske navzdol po družbeno-razredni lestvici. Plačane gospodinjske pomočnice, varuške in negovalke za plačilo opravljajo

naloge, za katere družba pričakuje, da jih ženska, žena, mati opravlja zastonj, iz ljubezni. Ženske, ki jih najemajo (Šadlova opozarja, da za angažiranje gospodinjskih pomočnic v družinah večinoma poskrbijo prav ženske in jih pogosto tudi plačujejo s svojim denarjem), se lahko olajšane bremen fizičnega gospodinjskega dela in skrbi bolj posvetijo kultiviranju in uživanju emocionalnih aspektov materinstva, za katere so pogosto prikrajšane dvojno zaposlene matere, vključno z njihovimi delavkami (Šadl, 2004: 984-986).

Šadlova pojasnjuje, da je družbena reprodukcija stratificirana dejavnost, ki vključuje in reproducira spolne, razredne, rasne oziroma etnične in generacijske neenakosti. »Kategorije spola, rase/etnične in razreda ter kultura tvorijo prepletene sisteme zatiranja in privilegiranosti, ki producirajo različne in kompleksne izkušnje žensk v odnosu do moči in dominacije. V tej povezavi plačano družinsko delo kot »osvobajanje« določene skupine žensk od neposrednega opravljanja družinskih obveznosti razkriva problematičnost konstituiranja deprivilegiranih kot subjektov. Da se ženske, znotraj sistema spolne stratifikacije zadolžene za družinsko delo, znebijo neplačanega, nepriznanega in nevidnega družinskega dela, nujno potrebujejo nekoga, ki bo prevzel mesto deprivilegiranega inferiornega Drugega – tj. ženske iz nižjih socialnih plasti in rasnih kategorij« (Šadl, 2004: 988).

Prikazovanje materinskih in gospodinjskih funkcij žensk kot naravnih je v službi morale moškosrediščne družbene ureditve. Navezni okviri (npr. »naravne pravice«, »božji načrt«), ki se uporabljajo v povezavi z moralnimi vprašanji, in torej tudi znotraj moralnega diskurza, ki ženske konstruira kot matere in gospodinje, so po Joganovi vedno človeški konstrukti. Glede na neenakost socialnih položajev je po njenem vselej pomembno, čigave definicije pravilnosti medsebojnih odnosov so tiste, ki jih morajo vsi spoštovati in ki so varovane na različne načine. »Brez občega (bolj ali manj prisilnega) sprejema namreč ni usklajenega delovanja in ne more biti niti »moralne« skupnosti niti »moralnega« posameznika. Kolikor bolj so neka delovanja nujna za ohranjanje skupnosti in kolikor bolj so povezana z odrekanji množičnih nosilcev, toliko bolj morajo biti urejevalna pravila za področja delovanja privlačna in obložena z dodatno močjo (izvirajočo npr. iz »zdravja naroda«, »božjega načrta« ipd.). Ker je razplojevanje *conditio sine qua non* človeške skupnosti, je (bilo) vedno področje (strogega) urejanja« (Jogan, 2001: 144).

To se je pri nas denimo pokazalo v razpravah, ki so leta 2001 potekale v zvezi z novelo zakona o zdravljenju neplodnosti in oploditvi z biomedicinsko pomočjo. Kljub političnim razlikam med predlagatelji in nasprotniki novele zakona, s katero naj bi med drugim tudi ženskam brez moških partnerjev omogočili oploditev s pomočjo biomedicinskih metod, so se v razpravah, ki so presegle problematiko samega zakona, oboji izkazali zgolj za dva pola istega dominantnega diskurza, torej tistega, ki v materinstvu vidi glavni smisel ženskega življenja – s pomembno razliko, da bi tisti, ki so zakon predlagali, materinstvo omogočili tudi »samski« ženski (kot temelj njenega »zdravja«, ker da je otrok razlog ženskega obstoja in ženska brez otroka trpi⁹), nasprotniki pa niso dopustili rojevanja in vzgajanja otrok v družinah brez očeta (ker da so samske ženske slabe matere, nesposobne »pravilno« vzgajati otroke). Pri predlagani ureditvi možnosti postati roditelj s pomočjo biomedicinskih metod ni bilo predvidene možnosti, da bi na kak način tudi samski moški prišli do svojih otrok, npr. s pomočjo nadomestnih mater. To je lahko dokaz več za ekskluzivistično povezovanje ženskosti z materinstvom in za potrebo, da je materinstvo regulirano v vseh svojih pojavnostih.

Po drugi strani se je konec leta 2004 zaskrbljeno razpravljalo o nizki rodnosti v Sloveniji in ob tej priložnosti omenjalo, kako »katastrofalno« da je »razmerje med splavi in porodi med slovenskimi mladostnicami« in le nekoliko »bolj sprejemljivo« med odraslimi ženskami v rodni dobi¹⁰, kar skoraj ni mogoče razumeti drugače, kot da se je pokazalo na splav kot enega od vzrokov za nizko rodnost v Sloveniji in na ženske kot tiste, ki so krive za to. Takšen miselni vzorec se je pojavil tudi v novembra 2006 objavljeni Strategiji za dvig rodnosti v Republiki Sloveniji, ki je med drugim predlagala, da bi država krila stroške splava samo v primeru, če bi bil ta nujen za zdravje nosečnice. V nasprotnem primeru pa bi se prekinitve nosečnosti izvajale na stroške nosečnic. Strategija, ki jo je predlagal tedanji

⁹ Spomnimo se lika invalidne Marte (ki si zaradi svojih telesnih značilnosti – pri petih letih ji je kosilnica odrezala del noge – ni mogla ustvariti partnerske zveze in v njej roditi otroka, zato je žalostno pogledovala v tuje otroške vozičke), ki ga je tedanji minister za zdravje Dušan Keber ustvaril v zagovor takrat sporne novele zakona in objavil v obsežnem članku v Sobotni prilogi Dela, 7.4.2001: *Ko je plodnost brezplodna*.

Ob tem je vreden razmisleka tudi komentar Elene Pečarič, ki je na istem primeru opozorila na njegovo stereotipno podmeno, da so hendikepirane ženske manj privlačne za moški pogled, in ker imajo zato veliko manj možnosti zanositi na običajen način, se jih velja usmiliti in jim dopustiti izjemo, saj same na to nimajo vpliva in niso krive, kar pa da nikakor ne sme veljati za druge ženske, npr. lezbijke, saj da bi si te lahko povsem normalno poiskale moškega, ki bi jih oplodil, a to namenoma odklanjao (Pečarič, 2001: 102-103).

¹⁰ Povzeto po izjavi tedanje predstojnice Ginekološke klinike v Ljubljani, dr. Helene Meden Vrtovec, v televizijskem prispevku o nizki rodnosti v Sloveniji, ki ga je za TV Dnevnik 2. 12. 2004 pripravila novinarka Jelena Ašič: »Odnos med splavom in porodom je pri nas pri mladostnicah ena proti ena, kar je katastrofalno, medtem ko je za odrasle ženske v rodnem obdobju dva proti ena, kar je še sprejemljivo, vendar pa so ta razmerja bistveno slabša, kakor velja za Evropo.« Čeprav je bila izjava očitno vzeta iz nekega daljšega izvajanja dr. Meden Vrtovčeve, ki mi ni poznano, je bil namen, s katerim je bila uporabljena v prispevku, pokazati na splav kot enega od razlogov za nizko rodnost v Sloveniji.

minister Janez Drobnič in je v javnosti izzvala številne kritike¹¹ in močan odpor najrazličnejših interesnih skupin, je bila iz javne obravnave umaknjena že čez nekaj tednov. Minister, ki jo je predlagal, pa je bil na predlog predsednika vlade Janeza Janše razrešen.

Ti primeri kažejo na to, da se kljub nekaterim nespornim izboljšavam položaja žensk, predvsem glede možnosti šolanja, zaposlovanja in udeležbe v javnem in političnem življenju, dominantni družbeni diskurzi o ženskah pri nas v zadnjem stoletju niso povsem spremenili. Še vedno namreč izražajo tiste poteze, ki so že pred več kot sto leti, na prelomu devetnajstega v dvajseto stoletje, prve slovenske ženske, ki so javno polemizirale o položaju žensk, spodbudile h kritičnim odzivom. O tem obširno piše Vesna Leskošek (2002), ki navaja primere iz tedanjega slovenskega tiska, iz katerih je razvidno, da so takratni nasprotniki »samostojnega materinstva« (to je zavestne odločitve ženske za samostojno starševstvo) in nasprotniki splava uporabljali iste argumente kot tisti, ki jim danes nista po volji umetna oploditev samskih žensk ali liberalna uporaba pravice do splava.

Zanimivo je, da so proti prostovoljnemu nezakonskemu materinstvu uporabljali ravno nasprotnne razloge kot proti neprostovoljnemu nezakonskemu materinstvu. Medtem ko je bilo slednje izključni problem matere, saj moških k skrbi za otroke, ki so jih zaplodili izven zakona, ni nič zavezovalo, in taki otroci tudi niso imeli pravice dedovati njihovega premoženja, se je pri prostovoljnem nezakonskem materinstvu razglašalo skrb za korist otrok, ki da ne bodo poznali očeta. Leskoškova poudarja, da pri tem ni šlo za skrb, da otrok ne bi poznal očeta kot osebnosti, temveč očeta kot prenašalca znanj o moškosti.

Po njenem se je z zahtevo po samostojnem materinstvu kot pravici zgodil zanimiv obrat. »Položaj nezakonskih mater je bil namreč eno izmed prioriteten delovnih področij cerkve, ki je skrbela za javno moralo. V tem smislu so bile nezakonske matere zaželeni in potrebni, saj se je po njih udeleževala cela ekonomija uravnavanja spolnega in moralnega življenja po meri katoliške vere, ki je imela dobre učinke tudi za oblastnike in kapital. Očeta ni nihče omenjal, oče ni bil potreben za zdravo rast otroka. To je najbrž posledica popolnega nadzora in podreditve nezakonske matere, ki je bila deležna javnega kaznovanja in ustrahovanja in je

¹¹ *Ena od kritik je prišla tudi iz strokovnega sveta Kliničnega centra Ljubljana, v katerem so poudarili, da splav ni vzrok zmanjšane rodnosti in da zmanjšanje števila splavov ne more biti strategija za dvig rodnosti. Po njihovih podatkih se je število splavov v desetih letih skoraj prepolovilo, rodnost pa je ostala enaka. (Vir: Dap/STA, <http://www.delo.si/article.print.php?ID=172795>, zajem 8.12.2006)*

bila potisnjena v skrajno revščino, s katero se je bojevala vse svoje življenje. Ne ona in ne otrok nista nikogar ogrožala, saj je bil tudi otrok z raznimi simboli – na primer z imenom, ki je kazalo na zunajzakonsko rojstvo – zaznamovan za celo življenje« (Leskošek, 2002: 81-82).

Avtorica ugotavlja, da je bilo ob družbenih spremembah, v skladu s katerimi so bili nezakonski otroci pravno izenačeni z otroki, rojenimi v zakonu, in ob pojavu izobraženih žensk, ki so se odločale za samostojno materinstvo, treba ustvariti nov argument proti samskim materam. Družba takih žensk ni več imenovala nezakonske matere, temveč samosvoje žene, ki si same izberejo svoj položaj. Ker so bile take ženske zmožne skrbeti same zase in cerkev ni imela več takšne moči za intervencijo kot nekoč, so v času razvoja človekovih pravic argument našli v pravici otroka do očeta. »Zagovarjanje te pravice je sčasoma omogočilo vedno večji nadzor nad reprodukcijo žensk in je še danes v polni veljavi v medicini« (Leskošek, 2002: 82).

To se je jasno pokazalo v že omenjenem javnem polemiziranju o zakonu o oploditvi z biomedicinsko pomočjo, ki se je sprevrglo v glasovanje za ali proti upravičenosti medicinskega oplojevanja samskih žensk.

Po mnenju Repinčeve medicina pomaga le tistim, ki naj bi bili primerni za starševsko poslanstvo, drugim pa ne. »Če se želi ohraniti obstoječi družbeni red, je tako treba zavrniti homoseksualne pare, samske ljudi, starejše pare in pare, ki psihofizično ne ustrezajo merilom. V samem interesu družbe je morda tudi, da ima čim manj revnih prebivalcev, zato ne namenja velikih vsot denarja za pomoč ljudem pri zdravljenju neplodnosti« (Repinc, 2001: 58). Po drugi strani pa sta za posvojitev in rejništvo manj zelenih otrok, starejših ali takšnih, ki odstopajo od povprečja zaradi svojega videza, osebnostnih, fizičnih ali vedenjskih motenj, primerne tudi samske ženske, saj s tem državo razbremenijo skrbi zanje.

V povezavi z zdravljenjem neplodnosti je mogoče opazovati tudi družben pritisk, ki zahteva, da imamo otroke »svoje krvi«. Kot biološke producentke otrok/ljudi so namreč ženske, tako piše Youval-Davisova, tudi rojevalke kolektiva znotraj meja nacije. Poleg tega pa lahko poznavanje posameznikovega pravega izvora (t.j. biološkega porekla, op. a.)

globoko vpliva na njegovo identiteto in identifikacijo z določenimi etničnimi in nacionalnimi skupnostmi (Youval-Davis, 1999).

Ker je v evropski kulturi uveljavljena predpostavka o biološki podstati nuklearne družine, ki jo sestavljajo moški, ženska in njuni neposredni skupni biološki potomci, se pri prizadevanju za otrokom neplodni najprej zatečejo k medicini, ki njihovo težavo rešuje z dolgotrajnimi, stehiniziranimi, pogosto poniževalnimi, bolečimi in zdravju škodljivimi postopki, za katere so značilni rutinske operacije in hormonske terapije. Lorberjeva poudarja, da ima prokreativna patologija svoj pomen samo v okviru družbenih pričakovanj, da imajo heteroseksualni odrasli, če je le mogoče, »svoje lastne«, biološke otroke. Nezmožnost zanositve ne prizadene fizično, ampak socialno in psihološko, zdravljenje pa utegne biti, zlasti za ženske, kljub temu drago tako v fizičnem, kot tudi v čustvenem in nenazadnje finančnem smislu (Lorber, 1997: 22).

Kljub temu da je učinkovitost takšnega »zdravljenja« majhna¹², da prihaja do prirejanj statistike uspešnosti v korist medicine in celo do zlorab, kakršne so kraje jajčnih celic, je zdravljenje neplodnosti visoko profitabilna, skomercializirana in ugledna dejavnost. Večini žensk iz tako imenovanega tretjega sveta, ki jim neplodnost lahko odločilno vpliva na potek življenja, je tako zdravljenje nedostopno. V deželah, kjer je materinstvo bistven, malodane edini možni način življenja ženske v rodni dobi, so take ženske zavržene ali vrnjene izvorni družini, v najhujših primerih jim je odvzeta pravica do socialne eksistence in posledično tudi do preživetja. Irigarayjeva pa opozarja še na en etični vidik oploditvenih tehnologij (ki jih imenuje tehnološke variacije patriarhata), in sicer da usmerjajo pozornost na ustvarjanje enega otroka več v svetu otrok, katerih prihodnost je vedno bolj krhka in negotova. »Nekatere ženske, ki prej niso mogle, lahko sedaj rodijo. V redu. Toda koliko otrok dandanes umira od lakote, ki je tudi duševna? Zakaj torej ves ta patos okoli možnega materinstva,« se sprašuje Irigarayjeva in na svoje vprašanje ponudi odgovor: »Zato, ker tudi ženske nimajo drugega obzorja kot materinstvo« (Irigaray, 1995: 133).

Kaplanova vidi v izjemni pozornosti do reproduktivnih tehnologij (ki se odraža v poplavi medijskih izdelkov s to tematiko) obnovljeno privilegiranje biološke, nuklearne družine, kar

¹² Po podatkih, ki jih navaja Lorberjeva (1997: 21), naj bi uspešnost postopkov IVF za odpravljanje ženske neplodnosti znašala 15-25 odstotkov, pri moški neplodnosti pa 0 do 10 odstotkov.

v primeru Severne Amerike razlaga z domnevo, da njena kultura, ogrožena od zapuščin ženskih, gejevskih in drugih osvobodilnih gibanj sedemdesetih let dvajsetega stoletja, potrebuje podobe parov, srečno združenih okrog biološkega otroka. Diskurz nosečnosti za vsako ceno ustvarja v neplodnih ženskah intenzivne občutke izločenosti iz družbe in jih vodi k temu, da dajejo nosečnosti prednost pred vsem drugim. To po mnenju Kaplanove sovпада z zanimanjem moških znanstvenikov za razvoj in eksperimentiranje z reproductivnimi tehnologijami, ki predstavljajo meje medicine in po njenem mnenju niso prav daleč od fantazij o umetni maternici. Po Kaplanovi gre pri tem za moško (patriarhalno) vmešavanje v ženske reproductivne procese in možnosti izbire (Kaplan, 1992: 210-212).

V postopkih odpravljanja neplodnosti (podobno kot pri vprašanju splava, ki predstavlja nasprotno polje) so medicinskim posegom najbolj izpostavljene ženske, ki so obenem tudi predmet najbolj pozornega spremljanja. Repinčeva piše, da so pod drobnogledom tako ženske, ki se podredijo mehanizmu, ki jim bo pomagal zanositi, kot tiste, ki ponujajo pomoč. Poleg tega ugotavlja, da se nadomestnih mater¹³ drži negativen predznak, saj v naši družbi »prava« ženska svojega otroka ne zapusti. »Enako velja za ženske, ki oddajo otroka v posvojitev, kljub temu da s tem rešijo problem neplodnega para. Tako kot je v družbi prisoten lik ženske-matere, je močna tudi vloga krvi. Pari se odločajo za posvojitev pozno, šele po tem, ko so vse poti, po katerih bi prišli do svojega otroka, že zaprte. Ljudje, ki pa se zavestno odločijo, da bodo svoje življenje obrnili v drugo smer in ne v boj za otroka za vsako ceno, so redki, in še te okolje, vpeto v obstoječi red, gleda z začudenjem in nerazumevanjem« (Repinc, 2001: 57).

To naj bi bil tudi eden od razlogov, zakaj se tako veliko parov, ki imajo težave s plodnostjo, odloča za postopke izventelesne oploditve, čeprav imajo ti dokazano nizko uspešnost. Po mnenju Lorberjeve (1997: 22) je fertilizacija in vitro za veliko ljudi nekakšen obvezni ritual prehoda, ne le zato, da bi poskušali dobiti otroka, ampak tudi zato, da bi se zaščitili pred družbeno stigmatizacijo in da bi ženske pridobile status »žensk brez otrok ne po svoji želji«. Takšna neželena neplodnost je odrešena socialne obsodbe, saj neplodna nista odgovorna za svoje stanje. Zavrnitev zdravljenja pa se prevede v mnenje okolice, da par pravzaprav želi biti brez otrok in potemtakem njuna neplodnost ni prava »bolezen«, zaradi katere bi si zaslužila sočutje in čustveno podporo.

¹³ Tehnike oplojevanja z biomedicinsko pomočjo, ki so dostopne pri nas, ne omogočajo nadomestnega materinstva (op.a.).

V nasprotju s tem se od samskih in lezbičnih žensk pričakuje, da se bodo v korist družbe odpovedale materinstvu. Podobno odklonila je družba tudi do hendikepiranih žensk, ki se odločijo za materinstvo. Pečaričeva piše, da je takšna odločitev vedno povezana z neodobravanjem, ustrahovanjem, svarili ali poskusi odvracanja in prepričevanja v smeri opustitve te misli, predvsem s strani zdravnikov, staršev in okolice. V takem vzdušju pomeni odločitev za materinstvo po njenem izziv celotni družbi in njeni predstavi o idealni družini. Razlika med žensko in hendikepirano žensko se vzpostavlja prek glavne lastnosti, ki naj bi utemeljevala žensko, to je prek zmožnosti reprodukcije; in sicer tako da se, kot pravi Pečaričeva: »hendikepirano žensko obsoja, ko se odloči za materinstvo, žensko, ki v družbi velja za normalno, pa se obsodi v primeru, ko si materinstva ne želi« (Pečarič, 2001: 100-101).

1.3. Materinstvo kot (ženska) identiteta

V prejšnjih poglavjih sem materinstvo predstavila kot predmet preučevanja in opozorila na njegove institucionalne vidike, v tem poglavju pa se bom osredotočila na materinstvo kot identiteto, in v povezavi s tem osvetlila tudi nekatere aktualne pristope k obravnavi ženske identitete oziroma spolnih identitet nasploh.

Uletova razlaga, da so vse človeške identitete na nek način socialne identitete, saj so vezane na pomen, ki ni neka esencialna lastnost, temveč »izid strinjanja ali nestrinjanja, vedno stvar konvencij, dogovorov, inovacij, vedno do neke mere deljen in do neke mere izpogajan«. Zato je po njenem identiteta refleksivna in socialno konstruirana skozi interakcije in institucije, in v enostavni definiciji pomeni način, na katerega se posamezniki ali kolektivitete razlikujejo v primerjavi z drugimi posamezniki ali kolektivitetami, kar pomeni, da identiteta vključuje tako načelo podobnosti kot načelo razlik (Ule, 2000a: 3).

Pojem identitete pojasnjuje v povezavi z modeli družbene realnosti. Vsak model je sestavljen iz dveh povezanih komponent: modela zunanje stvarnosti in modela samega sebe kot subjekta doživljanja in socialnega vedenja/delovanja, zaradi česar po njenem lahko govorimo o dveh vzporednih in medsebojno povezanih procesih družbene konstrukcije stvarnosti in rezultatih teh procesov: o družbeni konstrukciji objektivnega ali družbenega

sveta in o družbeni konstrukciji subjekta oz. identitete. Uletova pojasnjuje, da sta obe družbeni konstrukciji vedno le delna rezultata teh procesov in imata zato tako družbeni svet kot posameznik v tem svetu strukturo, ki je rezultat in usedlina preteklih procesov, a se sčasoma spreminja, gradi in razgrajuje (Ule, 2000b: 464).

Avtorica opisuje, da socialni psihologi zajemajo družbeno posredovane psihološke strukture posameznikov, ki jih ti razvijejo v bolj ali manj povezano celoto predstav in občutkov o sebi ter o svojih tipičnih socialnih naravnostih in strategijah, s pojmi, kot so sebstvo, identiteta, samopodoba, socialni jaz ipd. (Ule, 2000b: 465). Razvoj subjekta pojasnjuje s pomočjo Meadovega modela (razvojne sheme subjekta znotraj odnosne matrice), ki se je uveljavil kot paradigma za številne druge teorije identitete, in ob Haublovi dopolnitvi tega modela z analognimi strukturami osebne identitete. Celota odnosov pomembnega drugega, posplošenega drugega in univerzalnega drugega (posameznih ravni razvoja subjekta) po Meadu (v Ule, 2000b: 476) predstavlja socialno identiteto posameznika, v kateri se izraža njegova sposobnost za koherentno in stabilno samonanašanje v različnih socialnih kontekstih. Osebna identiteta z jedrom v posameznikovem »jazu« oz. odnosu »jaz-jaz« pa po Haublu (v Ule, 2000b: 476) nastaja prek egocentrizma, razvoja individualnosti in vzpostavljanja biografije in kontinuitete posameznika (Ule, 2000b: 475-476).

Kot piše Uletova, vse interakcionistične teorije od Meada dalje izhajajo iz teze o identiteti kot ravnotežju med socialno in osebno identiteto, med družbeno prisvojenim in individualno osebnim v posamezniku (Ule, 2000a: 175). Celota osebne in socialne identitete pa po Meadu tvori sebstvo (v Ule, 2000b: 477), ki je po Uletovi razumljeno kot neka od drugih oseb ločena, v sebi zajeta, neodvisna, konsistentna, enotna in zasebna celota psihofizičnih potez, značilnosti, nagnjenj in sposobnosti posameznika, kar sugerira ostro razlikovanje med »sebstvom« in »svetom«, zasebno naravo sebstva, zlasti zavesti, neodvisnost in avtonomnost sebstva. Za sodobne družbe, zlasti v okoljih, kjer prevladujeta zahodnoevropska ali severnoameriška kultura, je za določanje tega, kaj pripada posamezniku, kaj je on sam, in tistega, kar ne pripada njemu, temveč drugim ljudem ali skupnosti, konstitutivno področje zasebnosti, kakršnega poznamo od pojava novoveškega individualizma in izločanja javne sfere iz drugih družbenih sfer¹⁴ (Ule, 2000b, 466-467).

¹⁴ Kot opozarja Uletova, lahko v drugih družbah zasebnost pomeni ravno nasprotno, v antičnih družbah je denimo pomenila prej negacijo subjekta kot njegov pogoj (Ule, ib.).

Po Foucaultu (2000) se v diskurzih z artikulacijo različnih elementov v diskurzivno formacijo v določeni točki časa ustvarja, kaj je mogoče misliti. Tako so tudi položaji, ki jih lahko zasede posameznik kot subjekt, značilni za določeno zgodovinsko obdobje in diskurzivno formacijo. Primeri subjektivnih položajev, ki jih Foucault navede znotraj »štirih velikih strateških enot«, izhajajočih iz osemnajstega stoletja, ki so oblikovale specifične mehanizme vednosti in oblasti, osredotočene na spolnost (histerizacija ženskih teles, pedagogizacija otroške spolnosti, socializacija prokreativnega vedenja in psihiatrizacija perverznih užitkov), se proizvajajo prek najrazličnejših diskurzov in iz številnih institucionalnih točk: od staršev, družin, zdravnikov, psihologov... Histerizacija ženskega telesa je trojni proces, s katerim je bilo telo ženske analizirano – kvalificirano in diskvalificirano (kot poudarja Foucault) – kot telo, ki je v celoti nasičeno s seksualnostjo; z njim je bilo, zaradi svoje inherentne patološkosti, vključeno v polje medicinskih praks; in končno je bilo z njim spravljeno v organsko povezavo z družbenim telesom (kateremu mora zagotoviti urejeno plodnost), z družinskim prostorom (kateremu mora biti substancialen in funkcionalen element) in z življenjem otrok (ki ga ustvarja in za katerega mora odgovarjati na osnovi biološko-moralne odgovornosti, ki traja ves čas vzgoje). Po Foucaultu predstavlja mati s svojo sliko v negativu, ki je 'nervozna ženska', najbolj vidno obliko te histerizacije (Foucault, 2000: 108-110).

Tudi Donzelot je pokazal, da se ideja 'dobre matere' in tega, kar naj bi bilo pri materinstvu 'naravnega', proizvajata prek diskurza v določeni zgodovinski točki. Foucaultove argumente je uporabil za tezo, da določeno kategorijo osebe (subjekta), in s tem subjektivnosti, v nekem obdobju proizvede zgodovinska pozornost do določenih značilnosti. 'Histerična ženska' je mogoče biti samo v tisti točki zgodovine, ko so določujoče značilnosti tega položaja označene s psihiatričnim in medicinskim diskurzom (v Woodward, 1997: 255).

Pojem subjekt ima po Foucaultu dva pomena: »podložnik nekoga drugega – na osnovi nadzora in odvisnosti, ter priklenjenost na lastno identiteto – na osnovi vesti in védenja o sebi« (Foucault 1991: 106–107). Nanaša se torej na podreditev (subjektivizacijo) in na identiteto (subjektivnost), ki se ne izključujeta, ampak sta, kot piše Hrženjakova (2002: 22-23), dve plati medalje, zaradi česar je pojma discipliniranje in subjektivizacija v Foucaultovem pomenu mogoče uporabljati sinonimno. V nasprotju s

socialnodeterminističnimi pogledi, po katerih je subjekt popolnoma socializiran, po njegovem ne obstaja fiksno in definitivno strukturiranje bodisi socialne ali osebne identitete oziroma praks. Oblikovanje identitet in praks je v domeni historično specifičnih diskurzov. Foucault navaja tri načine (moduse objektivizacije!), kako ljudje postanejo subjekti: raziskovanja ali znanstvene klasifikacije, iz njih izhajajoče ločitvene prakse ter samopreobrazbe prek samoopazovanja in samodiscipliniranja. Da bi posameznik postal subjekt, mora biti po Foucaultu namreč najprej objekt, to je predmet védnosti, oblasti (ta posameznike v vsakdanjem življenju kategorizira, jih zaznamuje z njihovo individualnostjo, jih priklene na njihovo identiteto ter jim vsili zakone resnice, ki jih morajo prepoznati in ki jih drugi morajo prepoznati v njih) ali predmet samega sebe (prim. Dolar 1991: VII; Foucault, 1991: 106).

Phillipsova in Jørgensenova (2002) razlagata, da ima zaradi naddoločenosti subjekta (s subjektivnim položajem znotraj diskurza, op. a.) lahko vsak posameznik več identitet; tj. zasede več subjektivnih položajev v diskurzih. Na primer, »ženska« je »privilegiran označevalec« ali »vozlišče identitete«, ki skozi različne diskurze dobiva različne pomene. Diskurz namreč določa, kaj »ženska« je in od česa se razlikuje. »Ženska« je denimo skrbna, pasivna, čustvena mati in gospodinja ter se razlikuje od moškega oziroma ni »moški«, ki je aktiven, racionalen skrbnik družine itd. Tako se določajo pravila obnašanja za tiste, ki se želijo prepoznati kot »moški« ali kot »ženske« in želijo biti prepoznani kot taki (v Čuček, 2005: 25-26).

Približno polovica svetovnega prebivalstva se prepoznava ali je prepoznana za ženski, druga polovica pa za moški del populacije. V osebnih dokumentih in v nešteto evidencah je okvirček za črko M ali Ž skoraj neizogiben. Spolna (nad)določenost subjektov, iz katere izhajajo predpostavke o temeljnih spolnih značajih, ki omogočajo delitev družbenih vlog po spolih, je izjemno pomemben družbeni mehanizem, in kot tak tudi eden od najbolj nedotakljivih.

V družboslovju je že nekaj desetletij uveljavljena predstava o dveh spolnih kategorijah: »biološkem« in »družbenem« spolu (ang. '*sex*' in '*gender*')¹⁵. Včasih je veljalo, da je prvi

¹⁵ Kot navaja Harawayjeva, je izraza prva uporabila Gayle Rubin v spisu *The traffic in women: notes on the political economy of sex, ki ga je napisala 1975, ko je bila še študentka na Univerzi v Michiganu (Haraway, 1991: 207).*

referenca na biološke značilnosti: v glavnem na reproduktivne zmožnosti in zunanje genitalije, in s tem ne-kulturen, statičen, znanstveno merljiv in neproblematičen. Drugi pa naj bi imel specifični kontekstualni ustroj, saj naj bi bil družbeno konstruiran in kulturno definiran, ter zaradi tega dostopen razumevanju samo s poglobljenim študijem. Iz omenjene definicije »biološkega spola« izvira njegovo slovensko poimenovanje, ki postaja v luči razkrivanja kulturnih dimenzij tega, česar v angleščini poimenujejo 'sex', vse bolj neustrezno. Pod vplivom psihoanalize, feminizma in postmodernizma se namreč pojavlja vprašanje, ali ni tudi 'sex' kulturna konstrukcija, saj ideja dveh spolnih kategorij ne upošteva izkustvene in vedenjske realnosti 'seksa' ter tako izključuje iz svoje analize skupine, kot so denimo homoseksualci, transseksualci idr. Podoben problem je z družbenim spolom, saj ta ('gender') svojih kategorij ne ustvarja v soglasju s kakšno od bioloških danosti, ampak na podlagi družbene koncepcije, kaj naj bi te biološke danosti pomenile in kako naj bodo klasificirane.

Kot piše Butlerjeva, ima družba izkušnjo spolno določene psihične dispozicije ali kulturne identitete za dosežek. Enota t.i. biološkega in družbenega spola ('sex'/gender) se v binarnem sistemu vzdržuje prek opozicije: vsakdo je določenega spola toliko, kolikor ni drugega spola (Butler, 1999: 29-30). Nordhblad in Yates (1990) trdita, da že z biološkega zornega kota ne obstajata samo dva spola ('sexes'), temveč spekter razlik med dvema poloma, kar pomeni, da sta moško in žensko v polarizirani klasifikaciji določena arbitrarno in brez upoštevanja vse variabilnosti. Menita, da je tudi tako imenovani »biološki spol« izkustven in naučen ter da pri tem ne gre za dvojnost diskretnih in neprekrivajočih se kategorij, temveč da vsaka družba ustvari svoje lastne spolne ('sexual') kategorije, ki jih različno poveže z življenjskim ciklom posameznika. Avtorja predlagata, da bi morala biti binarna opozicija dveh spolov zamenjana s konceptom spektra (v Sorensen, 2000: 46). Njun pristop po mnenju Sorensove (ib.) meša biološke razlike z njihovo socialno prepoznavo in odgovori nanje. Meni, da sicer ideja spektra pokrije tudi kromosomsko variabilnost, a da je neuporabna, dokler družba ne razvije primernih kategorij.

Številne sodobne avtorice s področja ženskih študij poudarjajo pomen kulturnih, razrednih, rasnih, etničnih in drugih razlik med ženskami, ki naj bi tako močno vplivale na konstrukcijo njihove identitete in položaja v družbi, da naj bi ne bilo mogoče govoriti o ženskah kot enoviti, in tudi ne prav uporabni raziskovalni kategoriji. Judith Butler gre še

dlje in zavrne vsakršno idejo ženske identitete (in s tem tudi subjekta feminizma). Izpostavi družbene sisteme moči, ki ustvarjajo pravila glede na »naravne« (po njenem s ponavljanjem naturalizirane) spolne identitete moških in žensk, logiko heteroseksualnosti in predstavo o preddiskurzivnih, temeljnih spolnih identitetah, zaradi katerih so ženske podrejene, homoseksualci, travestiti in vsi tisti, ki se umeščajo izven predstavljljive spolne domene, pa marginalizirani (Butler, 1999: 13). Po njenem spol ni nekaj danega, ampak nekaj, kar se ustvarja z izražanjem, skratka performans, predstava. To, da je spol performativen, pomeni, da nima nobene ontološke substance, in tudi ne more biti njegova performativnost zvezana z nekim subjektom, ki pogojuje predstavo. »Nobene spolne identitete ni za izrazi spola; ta identiteta je performativno konstituirana z istimi izrazi, za katere se meni, da so njene posledice« (Butler, 1999: 33).

V času rekonceptualizacije spolnih identitet in samega materinstva kot identitete je odgovor na vprašanje, ki si ga zastavi Woodwardova na začetku svojega pisanja o materinstvu kot identiteti, in sicer, ali ni vsaj v materinstvu mogoče videti identiteto, ki je zakoreninjena v biologiji (Woodward, 1992: 240), izjemno izmuzljiv. Harawayjeva (1999: 218-219) prikazuje, da je trditev, da ženske rodijo otroke in da je materinstvo naravno, očetovstvo pa kulturno (matere rodijo otroke biološko, zato materinstvo prepoznamo na pogled, o očetovstvu pa le sklepamo) zgolj »regulatorna fikcija«, temeljna za zahodne koncepte družbenega spola, in nikakor ne univerzalna v vseh družbah.

Po Hansenovi veliko vplivnih teoretičark in teoretikov še vedno korenini svoje argumente v materinskem (nosečem, rojevajočem ali doječem) telesu ali pa vztraja, da rojstvo otroka ne more biti preprosto prezrto kot spolno specifična in verjetno tudi spol konstruirajoča izkušnja. Kot še navaja, bi drugi radi v materinstvu videli bolj metaforično dejanje, dostopno vsakemu in vsem, ki si izberejo materinsko delo, vendar to po njenem mnenju ni nič manj problematično, saj ne le, da pušča odprto vprašanje, ali moški lahko materinijo, ampak tudi nadaljuje s povezovanjem ženskih moči in sposobnosti z nego otrok in družinskimi vlogami, ne glede na to, kako družbeno privlačen se zdi položaj matere. Še najbolj zanesljiv je po njenem relacijski vidik koncepta matere, saj je po njenem mati v prvotnem pomenu besede nekdo, mogoče ženska mogoče ne, ki rodi otroka, ali ga ščiti in nadzoruje, ali ga/jo otrok čustveno ceni. Pri tem navaja Saro Ruddick, ki ugotavlja, da biti mati pomeni prevzeti odgovornost za nego otrok, tako da to postane bistven del

posameznikovega delovnega življenja; pa tudi to, da je koncept matere odvisen od koncepta otroka. Po Hansenovi sta tako mati kot otrok pojma, ki ju je težko konceptualizirati, tudi zato, ker sta relacijska pojma, ki ustvarjata delne, kvazizačasne identitete (Hansen, 1997: 3-4).

Poudarki Irigarayjeve, ki so jo zlasti v angleško govorečem svetu pogosto označevali za esencialistko¹⁶, so nekoliko drugačni. Po njenem so redukcije ženske identitete na funkcijo reprodukcije posameznika, vrste in družbe, kar pomeni tudi izničenje ženske subjektivnosti, posledice kulturnega razvoja, osredotočenega na izmenjave med moškimi, ki ga podpirajo sodobne monoteistične religije (Irigaray, 1995: 114). Irigarayjeva opozarja »na dve pomanjkljivosti, krivici in anomaliji« naših civilizacij, in sicer da so ženske, ki so dale življenje in rast drugemu v sebi, izključene iz reda isti-oni, ki so ga zastavili moški sami; ter drugič: otrok deklica, pa čeprav ravno tako spočet od moškega in ženske, ni pripuščena v družbo kot otrok očeta z enakimi pravicami, kot jih ima sin – ostane izven kulture, nadzirana kot naravno telo, cenjeno za namene rodnosti (ib.: 46). V »iskanju same sebe« se hči odklonilno vede do matere, povzema Irigarayjevo Kristanova (2005: 225), ki poudarja, da je to pogosto zlasti, če je mati predvsem mati, brez lastnih ambicij in integritete; ko hčere iščejo svoj položaj v svetu, se nezavedno upirajo materi, vendar se v bistvu upirajo zgodovinsko nastali redukciji ženskosti na materinstvo (patriarhalni naturalizaciji).

Po Irigarayjevi se posledice te prikrajšanosti kažejo tudi v zlobnosti, ki jo starejše ženske-matere izkazujejo v odnosih z mlajšimi ženskami-nematerami. To naj bi bila posledica pravice do eksistence, ki jo je družba podelila ženskam, ki so rodile, in občutka nepoplačanosti za njihovo preizkušnjo. Po njenem večina žensk stroške za svojo bolj ali manj travmatizirano posvetitev prenese v plačilo drugim – ženskam. »Ženske se ponavadi srečujejo le okrog pogovorov o svojih otrocih, hčerke in matere v naših kulturah ne najdejo druga druge, dokler ne preidejo te preizkušnje vstopa v klan materinstva.« Pri tem prehodu Irigarayjeva izpostavi pomen porodne bolečine, ki je po njenih besedah »razpoznana kot ena izmed največjih še sprejemljivih fizičnih bolečin.« Če postane trpljenje pri porodu edina norma za svojstvo ženskosti, potem to upraviči tudi trpljenje v ljubezenskih razmerjih,

¹⁶ Irigarayeva si je to oznako prislužila z iznajdbo ti. strateškega esencializma, ki naj v resnici ne bi bil podpiral prepričanja, da družbeno izvira iz biologije, ampak naj bi predstavljal le nekako 'mimetično' strategijo. V resnici je njeno delo kompleksen preplet filozofije, psihologije in psihoanalize, stil pisanja pa zmes teorije in fikcije. Med drugim se je ukvarjala tudi s preučevanjem »falogocentrizma«, v skladu s katerim že sam jezik ženskam ne dopušča pozicije aktivnega subjekta.

moralno trpljenje žensk, ipd. – vse to pod poroštvom njihovega domnevnega »mazohizma« in njihove sposobnosti potrpežljivega prenašanja. Irigarayjeva meni, da današnja kultura ženskam ne dopušča veliko drugačnih možnosti. Ker so (kot piše) mazohisti tisti, ki povrnejo agresijo, namenjeno drugemu, samemu sebi, se Irigarayjeva zavzema za drugačno žensko identiteto, v kateri trpljenja in radosti materinstva ne bi bili več kriteriji za identifikacijo. Po njenem je to, da je materinstvo ženskam vsiljeno kot neizogibna usoda oz. nekakšno nadaljevanje »prvinskega greha«, nesprejemljiva krivica do žensk, saj pomeni odrekanje njihovih subjektivnih pravic« (Irigaray, 1995: 100-101).

Kristeva meni, da mati ni niti subjekt niti objekt. Za materinsko telo je značilno, da nima določenih mej (meja med znotraj in zunaj je nejasna), zato ga Kristeva poveže s konceptom abjektnega. Abjektno kot izvrženo je podlaga tematizacije ženskosti v njeni temeljni ambivalentnosti, ki jo označuje njena istočasna ponižanost in povzdignjenost (v Kristan, 2005: 211-212). V besedilih o materinstvu in ženskih subjektivitetah je sicer pogosto prisotno povezovanje pojmov ženske, matere in objekta z zahodnjaškim poudarjanjem posameznika kot avtonomnega subjekta, ki ga dolgujemo novoveškemu individualizmu. Sodobne avtorice skušajo prikazati mater kot avtonomni subjekt, ki pa je lahko hkrati tudi relacijski subjekt. Woertmanova piše, da objektno-relacijska teorija napeljuje k objektivizaciji matere kot objekta njenega otroka. Mati je predstavljena kot stabilna entiteta in ne kot nekdo, ki razvija, konstruira svojo identiteto v interakciji z drugimi. Po mnenju Woertmanove bo tako dolgo, dokler bo mati obravnavana esencialistično in bo objektivizirana, mogoče nanjo projicirati vse neizpolnjene želje. Če pa bi se uveljavil pogled, da so tudi matere pravzaprav subjekti v nastajanju, bi se lahko končno poslovili od matere kot centra eksistence, sidra in referenčne točke, s katere se poimenujemo. Woertmanova meni, da smo na pragu počasnega poslavljanja od matere kot nadomestka za božjo skrb (Woertman, 1993: 60-61).

Naj v tem vidimo redukcijo ali prednost, nastopata ženski in materinski subjektni položaj v nekakšni soodvisnosti, prepletenosti in vzajemnem sodoločanju. Povezavo med identiteto ženske in identiteto matere sem s pregledom teoretskih pristopov k obravnavi materinstva nakazala že v prvem razdelku in tudi v naslednjih dveh razdelkih tega poglavja sem o materah razpravljala v kontekstu njihovega (ženskega) družbenega spola in položaja, ki ga zavzemajo v spolni družbeni ureditvi. Z naslednjim poglavjem, v katerem se bom ukvarjala

z diskurzom, kot ga razume Foucault, pa se bom usmerila k obravnavi ženske/materinske subjektivizacije prek Foucaultove triade vednost-oblast-subjekt, v kateri bom prvi element – vednost, zamenjala z medicino.

2. Diskurz

2.1. Teorije diskurza

Sodobnih kulturnih študij si ne znamo predstavljati brez teorij diskurza. Različni avtorji diskurz opredeljujejo bolj ali manj široko, nekateri so pri njegovi obravnavi osredotočeni le na jezikovne znake in besedila, drugi pa v okviru diskurza obravnavajo še druge znake, podobe in prakse oziroma vse, kar nosi nek pomen. Treba je razločevati med diskurzom, ki se nanaša samo na besedilnost (kot npr. pri Barthesu in Derridaju), in diskurzom s prisotnostjo dialoga in družbenosti oz. denimo Foucaultovo teorijo diskurza, ki koncept diskurza uporablja v povezavi z zgodovinskim kontekstom.

Francoski filozof in zgodovinar Michel Foucault velja za utemeljitelja sociološkega (to je ne zgolj lingvističnega) pogleda na diskurz. Po njem je diskurz praksa, ki v določenem času in prostoru oblikuje objekte ali področja védenja, o katerih govori (Foucault, 2001: 54-55). Pri tem ga ne zanima razkrivanje pravil oblikovanja diskurzov (s čimer se ukvarjajo strukturalisti), ampak pogojev za njihovo pojavljanje.

Hrženjakova njegovo opredelitev diskurza povzame tako, da je ta množici pravil podrejen način konstituiranja vednosti, ki poteka prek formiranja smiselnih trditev, idej, dogodkov, objektov, subjektov in praks ter tako določa, kaj je ali ni mogoče o nečem reči, kakšno obnašanje in katere prakse so primerne in katere ne, katere vednosti so relevantne in katere ne, ter kateri subjekti utelešajo značilnosti diskurza (Hrženjak, 2001: 171). Foucaultova analiza se tako ne osredotoča na tistega, ki govori, ampak na to, kar je povedano. Iz tega prek svojega značilnega zgodovinskega pristopa Foucault razlaga, kako se oblikujejo pomenski sistemi, ki imajo v družbi največjo veljavo oz. status resničnosti, in to povezuje s koncepti oblasti, pri čemer pa ga zanima predvsem, »kako v naši kulturi človeška bitja postanejo subjekti« (Foucault v Dolar, 1991: VII). O tem Dolar piše, da sta vednost in oblast prešla že v pregovor oziroma geslo, ki nasploh reprezentira Foucaulta v duhu našega časa,

dimenzija subjekta pa je videti kot dodatek, presežek, ki pa v nazaj obarva vse predhodne analize (1991: VII). Rotar v svoji kritiki (predvsem slovenskih) obravnava Foucaultovega dela poudari, da glavna tema Foucaultovih besedil »ni kar oblast, ampak vsaj v enaki meri subjekt, mišljenje, dogodek, diskontinuiteta, resnica, zgodovina, intelektualec itn.« (Rotar, 2004: 364).

Veliko sodobnih avtorjev s področja teorij diskurza se sklicuje na Foucaulta in gradi svoje prispevke v razmerju do njegovega dela, tako da ga bodisi kritizira, dopolnjuje, nadgrajuje ali vrednoti. Med pomembne avtorje na področju diskurza prištevajo še strukturalista Ronalda Barthesa in dekonstruktivista Jacquesa Derridaja, pa filozofa in sociologa Jürgena Habermasa, ki ga imajo za neomarksista oz. predstavnika alternative poststrukturalizma, postmarksista Ernesta Laclauja in Chantal Mouffe ter Normana Fairclougha, ki velja za enega od utemeljiteljev kritične analize diskurza.

Burrova (2000) ugotavlja, da se na teorije diskurza, ki izvirajo iz francoskih filozofskih tradicij strukturalizma in poststrukturalizma, v glavnem naslanjajo avtorji in avtorice, ki se ukvarjajo z identiteto, sebstvom, osebnimi in družbenimi spremembami ter oblastnimi razmerji, pri čemer nekateri posegajo tudi na področje psihoanalitskih konceptov, kar je povzročilo nekaj polemik in konfliktov znotraj socialnega konstruktivizma. Po drugi strani se nekateri pisci osredotočajo na povsem drugačne vidike diskurza, in ga denimo za ugotavljanje, kaj želijo posamezniki doseči s svojim govorjenjem ali pisanjem in kako to storijo, kombinirajo s teorijami govora in etnometodologijo (Burr, 2000: 47).

Burrova, ki jo zanima razmerje diskurza do vprašanj identitete, povzema Parkerjevo »delovno definicijo« diskurza, po kateri je diskurz nekakšen sistem trditev, ki konstruirajo neki objekt (Parker v Burr, 2000: 48), a hkrati ugotavlja, da je diskurz tako težko definirati, da ga je najbolje opisati s primeri, ilustracijami in analogijami, ki naj skupaj ustvarijo občutek o tem, kaj naj bi diskurz bil. Sama meni, da se diskurz nanaša na niz pomenov, prisposodob, podob, reprezentacij, zgodb, trditev ipd., ki na nek način skupaj ustvarjajo določeno verzijo dogodkov oziroma podobo osebe ali skupine oseb v določeni luči. Po njenem se okrog vsakega objekta, osebe, dogodka lahko plete cela vrsta različnih diskurzov, ki ga vsak na svoj način reprezentirajo. Vsak diskurz ustvarja vtis, da je tisto, kar o nečem govori, oz. način, kako nekaj predstavlja, točno to, kar ta objekt v resnici je. Predpostavka

resničnosti in védenja je, kot piše Burrova in kot bomo v nadaljevanju videli tudi pri Foucaultu, zelo pomembna.

Identiteta posameznika se po Burrovi vzpostavlja prek interakcij z drugimi ljudmi in temelji na jeziku, kar naj bi pomenilo, da se konstruira skozi diskurze, ki so posamezniku kulturno dostopni in ki jih razvija v komunikaciji z drugimi ljudmi (npr. diskurzi o starosti, spolu, izobrazbi, spolni usmerjenosti, narodnosti, rasi ipd.). Ti diskurzi včasih ponujajo precej omejene možnosti glede identitet, ki jim posameznik lahko pripada (npr. spolna usmerjenost – kot poudarja tudi Foucault (2000), je to razmeroma nov, komaj kakšno stoletje star vidik identitete), ali pa so si med seboj lahko v nekakšnem neskladju, ki posameznikom povzročajo težave pri konstruiranju identitete v okviru razpoložljivih diskurzov (tak problem ima denimo človek, ki postane študent v srednjih letih, ali pa ženska, ki opravlja »tradicionalno« moški poklic). To, da se identitete konstruirajo skozi diskurze, pa po Burrovi ne pomeni, da so te identitete naključne. Po njenem se na tej točki poststrukturalističnemu družbenemu konstruktivizmu pridruži politična analiza konstrukcije našega socialnega sveta, ki vključuje tudi osebno identiteto. Določeni diskurzi so namreč široko sprejeti – v obliki »zdrave pameti« ali »resnice« – ker so v interesu razmeroma močnih družbenih skupin. Diskurzi so usidrani v razmerjih moči in imajo zato politične učinke (Burr, 2000: 48-62).

Ukvarjanje z diskurzi znotraj družbenega konstruktivizma ima tudi šibke točke. Obstaja denimo nevarnost, da raziskovalka ali raziskovalec, medtem ko govori v imenu marginalizirane skupine, hkrati nehote reproducira dominantne diskurze. Tudi Foucaultovo delo samo je pomemben in vpliven element javnega, akademskega znanja, pri katerem se podobno kot pri delih predhodnih, klasičnih, moških sociologov zdi, da ne vsebuje prostora za obravnavo, kako so lahko vednosti spolno zaznamovane, zato se postavlja vprašanje, kako njegova teoretska izhodišča uporabljati za preučevanje teme iz domene ženskih študij¹⁷. Poleg tega se raziskovalci, ki raziskujejo diskurze, sploh ne morejo postaviti na nek povsem nevtralen, nedoločen položaj izven diskurzov. Burrova se sprašuje, kako lahko prepoznamo dominantne diskurze, s čigavimi kriteriji, kako smo lahko prepričani, da smo korektno identificirali družbene skupine, interesom katerih ti diskurzi služijo, in ali smo lahko gotovi, da ne skozi naše ugotovitve preseva le naš lastni »zdrav razum«. Ugotavlja, da

¹⁷ Več o tem v razdelku 2.4. Foucault in feminizem.

raziskovalci v okviru družbenega konstruktivizma, ki se pri preučevanju diskurzov pogosto zanesejo le na lastno intuicijo, še niso v zadostni meri osvetlili teh vprašanj (Burr, 2000: 56-57).

Teh dilem tudi s pričujočim delom, ki je bolj kot v sam fenomen diskurza, usmerjeno v njegove učinke, konkretno v konstrukcijo materinstva prek zdravstvene oskrbe žensk v njihovi »reproduktivni« dobi, ne bomo razrešili.

Pri uporabi pojma diskurz v magistrskem delu, in sicer v pomenu skupka institucionalnih in neinstitucionalnih besedil, govornih in pisane besede, neverbalnih izrazov, podob, praks in ritualov, ki v okviru neke vednosti prek svojih poglobitvenih učinkov, tj. izključevanja in naturalizacije, določa in organizira položaje, identitete in dejavnosti ljudi, ki jih zadeva, se v glavnem naslanjam na Foucaulta, in se – tako kot se on ni mogel (kar mu pogosto očitajo) – tudi sama ne bom mogla postaviti na neko abstraktno, povsem nediskurzivno točko, od koder bi lahko strogo objektivno motrila diskurze. Se bom pa pridružila množici raziskovalk in raziskovalcev, ki jim njegove teorije služijo, da vsakdanje pojave, ki se zdijo tako samoumevni in naravni, da o njih na prvi pogled skorajda ni kaj razpravljati, prikažejo kot kulturno pogojene in zato nestalne, spremenljive, saj so rezultat merjenja moči med različnimi družbenimi silami.

V nadaljevanju bom povzela nekaj pomembnejših značilnosti Foucaultovega dela ter se posvetila njegovi obravnavi medicine kot discipline in vednosti, torej ne znanosti, ki bi jo bilo mogoče razmejiti od polja mitov, ideologij in zablod, ampak vednosti, ki je v danem družbenem in zgodovinskem kontekstu tesno povezana z oblastjo in deluje tako, da posameznike (objekte svojega pogleda) določa kot subjekte in jih hkrati disciplinira, jih postavlja na ustrezna mesta in organizira prostor, v katerem jih je mogoče nenehno nadzorovati.

2.2. Od diskurza k subjektu – Michel Foucault

Za Foucaultovo delo, ki temelji na zgodovinski in filozofski analizi, sta značilna prepletajoča se pristopa: t.i. arheologija in genealogija. V svojih zgodnejših delih se je Foucault sicer ukvarjal z epistemami, vendar v pomenu nekakšnih celot diskurzivnih

struktur oziroma specifičnih sistemov vednosti, ki so zaznamovali mišljenje v določenih zgodovinskih, tudi epistemoloških obdobjih. Ugotavljal je kontinuitete in diskontinuitete med posameznimi epistemami in raziskoval družbeni kontekst, v katerem se določene vednosti in prakse pojavljajo kot dopustne in zaželene ali se spreminjajo. V svojem kasnejšem delu pa je episteme opustil. Kot razlaga Dolar, je bila namreč oznaka epistemologije za Foucaultovo pretresanje strukture vednosti preozka, zato je svoje početje raje označil s poimenovanjem »arheologija vednosti«. To je tudi naslov njegove knjige iz leta 1969, v kateri je prvič poskušal sistematično podati metodologijo svojega dotedanjega dela, in kar je počel dotlej, za nazaj razglasil za arheologijo vednosti (Dolar, 1991: XII).

V zgodovinskih študijah, kot so *Zgodovina norosti v klasični dobi*¹⁸ (1961), *Rojstvo klinike* (1963), *Nadzorovanje in kaznovanje* (1975) in *Zgodovina seksualnosti* (1976), je Foucault prikazoval pomen vednosti za discipliniranje ljudi oziroma za reguliranje njihovega obnašanja. Ker je po njegovem vednost neločljivo povezana z oblastjo, ju je pogosto zapisal skupaj kot »oblast/vednost«. Vednost namreč po njegovem vzpostavlja odnose moči, oblastna razmerja, ki obenem proizvajajo spoznanja, polja vednosti. Po drugi strani pa tudi velja, da »vednosti ni brez določene diskurzivne prakse in vsaka diskurzivna praksa se lahko definira skozi vednost, ki jo formira« (Foucault, 2001: 195).

Kot razlaga Dolar, je za Foucaultovo analizo značilno prav to, da meri na vednost, in ne na znanost. »Znanost zahteva določen prag epistemologizacije, določen 'epistemološki prelom', da lahko rečemo: od tod naprej je znanost, do tod pa še tičimo v predznanstvenih mnenjih, utvarah, predsodkih, ideologijah itd.« (Dolar, 1991: XV). Foucault pa zahteva, da se vse izjave jemljejo na isti ravni, brez hierarhiziranja, zato je nemogoče določiti točko, v kateri lahko znanost razmejimo od polja, na katerem se konstituira, po drugi strani pa znanost nikoli ne more absorbirati vse vednosti (svoje nujne podlage), ki se napaja tudi iz vsakdanjega življenja, politike in poezije, in se zato ne podreja kriterijem znanosti. Področje vednosti je veliko širše; Foucaultova arheologija ga skuša opisati s seciranjem diskurzov, njihovih medsebojnih odnosov in pravil, ki se jim podrejajo. Vse to tvori diskurzivno formacijo¹⁹. Arheologija ugotavlja, kateri tipi diskurzivnih praks se v diskurzivnih

¹⁸ *Pri nas, kot opozarja Rotar, napačno naslovljena z »Zgodovina norosti v času klasicizma« (gl. Rotar, 2004: 365)*

¹⁹ *Hall razlaga, da govorimo o diskurzivni formaciji, ko se diskurzivni dogodki, ki se lahko kažejo v različnih tekstih ali načinih obnašanja v družbi, nanašajo na isti objekt in podpirajo skupne institucionalne, administrativne in politične vzorce in prizadevanja (Hall, 1997: 31).*

formacijah pojavljajo, v čem se njihova pravila med seboj razlikujejo in kako določajo posamezne diskurze. Njen namen je sistematično opisati nek diskurz v njegovi posebnosti, in ne interpretirati ga ali ugotavljati njegovo avtorstvo.

Med arheologijo in genealogijo je težko povleči jasno mejo, načeloma pa velja, da se arheologija ukvarja s strukturo diskurzov, principi njihovega izključevanja, redčenja in poenotenja, genealogija pa skuša razložiti vprašanje oblasti pri formiranju diskurzov in subjektov. V zvezi s tem je Foucault zapisal: »/.../ zgodovinska kontekstualizacija bi morala biti več kot le preprosta relativizacija fenomenološkega subjekta. Prepričan sem, da tega problema ni moč rešiti s historizacijo fenomenološkega subjekta, tako da bi ga nadomestili s subjektom, ki se spreminja v toku zgodovine. Konstitutivni subjekt je treba odpraviti, znebiti se je treba samega subjekta, se pravi, dospeti je treba do analize, ki lahko razloži konstitucijo subjekta znotraj zgodovinskega okvira. In prav to bi imenoval genealogija, tj. taka oblika zgodovine, ki lahko razloži konstitucijo vednosti, diskurzov, področij objektov itn., ne da bi se ji bilo treba sklicevati na subjekt, ki je bodisi transcendentalen v razmerju do polja dogodkov ali pa se v svoji prazni istosti vleče skozi vso zgodovino« (Foucault, 1991: 63).

Foucaulta zanima, kako so nekateri diskurzi oblikovali pomenske sisteme, ki so pridobili status resnice/resničnosti, in obvladujejo načine, na katere definiramo in organiziramo sebe in naš družbeni svet. Kot piše, je volja do resnice za nas maskirana z resnico samo, zato v njej ne prepoznavamo »genialne mašinerije, namenjene izključevanju«. Dejansko pa je ob prepovedi in razločevanju (ki vse bolj izgubljata svoj pomen v njeno korist) volja do resnice eden od glavnih sistemov izključevanja, ki poganja diskurz in ki izvaja neke vrste pritisk na druge diskurze oziroma jih omejuje. Opira se na institucionalne sisteme (pedagogiko, založništvo, znanost), še bolj globalno pa jo uvaja način, kako vednost deluje v neki družbi, kako je vrednotena, razširjena, razdeljena, komu je pripisana²⁰ (Foucault, 1991: 4-8). Foucault zavrača antropološke in humanistične univerzalizme, pri čemer je posebej pozoren na tiste, ki naravo človeških bitij ali njihove pravice oz. privilegije pripisujejo nekakšnim neposrednim in brezčasnim resnicam subjekta, in jih preiskuje kot

²⁰ Za primere Foucault navaja: zahodno literaturo, ki je iskala oporo v naravnem, verjetnem, iskrenem, tudi v znanstvenem, skratka v resničnem diskurzu; ekonomske prakse, kodirane kot navodila, recepti in morala, so se poskušale utemeljiti, racionalizirati in upravičiti s teorijami bogastev in produkcije; sistem kazenskih predpisov je najprej iskal svoje upravičilo v pravni teoriji, nato pa v sociološki, psihološki, medicinski in psihiatrični vednosti: kot da bi se celo beseda zakona v naši družbi ne mogla avtorizirati drugače kot z resničnim diskurzom (ib.)

zgodovinske konstrukte. Pomembno se mu zdi raziskovati pogoje, ki ljudi prek opozicije med resničnim in napačnim usposobijo, da določen subjekt prepoznajo za mentalno bolnega, ali da kot subjekti večji del sebe prepoznajo v modalnosti svoje seksualne želje²¹.

Diskurzi določajo objekte našega védenja z definiranjem subjektivnih položajev ter pravil in norm in s tem proizvajajo vednost. S tem so hkrati vzvod in posledica mehanizmov oblasti v določenem kulturnem in zgodovinskem kontekstu. S pogojevanjem subjekta z diskurzom (subjekt obstaja le znotraj diskurza, v katerem se konstituira) se je Foucault povsem odmaknil od razsvetljenskega koncepta subjekta. Po Hallu je to ena izmed najbolj radikalnih Foucaultovih idej, saj je Foucault namesto t.i. tradicionalnega subjekta, avtonomne, samozavedajoče se in stabilne entitete, avtentičnega vira dejanj in pomenov, uvedel subjekt, ki je lahko le predmet proizvodnje pomenov, ne pa njihov proizvajalec (1997: 42). Subjekt lahko znotraj diskurza postane objekt spoznanja ali nosilec védenja, ne more pa biti nosilec vednosti oziroma tisti, ki določa pravila, ne more biti izven vednosti/oblasti kot njun vir ali avtor.

Dolar povzema, da je za to, da bi nekdo postal subjekt, potrebna določena objektivacija, ki se po Foucaultu lahko zgodi na tri načine: tako, da je človeško bitje postavljeno za predmet vednosti, ki se skuša vzpostaviti kot znanost; da je postavljeno za predmet oblasti (ki deluje razločevalno, npr. tako da razloči um od norosti, kriminalce od poštenjakov itd.); in nazadnje tako, da si za predmet postavlja samega sebe, se objektivira v sorazmerju in tako postane subjekt (Dolar, 1991: VII).

2.3. Medicina-oblast-subjekt

Po Foucaultu (prim. Foucault, 2000, 2004) se je oblast od 17. stoletja dalje (z začetkom klasične dobe) razvijala v dveh glavnih smereh: na zgodnejši, mikro ravni kot anatomska politika človeškega telesa (z mehanizmi kvadriljiranja in discipliniranja) in na kasnejši, makro ravni kot biopolitika prebivalstva. Anatomska politika človeškega telesa se je oblikovala v 17. stoletju na podlagi razumevanja telesa kot stroja in se je usmerila k posameznikom, k telesnim sposobnostim, k njihovemu obvladovanju in discipliniranju. Kot

²¹ Povzeto po članku, ki ga je Foucault pod psevdonimom napisal za geslo »Foucault« v »Dictionnaire des philosophes«, 1984, str. 942-944. Vir: <http://www.foucault.info/foucault/biography.html>

piše Foucault, je bila »velika knjiga« o Človeku-stroju napisana hkrati na dveh registrih: na anatomsko-metafizičnem, katerega prve strani je napisal Descartes, nadaljevali pa so ga zdravniki in filozofi, ter na tehnično-političnem registru, ki ga je sestavljal cel skupek vojaških, šolskih in bolnišničnih pravilnikov ter empirični in preišljeni postopki za nadzorovanje in popravljanje telesnih dejavnosti, t.j. disciplinski postopki, ki so postali splošne formule gospodovanja in proizvajanja krotkih, uporabnih teles. Discipline delujejo na osnovi podrobnih, neopaznih prisil, npr. na osnovi mehanike (regulacija premikov, gibov, drž, hitrosti), na osnovi razvrščanja posameznikov v prostoru, določanja natančnega časovnega razporeda njihovih dejavnosti ipd., ki posameznike podrejajo in obenem povzročajo, da se posameznik sam podreja. Staro načelo »jemanje – nasilje« prek ceremonij urjenja nadomestijo z načelom »blagost – produkcija – profit« (Foucault, 2004: 152-188).

Oblikovanje disciplinske družbe se po Foucaultu umešča v ekonomske, pravno-politične in znanstvene procese. V tem smislu so kažejo tudi trije poglavitni cilji disciplin: karseda poceni/ekonomično izvrševanje oblasti (relativna nevidnost, ki izzove malo odpora, večja internalizacija in le nezatna eksteriorizacija oblasti); čim bolj intenzivni in daljnosežni učinki oblasti; učinkovitost aparatov (pedagoških, vojaških, industrijskih), v katerih se izvršuje, oz. krotkost in uporabnost vseh elementov sistema. Kot razlaga Foucault, ti trije cilji ustrezajo zgodovinskim razmeram, ki jih označuje močna demografska rast in z njo povečanje nestalnega prebivalstva in sprememba kvantitativne razsežnosti skupin (šolske populacije, hospitalizirane populacije, vojske), ki naj bi jih kontrolirali ali z njimi manipulirali, ter naraščanje produkcijskega aparata, ki je postajal vse bolj razprostranjen in kompleksen in vse dražji, zato je bilo treba povečati njegovo učinkovitost. Razvoj disciplinskih postopkov ustreza tema dvema procesoma in potrebi, da bi uskladili njuno korelacijo (Foucault, 2004: 238-239).

Za prikaz delovanja disciplinskih mehanizmov oblasti Foucault uporabi Benthamov Panoptikon²², to je zaporniški sistem iz 19. stoletja, pri katerem so bile zaporniške celice razvrščene okrog osrednjega nadzornega stolpa in (v nasprotju s temnimi srednjeveškimi

²² *Koncept Panoptika je Foucault podrobno predstavil v »Nadzorovanju in kaznovanju: nastanek zapora«, ki je konceptualna analiza enega od večjih premikov v zahodnih kulturnih praksah in velja za dober primer njegove metode genealogije. Uporabnost tega dela, ki smo ga v slovenščini prvič dobili leta 1984 (prenovljena izdaja, na katero se sklicujem v magistrskem delu, je izšla leta 2004), je veliko širša, kot bi bilo mogoče sklepati iz njegovega naslova. V analizo je Foucault namreč vključil tudi šolstvo, zdravstvo in socialno skrbstvo, rezultat pa je podroben prikaz razvoja oblasti: od centralizirane oblasti v rokah vladarja, vrhovnega oblastnika, ki je temeljila na njegovi fizični prisili in delovala od zgoraj navzdol, do razpršene in ponotranjene disciplinirajoče oblasti in procesa normalizacije.*

ječami) v celoti osvetljene z notranje in zunanje strani, tako da je nadzornik v stolpu lahko opazoval zapornike, ne da bi ga ti videli ali da bi mogli vedeti, kdaj so opazovani, in so zaradi tega sami začeli nadzorovati svoje obnašanje. Glavni učinek Panoptika je, da pri zaporniku (v prenesenem pomenu posamezniku, ki je objekt/subjekt oblasti, op. a.), povzroči zavestno in nenehno stanje vidnosti, ki zagotavlja samodejno delovanje oblasti. Doseže, da so učinki nadzora stalni, čeprav je njegova dejavnost diskontinuirana; povzroči, da popolnost oblasti teži k temu, da postane njeno dejansko izvrševanje odveč. Panoptikon ustvarja in vzdržuje oblastno razmerje, ki ni odvisno od tistega, ki izvršuje oblast; povzroči, da so jetniki (subjekti) zajeti v oblastne razmere, katerih nosilci so oni sami. Dvojica videti-biti viden je tako razdružena: v obodnem prstanu so ljudje totalno vidni, sami pa nikoli ne vidijo; v središčnem stolpu vidijo vse, ne da bi jih kdaj videli. To je za Foucaulta pomemben dispozitiv, saj avtomatizira in deindividualizira oblast. Njeno načelo ne tiči toliko v osebi kakor v določeni notranji usklajeni razvrstitvi teles, površin, svetlobe, pogledov. Ceremonije, obredi, znamenja, s katerimi se presežna oblast kaže pri suverenu, so nepotrebni. Obstaja mašinerija, ki zagotavlja asimetrijo, neravnovesje, razliko in ne glede na to, kdo izvršuje oblast oz. kdo zasede mesto v stražarskem stolpu, tudi ne glede na njegov motiv opazovanja, proizvaja homogene oblastne učinke (Foucault, 2004: 219-248).

Panoptikon je postal prisposoba za procese, pri katerih disciplinirajoče tehnologije skupaj z normativnimi družbenimi znanostmi nadzorujejo in regulirajo telo in zavest modernega posameznika. Neločljivo povezani vednost in oblast z opazovanjem, analiziranjem, klasificiranjem in organiziranjem proizvajata subjekte in jih hkrati silita v izvajanje oblasti samih nad sabo oziroma samonadzor, s čimer se oblast z majhnimi stroški in navidez brez prisile nenehno obnavlja.

Foucault prikaže, da moderno družbo prežema karceralni sistem, ki omogoča legaliziranje in legitimiranje disciplinske oblasti. V kaznovalni oblasti nič več ne spominja na stari eksces suverene oblasti, ki je izkazovala svojo avtoriteto na telesih mučenih. Zapor na tistih, ki so mu zaupani, nadaljuje svoje delo, ki se je začelo drugje in ki ga vsa družba izvaja na vsakomer z neštetimi mehanizmi. Zaradi karceralnega kontinua zdrsne instance, ki kaznuje, med vse tiste instance, ki kontrolirajo, spreminjajo, popravljajo, poboljšujejo, npr. vzgojno-izobraževalne ustanove, zdravstvo, socialno skrbstvo. Karceralni sistem uveljavlja novo obliko »zakona«: mešanico zakonitosti in narave, predpisa in konstitucije, normo.

Normalizacijska oblast je postala ena od glavnih funkcij naše družbe, v njej so vsepovsod prisotni normalnostni sodniki. »Živimo v družbi profesorja-sodnika, zdravnika-sodnika, vzgojitelja-sodnika, socialnega delavca-sodnika; vsi omogočajo vladavino univerzalnosti normativnega, in vsakdo izmed njih tam, kjer je, temu podreja telesa, gibe, obnašanja, vedenja, spretnosti, dosežke« (Foucault, 2004: 330-333).

V sodobnih zahodnih družbah je medicina ena od najpomembnejših normalizacijskih oblasti, celo pomembnejša od pravnega sistema. Človek in njegova dejanja so namreč v prvi vrsti definirani glede na medicinske predpostavke »normalnega« oz. »zdravega« posameznika ali njegovega načina življenja, navad, dejanj, in ne toliko glede na to, ali so posameznik in njegove aktivnosti v skladu z zakonskimi predpisi. Določene psihične značilnosti, alkoholizem, kajenje ali denimo promiskuitetnost, niso prepovedane z zakonom, a kljub temu v okviru zdravstvenega diskurza veljajo za odklonske in jih je mogoče zdraviti. Po drugi strani pa kršenje zakonov ali celo kriminalna dejanja (npr. prehitra vožnja, neplačevanje davkov ipd.) niso nujno opredeljeni kot nekaj nenormalnega.

Rojstvo sodobne medicine je Foucault predstavil v svojem delu *Rojstvo klinike*, pri čemer si je za izhodišče izbral prelomen časovni razmik med koncem 18. in začetkom 19. stoletja. Kot poudarja Dolar, loči začetke »znanstvene medicine« od poprejšnjih razglabljanj, ki so iz današnje točke videti mazaška, obložena s predsodki in mitologijo, nedostopna objektivnem preverjanju itd., vsega le nekaj let²³. Nov medicinski pogled, to je pogled izurjenega zdravnika, ki se pojavi s pomočjo razvoja patološke anatomije, torej ob mrtvih, raztelešenih telesih (a kot poudarja Foucault, ne samo zaradi tega²⁴, op. a.), sovпада z nastankom nove medicine socialnega prostora oziroma povezavo medicine in administracije v biopolitiko in hkrati s povečano pomočjo soljudem s seboj prinaša in ohranja specifične učinke gospodstva (Dolar, 1991: XI).

²³ Foucault je v svojo analizo zajel obdobje med 1769 in 1825 (op. a.).

²⁴ Foucault namreč opozarja, da je, še preden je lahko bila patološka anatomija sprejeta v klinično medicino, moralo priti do sporazuma med novimi geografskimi obrisi, vezanimi na telo, in med novim načinom branja časa. Medicinski pogled se je moral premakniti s površine simptomov na površje tkiv, torej v globino, iz manifestnega v skrito in nazaj. Bolezen ni bila več skupek znakov, posejanih sem in tja po površini telesa in povezanih s statistično ugotovljenimi sopojavljanji ali sosledji, kot bi se patološki elementi poskušali vriniti v telo, kjer se le da; telo samo je bilo tisto, ki je zbolelo. Med življenjem, boleznijo in smrtjo se je vzpostavil tehnični in konceptualni trikotnik z vrhom v smrti. Prekinjena je bila starodavna kontinuiteta prepričanj, ki so v življenje postavljala grožnjo bolezni in v bolezen grožnjo prihajajoče smrti. Z višine smrti je mogoče videti in analizirati organske odvisnosti in patološke sekvence. Smrt, ki je bila včasih nekaj absolutnega, dokončnega, nespremenljivega, se je porazdelila vsevprek po življenju v obliki ločenih, delnih, napredujočih smrti, smrti, ki so tako počasne, da se lahko nadaljujejo še po smrti sami. Smrt je edina možnost, da se življenju podeli pozitivno resnico. Samo zaradi opozicije med življenjem in smrtjo je življenje nemogoče zreducirati na mehanske in kemične procese (gl. Foucault, 2003: 152-182).

Biopolitika prebivalstva se je po Foucaultu (2000: 144) oblikovala sredi 18. stoletja, v razmerah industrijske revolucije, in se osredotočila na telo kot na vrsto (species), ki služi za podstat biološkemu dogodku in procesom: razmnoževanju, rojevanju in smrti, zdravstvenemu stanju in trajanju življenja, in svoje strategije razvijala v povezavi z novimi diskurzi o demografiji, rasah, evgeniki, higieni, prehrani, pogojih bivanja, skrbi za otroke in množičnimi medicinskimi ukrepi. Discipliniranje telesa in regulacija prebivalstva sta dva pola, okrog katerih se je razvila organizacija oblasti nad življenjem. Kot povzema Dolar, je oblast pred tem počivala predvsem na pravici do jemanja dobrin, dela in v zadnji instanci življenja svojih podložnikov, buržoazna oblast pa temelji na urejanju in kontroli samega življenja, ki postane velika vrednota. A v imenu obrambe življenja in življenjskih interesov se lahko dogajajo neznanski množični masakri, večji od onih, ko je oblast lahko življenje kratko malo vzela, in tudi postopno ukinjanje smrtne kazni gre z roko v roki s povečano oblastjo nad življenjem (Dolar, 1991: XXVI).

Moderna oblast je za mehanizme opazovanja in vplivanja ustvarila specializirane institucije in delavce (zdravstvene, socialne, pedagoške, kazenske ipd.) ter si s prevzetjem odgovornosti za življenja svojih podrejenih pridobila dostop v neposredno bližino človeškega telesa. Tako je medicina postala eden od oblastnih diskurzov, ki z določanjem legitimnosti telesnih praks in oblik omogočajo ustrezno discipliniranje teles posameznikov in prek tega nadzor populacij. Kot razlaga Foucault, je bil eden od najpomembnejših pogojev za »epistemološko deblokiranje« medicine na koncu 18. stoletja – organizacija bolnišnice kot aparata za preiskovanje. Njegova najvidnejša oblika je ritual vizite. Bolnišnica, ki je bila v začetku zgolj kraj pomoči (pa še to le za revne sloje, ki si niso mogli privoščiti zasebnih zdravnikov, op. a.) – saj zdravniki v njej sprva niso delovali, ampak so od zunaj prihajali v kontrole – je kmalu postala kraj izobraževanja in primerjanja spoznanj, s čimer je prišlo do zasuka oblastnih razmerij in vzpostavitve vednosti. Medicina se je otrešla svoje tekstne narave in se vse manj sklicevala na izročilo odločilnih avtorjev. Pomembnejše ji je postalo območje objektov, ki so nenehno na voljo za preiskovanje (Foucault, 2004: 205-206).

Bolnišnično preiskovanje Foucault uvršča v okvir »preskusa«, t.j. enega od sredstev za »dobro dresiranje«²⁵. Preskus prinaša s seboj mehanizem, ki z obliko izvrševanja oblasti povezuje tip oblikovanja vednosti:

- preobrača ekonomijo vidnosti v izvrševanju oblasti,

disciplinska oblast se namreč izvršuje tako, da postane nevidna, pri subjektih, ki si jih podreja, pa uveljavlja načelo obvezne vidnosti;

- postavlja individualnost v dokumentarno polje,

s tem, ko postavlja posameznike v nadzorovalno polje, jih namešča tudi v pisno mrežo: podroben in pikolovski arhiv teles in dnevov, vzporejanje teh dokumentov pa omogoča klasificiranje, oblikovanje kategorij, ugotavljanje povprečij, določanje norm, gre torej za vzpostavitev posameznika kot objekta, ki ga je mogoče opisati v njegovi posebnosti, ter istočasno za vzpostavitev primerjalnega sistema, ki omogoča merjenje globalnih pojavov in razmestitev posameznikov »v prebivalstvu«;

- spremeni slehernega posameznika v primer,

in sicer v primer, ki je objekt za spoznanje in istočasno oprijemališče za oblast; zapisovanje dejanskih življenj ni več postopek heroiziranja privilegiranih posameznikov, ampak deluje kot ustvarjanje dokumentov za morebitno uporabo, in tako kot procedura objektiviranja in podrejanja (Foucault, 2004: 211-212).

Sredstvo za dostop tako k življenju telesa kot k življenju vrste je po Foucaultu spolnost, zato se moramo v povezavi s konceptom medicinskega pogleda sprehoditi še po njegovi Zgodovini seksualnosti, ki jo je objavil 13 let kasneje²⁶ kot Rojstvo klinike in leto dni za Nadzorovanjem in kaznovanjem. Kot piše, se je v 18. stoletju v civilizaciji »Zahoda« rodilo politično, ekonomsko in tehnično spodbujanje govora o seksu, ki pa se je dejansko samo usedlo na nastavke, ki so se oblikovali že davno – v meniških in asketskih tradicijah. Vzeti seks v ozir v okviru govora, ki ni izhajal samo iz morale, ampak iz razuma (z analizami, razvrstitvami in popisi, količinskimi in vzročnimi raziskavami) je, kot opaža Foucault, sicer zbuvalo nelagodje (češ, kako naj bi neko razumno govorjenje govorilo o tem), a nujnost po upravljanju s spolnostjo je bila močnejša od zadržkov. Kot sem povzemala že zgoraj, se je v tem času pojavilo prebivalstvo kot ekonomsko in politično vprašanje, vlade so se pričele ukvarjati z njegovo rodnostjo, bolehnostjo, življenjsko dobo, plodnostjo, zdravstvenim

²⁵ Sem sodijo še denimo šolski preskusi znanja in vojaške inšpekcije (ib.).

²⁶ V magistrskem delu se sklicujem na slovenski prevod, ki je izšel leta 2000.

stanjem, prehrano in bivališči. V središču tega ekonomskega in političnega problema prebivalstva je seks: treba je analizirati stopnjo rodnosti, starost za poroko, zakonita in nezakonita rojstva, prezgodnost in pogostost spolnih odnosov, način, kako jih narediti plodne ali jalove, učinek samskega stanu ali prepovedi, posledico postopkov proti zanositvi ipd. (gl. Foucault, 2000: 28-30).

Spolnost po Foucaultu ni nekaj, kar obstaja izven govora. Foucault absolutno zavrača teze o represiji nad seksualnostjo, ki predpostavljajo, da je seks zatiran in da se ga šele nekako od Freuda naprej trudimo razumeti in sprejeti v njegovi resničnosti. Nasprotno meni, da ga poplava govorov o njem, ki se je sprožila v 18. stoletju, pravzaprav šele vzpostavlja in množi v dotlej nepoznani raznovrstnosti. V tem času se je rodila množica perifernih seksualnosti. Strogost zakonov glede spolnih prestopkov se je v 19. stoletju znatno ublažila; pravosodje jih je samo odstopalo medicini. Vmešavanje Cerkve v spolno življenje zakoncev in njeno zavračanje načinov varanja oploditve je oslabelo. Je pa zato v užitke para z vso močjo prodrila medicina²⁷. Iznšla je organsko, funkcionalno in duševno patologijo, ki naj bi izhajala iz 'nepopolnih' seksualnih praks, skrbno popisala in razvrstila vse postranske oblike ugodij, vključila jih je v 'razvoj' in v 'motnje' nagona, prevzela jih je v svoje upravljanje. Foucault trdi, da tu oblast deluje kot mehanizem poziva: oblast privlači, izvleče te nenavadnosti, nad katerimi potem bdi. Užitek se širi na oblast, ki ga preganja; oblast pa utrdi užitek, ki ga je ravno prepodila. Po eni strani torej užitek predstavlja vršiti oblast, ki sprašuje, nadzira, preži, prisluškuje, brska, otipava, spravlja na svetlo, na drugi strani pa se užitek razvema tako, da se mora izmuzniti tej oblasti, ji uhajati, jo varati ali popačiti. Oblast seksualnosti tako ne določa mej, pač pa jo vključuje v telo kot način opisovanj posameznika (gl. Foucault, 2000: 44-51).

Spolnost je ključna tarča oblasti, ki se je organizirala okrog upravljanja življenja, in ne več na podlagi grožnje s smrtjo. Ta oblast je razpršena, deluje iz več središč, ki niso nujno usklajena. Hrženjakova povzame, da sodobno oblast, ki ji je discipliniranje telesa in spolnosti osrednji medij, prek katerega deluje s pomočjo znanstvenih diskurzov, ni več mogoče misliti kot centralizirano in monopolizirano v rokah majhne skupine ljudi ali v kakšni instituciji, temveč razpršeno po vseh ravneh družbenega življenja in uresničujočo se

²⁷ Foucault piše tudi, da se je seks skozi 19. stoletje vpisoval na dva povsem različna seznama znanja: v biologijo razmnoževanja, ki se je razvijala v skladu s pravili znanosti, in v medicino seksa, ki se je pokoravala drugim pravilom in ostajala prežeta z lahkovernostmi (Foucault, 2000: 59).

v vsakdanjih (javnih in zasebnih) osebnih odnosih med ljudmi. Foucaultova »mikrofizika oblasti« tako ne deluje z represijo nad »avtentičnim telesom« in njegovo seksualnostjo in ne kontrolira telesa z ideologijo in prisilo, ampak z znanstvenim in popularnim diskurzom producira telesa kot specifične tipe teles, in to ne zgolj z zunanjo kontrolo, pač pa predvsem s tehnikami samonadzorovanja in discipline (Hrženjak, 2002: 16-17).

Foucault v spolnosti vidi točko, skozi katero gredo odnosi oblasti: med moškimi in ženskami, med mladimi in starimi, med starši in potomstvom, vzgojitelji in učenci, duhovniki in laiki, upravo in prebivalstvom. Meni, da ni treba iskati, kdo v redu seksualnosti ima oblast (moški, odrasli, starši, zdravniki) in kdo je brez nje (ženske, mladostniki, otroci, bolniki), ampak raje iskati shemo sprememb, ki jih odnosi moči vsebujejo že v samem delovanju. 'Porazdelitve oblasti' naj bi vselej predstavljale samo trenutne izreze procesov, bodisi okrepitve, ki se je nakopičila v najpomembnejšem odnosu, bodisi preobrata odnosa, bodisi hkratne rasti obeh strani. Za oblast ima spolnost veliko instrumentalno vrednost: uporabna je za večino manevrov in lahko služi kot oporišče ali stikališče za najrazličnejše strategije²⁸. Te pa po Foucaultu nimajo za cilj krepitve mehanizmov združevanja ali reprodukcije, temveč so usmerjene predvsem h krepitvi telesa – z večanjem njegove vrednosti kot predmeta znanja in kot elementa v odnosih oblasti. Spajanje mehanizma združevanja (sistema porok, utrjevanja in razvoja sorodstva, prenašanja imen in imetij) in mehanizma seksualnosti v obliki družine po njegovem omogoča razumevanje nekaterih pojavov, npr. da je od 18. stoletja naprej družina postala obvezno mesto naklonjenosti, čustev in ljubezni. Starši in zakonci postanejo v družini glavni predstavniki mehanizma seksualnosti, ki se zunaj opira na zdravnike, pedagoge, kasneje psihiatre, znotraj pa podvaja in kmalu 'psihologizira' ali 'psihiatrizira' odnose zakonskega združevanja²⁹ (Foucault, 2000: 103-116).

Nova »tehnologija seksa« se je po Foucaultu (2000: 121-123) razvijala po treh oseh: po osi pedagogike, ki je imela za cilj posebno seksualnost otroka, po osi medicine, katere cilj je bila seksualna fiziologija, ki je lastna ženskam, in po osi demografije, ki je imela za cilj

²⁸ O strategijah, ki so po Foucaultu značilne za 18. stoletje, sem pisala že v 3. razdelku prvega poglavja, t.j. *Materinstvo kot (ženska) socialna identiteta*.

²⁹ Tako da se tedaj pojavijo »nove osebe«: *nervozna žena, frigidna soproga, brezbrizna ali z morilskostjo obsedena mati, impotenten, sadističen, perverzen mož, histerična ali nevrastenična hči, prezgodaj dozorel in že izčrpan otrok, mlad homoseksualec, ki zvrta poroko ali zanemarja svojo ženo. Te figure, v katerih se mešata sprijeno združevanje in nenormalna seksualnost, v red združevanja vnašajo nered, in tako predstavljajo za sistem združevanja priložnost, da v seksualnosti uveljavi svoje pravice (ib.).*

spontano ali dogovorjeno urejanje rojstev. V zvezi s seksom se je razvila nekakšna biološka odgovornost do vrste: ne samo, da so seks lahko prizadele njegove lastne bolezni, pač pa je lahko, če ni bil nadziran, bolezni bodisi prenašal bodisi z njimi okvaril prihodnje generacije. Od tod izhaja medicinski in politični načrt vzpostavitve državne uprave nad porokami, rojstvi in preživetji, seks in njegova plodnost morata biti upravljani.

V povezavi s tem Foucault nadaljuje svojo argumentacijo za ovrženje teze o represiji nad seksualnostjo in za prikaz delovanja oblasti prek seksualnosti. Prikaže, da so bile najstrožje tehnike seksualne kontrole najprej uporabljene v ekonomsko privilegiranih in politično vodilnih razredih, in ne v revnih, podrejenih slojih. Tako imenovani »vodilni razredi« niso vzpostavili mehanizma seksualnosti za omejevanje užitka pri slojih, ki jih je bilo treba izkoriščati, ampak so ga uporabili za utrjevanje, obrambo in okrepitev svojega lastnega sloja. Buržoazija je v obleganju lastnega seksa s tehnologijo oblasti in znanja, ki jo je sama iznašla, dala visoko politično ceno svojemu telesu, svojim občutkom, užitkom, zdravju in preživetju. Če je plemiška aristokracija potrjevala posebnost svojega telesa v relaciji s svojo 'krvjo', izhajajočo iz starodavnega rodu in vrednosti zakonskih združevanj, si je ustvarila telo s pogledom na drugo stran: na potomstvo in zdravje svojega organizma. Proletariat se je plodil sam od sebe in buržoazije sprva ni skrbelo njegovo telo in seks. Šele težave v zvezi s poselitvijo mestnih prostorov, epidemije, razvoj težke industrije s potrebo po stalni in sposobni delovni sili in posledično vzpostavljanje tehnologije kontrole z uvajanjem šolstva, stanovanjske politike, javne higijene, splošne medikalizacije prebivalstva itd. so omogočili, da se je v izkoriščani razred brez nevarnosti vneslo mehanizem seksualnosti (Foucault, 2000: 125-132).

Dolar komentira, da se je območje mikrofizike oblasti s prestavitvijo v seksualnost, v konstitucijo »intimnosti« in nasploh »telesnosti«, precej razširilo. Kot pojasnjuje, je za Foucaulta vladavina nad telesom važnejša kot vladavina nad glavo, in prav zato naj se Foucault ne bi ukvarjal s problematiko ideologije in legitimacijskih mehanizmov, s katerimi po njegovem ni mogoče razložiti oblastnih tehnik. Dolar na tem mestu opozarja, da se pri tem, da lahko telo vidimo kot disciplinirano, tj. vključeno v tehnike oblasti, pokaže tudi potreba po nekem nediscipliniranem telesu, telesu onstran zakona in seksualnosti, tj. tistih telesih in užitkih, ki jih Foucault postavlja kot pozitivne opore, toda opiše le z meglenimi opredelitvami. Kakor navaja, je Foucault na očitke, da nikoli ne eksplicira kritičnega

stojišča, od koder motri oblastne mehanizme, odgovoril z uvedbo subjekta, ne kot norme, marveč kot kraja, kjer se postavljajo norme. Subjekt je stopil na mesto nikoli eksplicirane pozitivne opredelitve teles in užitkov in se pojavil ravno v razmerju do telesnosti in seksualnosti, v uporabi užitkov. Drugi korak pa je bil rehabilitacija razsvetljenstva, kot dobe, še bolj pa kot historične drže, ki nam danes omogoča našo pozicijo subjektivnosti (Dolar, 1991: XXVI-XXVII).

2.4. Foucault in feminizem

Razmerje med Foucaultom in feminizmom je mešanica privlačnosti in razhajanja. Današnji feminizem njegovih teoretskih izhodišč ne želi uporabljati nekritično, se jim pa tudi ne more izogniti. Veliko avtoric s področja feminizma Foucaulta kritizira predvsem v njegovem razumevanju oblasti kot necentralizirane in neposestvovane, kar je v nasprotju s feminističnimi predpostavkami, po katerih je oblast v rokah moških in se izraža v moškem gospodovanju nad ženskami. Očitajo mu tudi to, da je ignoriral feminizem in da ni problematiziral ženskega položaja v oblastnih razmerjih. Pregled novejših besedil, ki obravnavajo vprašanja iz domene feminizma, pa napeljuje k sklepu, da so mnoge avtorice sprejele Foucaulta na nek selektiven način in da njegove koncepte uporabljajo komplementarno z drugimi.

Eva Bahovec vidi v središču zanimanja v polju »feminizem in Foucault« razmerje med vidnostjo, vednostjo in oblastjo, pri čemer oblast učinkuje kot odsotnost »žensk« na empirični ravni in »ženskega« na ravni koncepta in hkrati kot izpostavljenost pogledu in njegovemu nadzirajočemu in disciplinirajočemu pomenu. »Oblast je oboje: bodisi preveč odsotnosti in spregleda bodisi premalo »odsotnosti« pogleda« (Bahovec, 2001: 7). Po Kate Soper (1993: 31) sta si feminizem in Foucault najbolj blizu pri svojem poudarjanju seksualnosti kot kulturnega konstrukta, in ne pojava, vodenega od narave. Susan Bordo (1993: 192) pa prikazuje, da je v kasnejših feminističnih »prisvojitvah« Foucaulta osrednji poudarek, da sebstvo in subjektiviteta nista vzdrževana prek fizičnih omejitev in prisile, ampak prek individualnega samonadzora in samoprilaganja normam. Ta avtorica, ena od

vodilnih s področja fenomenologije telesa³⁰, priznava, da ji je ob osebnem odkritju Foucaulta največjo vrednost predstavljal njegov historicizem³¹, »intelektualna usmeritev, ki vztraja, da ideje ne izvirajo niti iz brezčasnih nebes niti ne koreninijo v nujnostih 'narave', ampak se razvijajo iz imaginacij in intelektov zgodovinskih človeških bitij« (Bordo, 1993: 190). Njegovo discipliniranje telesa pa po njenem ni izvorni produkt postmoderne kulture, temveč naj bi neposredno izhajalo iz Marxa, po katerem je posameznikova pripadnost določenemu ekonomskemu razredu vplivala na njegovo izkušnjo in definicijo telesa, ter feminizma šestdesetih in sedemdesetih let dvajsetega stoletja, ki mu, kot ugotavlja avtorica, le malokdo pripisuje pomembnejši prispevek h glavnim teoretskim premikom zadnjih desetletij. Bordojeva trdi, da rekonceptualizacijo telesa iz čiste biološke forme v zgodovinsko konstrukcijo in medij socialne kontrole dolgujemo prav feminizmu³², ki je po njenem prepogosto viden kot političen aktivizem, nezmožen teoretskih presežkov (Bordo, 1993: 182-190).

Dejansko je, kot razlaga Bahovčeva, najbolj uveljavljena in najdlje splošno razširjena opredelitev feminizma kot političnega projekta, povezanega z bojem za odpravljanje podrejenosti in nenenakosti žensk, za nediskriminiranost, za človekove pravice žensk na vseh področjih družbenega življenja (v izobraževanju, zaposlovanju, politiki, znanosti, umetnosti itn.). Feministična teorija po njenem v tem kontekstu pomeni teorizacijo feminizma kot družbenega gibanja, feminizem kot epistemološki projekt pa je boj za pomene, koncepte, miselno tradicijo. »To je opozicijska, potencialno subverzivna vrednost, ki se postavlja po robu vladajočim idejam, preizprašuje literarni, filozofski, umetnostno-zgodovinski itn. kanon, pregleduje »uradno vednost« in postavlja pod vprašaj vse, kar se predava na univerzah« (Bahovec, 2001: 5).

Ravno zato veliko avtoric s tega področja Foucaultu zameri, da s tezo o razpršenosti oblasti in s svojim relativizmom praktično zanika možnost upora proti oblasti, ki bi temeljil na

³⁰ Hrženjakova (2002: 17) meni, da je njeno delo *The Body and the Reproduction of Femininity* iz leta 1989 ena od najbolj znanih »foucaultovskih« analiz kulturnih in medijskih praks discipliniranja ženskega telesa.

³¹ Na tem mestu morda lahko pripišemo, kaj je o historicizmu v feminizmu v nekem drugem kontekstu zapisala Bahovčeva. Po njenem sta se historicizem in socialni konstruktivizem v feminizmu tako uveljavila, da je postala 'narava' v sodobni feministični teoriji sinonim vsega hudega. ».../ pomeni isto kot biologizacija (nasproti historizaciji), čista in nespremenljiva danost, ideološka camera obscura, hipostaziranje večno ženskega, zavajajoča esencijalizacija, anatomija, ki je usoda« (Bahovec, 1999: 69).

³² Kot navaja, se je ideja o definiranju in oblikovanju telesa kot ključnemu torišču oblasti pojavila že pri Mary Wollstonecraft, ki je že leta 1792 opisala produkcijo krotkega telesa pri domestificiranih ženskah privilegiranih razredov (Bordo, 1993: 185).

odpravljanju zatiranja in emancipaciji. Za to zamero stoji tudi strah, da mesto feminizma v akademski sferi družbene teorije zavzame, kot piše Ramazanoğlu (1993: 8), intelektualno izzivalna, a izjemno abstraktna zmes med feminizmom, poststrukturalizmom in postmodernizmom, nedovzetna za politično ost feminizma. Avtorica opozarja, da je Foucaulta mogoče politično uporabiti v podporo moški prevladi nad ženskami, feminizem pa da lahko iz emancipatornega globalnega gibanja postane filozofska specializacija, ki zagotavlja legitimacijo političnemu pluralizmu, v okviru katerega se ženske politično fragmentirajo na podlagi najrazličnejših družbenih razlik.

Foucault je namreč jasno pokazal, da oblast ne more biti v posesti nekoga; je le strategija, mreža razmerij, katere rezultat je določena razporeditev moči; se je ne da analizirati kot proizvod neke zavestne intence ali interesa; in je za njeno razumevanje važnejša sama forma kot njena vsebina. Po njegovem šele oblast konstituira tisto, kar naj bi bilo predmet represije. Iz oblasti pa se tako tudi ne da izstopiti ali organizirati družbo brez oblasti, mogoče in treba pa se je določeni oblastni strategiji postaviti po robu z drugo (gl. Dolar, 1991: XVIII).

Ramazanoğlu in Holland (1993: 240-241) ugotavljata, da se na podlagi takih pogledov ženske ne morejo okrepiti v primerjavi z moškimi, kajti moški kot skupina sploh nimajo moči³³. Kot pišeta, Foucault v tem ni videl problema, saj po njegovem ženske ali drugi deprivilegirani lahko destabilizirajo oblast z iskanjem lokalnih, specifičnih točk odpora. Pri tem Foucault seveda ni upošteval ženskih izkušenj s tem, da se nad njimi izvaja oblast. Navsezadnje pa niti feminizmu samemu še ni uspelo najti poti, po kateri bi žensko izkustvo moškega gospostva postalo 'univerzalna realnost' z neko stopnjo znanstvene veljavnosti, in s tem zacementirati objekta svojega preučevanja. In čeprav so denimo določene empirične raziskave (Holland v Ramazanoğlu in Holland, 1993: 242) pokazale, da socialne razlike (pripadnost posamezni razredni, rasni/etnični ali starostni skupini) ne značilno vplivajo na načine, na katere moški izvajajo oblast nad ženskami v spolnih razmerjih, se vse bolj uveljavljajo pogledi, ki poudarjajo vpliv socialnih razlik na žensko izkustvo. Takim pogledom pa se Foucaultova pluralistična metodologija, ki oblasti ne reducira na en vzročni faktor, prilega. In prav v tem lahko vidimo tisto, kar ima v mislih Caroline Ramazanoğlu

³³ Foucault je priznal, da moški izvajajo oblast nad ženskami, ne pa tudi, da je oblast v njihovih rokah (Brooks, 1997: 57).

(1993: 3), ko pravi, da se s Foucaultom razkrijejo tudi težave »v feminizmu in za feminizem«.

Možnosti za obrambo pred dominantnimi vednostmi predvideva zlasti Foucaultovo poznejše delo, ki ponuja razlago, da oblast vedno dopušča možnost odpora oz. da so razpršene točke odpora pravzaprav del oblasti same. Edwardsova in Ribbensova (1998: 12-13) v zvezi s tem menita, da je proti javnim vednostim včasih uperjeno več nespoštovanja kot pravega upora na javnem nivoju. To nespoštovanje se izraža v različnih oblikah vednosti, ki temeljijo v bolj zasebnih prostorih in izkušnjah³⁴. Bordojeva (1993: 192) razlaga, da imajo tudi prevladujoče norme nek potencial za transformacijo. Tako kot se dogaja, da posameznica ali posameznik izkusi iluzijo moči, medtem ko nastopa kot krotko telo (npr. pri anoreksiji), po njenem prihaja tudi do tega, da ima neka 'krotkost' posledice, ki so osvobajajoče v osebem smislu in/ali vplivajoče na kulturo³⁵. Fraserjeva (v Brooks, 1997: 59) pa v Foucaultovem pojmovanju moderne oblasti vidi dobro podlago za opustitev nekaterih široko razširjenih strateških in normativnih političnih orientacij in za zavzetje stališča »politike vsakdanjega življenja«.

Nekateri Foucaultu očitajo androcentrizem (gl. npr. Soper, 1993: 39-43, ki navaja še: Diamond in Quinby, Bartkowski, Morris in Balbus). Po drugi strani pa je tovrsten premislek, kot opozarja Sawickijeva, nujen tudi za sam feminizem. Meni namreč, da mora feminizem priznati svoje lastne potencialno dominantne vzgibe. Po njenem Foucault ponuja uporabno alternativo preveč monolitnim feminističnim predpostavkam o moški oblasti nad ženskami in podobno tudi Groszova ugotavlja, da feministični pristopi niso nič bolj nevtralni oz. osvobojeni vrednotenja in nič manj vpeti v oblastna razmerja kot drugi (obe v Brooks, 1997: 55).

S soočenjem Foucaulta in feminizma, ki ima v družboslovju prej status aktivističnega kot teoretskega projekta, a mu kljub temu priznavajo prispevek k problematiziranju ideoloških

³⁴ Tako lahko prihaja pri materah in zdravstvenih delavcih do precej različnih pogledov na potrebe otrok. Neka študija (Mayall in Forster, 1989, v Edwards, in Ribbens, 1998: 12-13) je denimo pokazala, da so matere bolj osredotočene na 'zdaj' in 'daj-dam' vsakodnevnega življenja z otroki, zdravstveni delavci pa poudarjajo razvojne stopnje otrok v okviru svojega strokovno utemeljenega javnega diskurza razvojne psihologije. Ta diskurz matere sicer lahko ponotranjijo, vendar ne nujno v celoti in tudi ne v vsakem primeru delujejo v skladu z njim. Včasih ga lahko namerno prezrejo ali pa delujejo v skladu z drugačnimi prepričanji in izkušnjami, ki ne upoštevajo javnega diskurza. Podobno delujejo tudi, ko gre za vzgojo in izobraževanje otrok, v razmerju do pedagoških delavcev (ib.).

³⁵ Med primeri za to med drugim navede, da lahko ženska 'dekorativnost' v profesionalnih okoljih, ki jim vladajo moške norme (npr. v akademskem svetu), učinkuje subverzivno (Bordo, 1993: 193).

implikacij navidez vsakdanjih oz. nevtralnih družbenih pojavov (kakršno je seveda tudi materinstvo), prehajam v osrednji del besedila, v katerem se bom posvetila subjektivizaciji mater v kontekstu medicinskih diskurzov.

3. Medicinski diskurzi o materinstvu

3.1. Reproduktivno zdravje

Reproduktivno zdravje je v sodobnem zdravstvu definirano kot stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje v vseh pogledih, ki se nanašajo na reproduktivni sistem, njegove funkcije in procese, tako pri moških kot pri ženskah³⁶. V praksi je glede reproduktivnega zdravja medicinska pozornost skržena predvsem na obravnavo žensk v t.i. reproduktivnem obdobju³⁷ in v tem se nedvomno kaže določeno nesorazmerje.

Posebno protislovje pa se poraja v razmerju med reproduktivnim zdravstvenim varstvom, ki ga večinoma izvajajo specialisti in specialistke ginekologije in porodništva, z uporabnicami njihovih storitev. Po eni strani namreč lahko v tem odnosu razkrijemo elemente kontrole v foucaultovskem smislu, to je v nadzorovanju, normiranju in discipliniranju oz. samodiscipliniranju ženskega telesa in njegovih reproduktivnih ali spolnih funkcij. Po drugi strani pa to razmerje ženskam prinaša tudi osvobajanje od socialnih, psihičnih in materialnih težav, ki jih prinašajo neželena materinstva, ter do neke mere odpravlja podvrženost boleznim in smrtim zaradi komplikacij v nosečnosti ali ob porodih in zaradi nestrokovnih prekinitev nosečnosti. S tem se ženskam ponujajo možnosti za drugačen položaj v spolnih razmerjih, za nastopanje na trgu dela in drugačne možnosti za delovanje v družbi nasploh.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja RS (v Mihevc Ponikvar, spletni naslov 1) je v Sloveniji leta 2004 v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu opravljalo svojo dejavnost nekaj več kot 130 zdravnikov, večinoma specialistov ginekologije in porodništva, in 200 drugih zdravstvenih delavcev: srednjih, višjih in diplomiranih medicinskih sester ter

³⁶ Definicija povzeta po prispevku Irene Kirar Fazarinc in Dunje Obersnel Kveder (spletni naslov, gl. Literatura), ki sicer izhaja iz Akcijskega programa mednarodne konference o prebivalstvu in razvoju – Kairo, 1994.

³⁷ Gl. npr. opis iz slovenskega zbornika ginekoloških in porodničarskih besedil: »Varovanje reproduktivnega zdravja zajema vse naše postopke in delovanja pri ohranjanju zdravja nosečnice, porodnice in otroka na različnih področjih: ginekologija in porodništvo, neonatologija, pediatrija, socialna služba, izobraževanje« (Novak-Antolič, 2004: 17).

babic. V povprečju je prišlo na enega zdravnika 6550 žensk, starejših od 15 let, skupaj pa je bilo opravljenih več kot 721.000 obiskov pri zdravnikih (3,6% več kot leto poprej), od tega slaba polovica (49%) preventivnih (kontracepcijsko svetovanje in predpisovanje kontracepcije, preventivni pregledi v nosečnosti, program za zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu itd.). Kot še navajajo na spletnih straneh inštituta, sodijo med najpogostejše ugotovljena patološka stanja v primarnem reproduktivnem zdravstvenem varstvu vnetja reproduktivnih organov in motnje menstrualnega ciklusa. To velja za ženske. Podatkov o patoloških stanjih moških reproduktivnih organov, procesov oz. funkcij slovenska »statistika reproduktivnega zdravja« ne vsebuje, iz česar lahko sklepamo, da so ženske reproduktivne funkcije deležne izrazitejše družbene regulacije.

Vodilo za današnje pojmovanje reproduktivnega zdravja je Akcijski program mednarodne konference o prebivalstvu in razvoju – Kairo, 1994. Po njem reproduktivno zdravje pomeni: da imajo ljudje zadovoljujoče, varno spolno življenje in otroke; da lahko svobodno odločajo o tem, ali sploh, kdaj in kolikokrat bodo to storili; da imajo pravico do ustreznih informacij; in v povezavi s tem pravico do varnih, učinkovitih in sprejemljivih metod za načrtovanje družine po svoji izbiri ter pravico do zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo ženskam varno preživetje nosečnosti in poroda, parom pa najboljše možnosti za zdravega otroka³⁸ (prim. Kirar Fazarinc, Obersnel Kveder, spletni naslov).

Kljub temu se stanje reproduktivnega zdravja v Sloveniji, in drugod še ni veliko drugače, čeprav se v prihodnosti morda obetajo spremembe³⁹, ocenjuje s kazalci, ki so v največji meri vezani na noseče ženske in njihove fetuse oz. novorojenčke in dojenčke do enega leta starosti (maternalna umrljivost, perinatalna umrljivost in splavnost, pa tudi delež rojenih otrok z Downovim sindromom, delež živorojenih otrok glede na starostne skupine mater, npr. mlajše od 20 let ali starejše od 35 let, delež porodov s carskim rezom idr.). Pridružujejo se jim podatki o uporabi kontracepcijskih sredstev, ki se z izjemo na trgu prosto dostopnih kondomov ter redkih moških sterilizacij⁴⁰ še vedno predpisujejo predvsem ženskam – v

³⁸ V povezavi s tem reproduktivne pravice obsegajo: pravice vsakega para in posameznika, da svobodno in odgovorno izbere število, presledek in čas rojstva za svoje otroke; pravica do vseh potrebnih informacij in sredstev, da lahko to stori; pravica do najvišje ravni reproduktivnega in spolnega zdravja; pravica do sprejemanja odločitev o reprodukciji brez diskriminacije, prisile in nasilja; pravica do upoštevanja potrebe živečih in bodočih otrok in posameznikovo odgovornost do skupnosti.

³⁹ Kot piše Lidija Andolšek-Jeras (2003), Urad Svetovne zdravstvene organizacije za Evropo priporoča razširitev programov za varovanje spolnega in reproduktivnega zdravja na oba spola.

⁴⁰ Po podatkih, ki jih je objavila Andolšek-Jerasova (2003) sterilizacijo v Sloveniji izbere okrog 3% žensk in moških, pri čemer je razmerje med ženskami in moškimi 8:1.

ginekoloških ordinacijah, ter podatki o spolno prenosljivih okužbah, katerih velik del se odkrije prav tako v ginekoloških ordinacijah (prim. Kirar Fazarinc in Obersnel Kveder, spletni naslov, Mihevc Ponikvar in Renar, spletni naslov, ter Andolšek-Jeras, 2003).

Stopnja maternalne umrljivosti in stopnja perinatalne umrljivosti⁴¹ veljata za dokaj verodostojna kazalca socialnoekonomskega stanja okolij, v katerih sta izmerjeni. Kot pišeta Mihevc Ponikvar in Renar (spletni naslov), se v najširšem smislu stopnja maternalne umrljivosti uporablja kot merilo družbenega položaja žensk, dostopnosti zdravstvenega varstva ter kakovosti oziroma sposobnosti tega sistema, da se prilagaja potrebam žensk. Po drugi strani pa je v industrializiranih družbah, kot navajata Romito in Hovelaque (v Lorber, 1997: 19), iz družbenoekonomskega položaja nosečnic s precej veliko natančnostjo mogoče napovedati, ali bo novorojenček mrtvorjen, bolan, deformiran ali prezgodaj rojen oz. bo umrl v prvem letu svojega življenja.

Po podatkih, ki jih navaja Andolšek-Jerasova (2003), se Slovenija, v kateri je kar 98 odstotkov nosečnic vključenih v predporodno varstvo in jih 99 odstotkov rodi v porodnišnicah, z doseženo stopnjo perinatalne umrljivosti, ki znaša 8 na 1000 rojstev, uvršča na sredino evropske lestvice, po umrljivosti dojenčkov (6/1000 živorojenih) smo na solidnem mestu, po maternalni umrljivosti pa med najslabšimi v Evropi (27,6/100.000 živorojenih). Avtorica prikaže gibanje stopnje maternalne umrljivosti v preteklosti: »med 1960-69 smo izgubili 47 žensk na 100.000 živorojenih otrok, dvajset let pozneje v obdobju 1980-1990 povprečno 11,7 žensk, leta 1992 pa 5. Od takrat se je maternalna umrljivost ponovno dvignila in je bila leta 1996 prvič 27 na 100.000 živorojenih otrok«⁴². Avtorica pripomni, da je bila tega leta tritedenska zdravniška stavka in med tem sta umrli dve ženski. Povprečna petletna stopnja maternalne umrljivosti za obdobje 1995-1999 je znašala 12,1 na

⁴¹ Maternalna smrt je, v skladu z definicijo Svetovne zdravstvene organizacije, smrt ženske v času nosečnosti ali v 42 dneh po koncu nosečnosti, ne glede na trajanje in mesto nosečnosti, zaradi kakršnega koli vzroka, ki je povezan z nosečnostjo ali s postopki v nosečnosti, toda ne zaradi nezgod in naključnih vzrokov. Stopnja maternalne umrljivosti je razmerje med številom vseh primerov maternalnih smrti v časovnem obdobju in številom živorojenih otrok v istem časovnem obdobju, pomnoženo s 100.000. V Sloveniji se zaradi nizkega števila rojstev (v zadnjih letih med 17.000 in 18.000 na leto) izražena stopnja maternalne umrljivosti lahko iz leta v let precej spreminja, zato za prikaze pogosto raje uporabljajo nekajletne povprečne stopnje.

Perinatalna umrljivost ne glede na porodno težo na 1000 rojstev je razmerje med številom vseh perinatalnih smrti (seštevek števila mrtvorjenih, težkih 500 g in več, in števila umrlih otrok do 7. dneva starosti, težkih 500 g in več) v koledarskem letu in številom vseh rojenih, težkih 500 g in več, v istem letu, pomnoženo s 1000. V primeru, da se pri večplodni nosečnosti eden izmed otrok rodi kot živorojen, šteje med mrtvorjene tudi njegov mrtvorjeni par, kljub temu, da je lažji od 500 gramov (gl. Mihevc Ponikvar, spletni naslov 2, ter Mihevc Ponikvar in Renar, spletni naslov).

⁴² Novak-Antoličeva celo navaja podatek, da je tistega leta (1996) umrlo 32 žensk na 100.000 živorojenih otrok (prim. Novak-Antolič, 2004: 21).

100.000 živorojenih otrok, kar je povprečno za 5/100.000 več kot v najbolj ugodnem obdobju med letoma 1987 in 1995⁴³. Avtorica meni, da podatki za leto 2000 kažejo, da smo po stopnji maternalne umrljivosti na repu Evrope, saj so za nami le še Estonija, Romunija in Rusija, in navaja, da v zadnjih letih narašča delež neposrednih porodniških vzrokov za smrti (krvavitve, embolije, preeklampsije).

Kot piše Doyalova, se je v razvitih državah maternalna umrljivost v zadnjem stoletju občutno znižala, in sicer na okoli deset smrti porodnic na sto tisoč živorojenih otrok. Kljub temu pa vsako leto zaradi zapletov v nosečnosti, med porodom in po porodu v svetu umre okoli pol milijona žensk, večina od njih v t.i. tretjem svetu, kjer se zgodi 83 odstotkov vseh porodov (Doyal, 1995: 125, podobni podatki tudi v Mihevc Ponikvar in Renar, spletni naslov). Doyalova (ib.) le del zaslug za to pripisuje porodnemu varstvu, pravzaprav ima pomisleke glede marsikaterih metode, ki se uporablja v sodobnem porodništvu. Okrepljene sposobnosti žensk za materinstvo so po njenem v prvi vrsti dosežene z boljšo prehrano, ugodnejšimi stanovanjskimi in delovnimi razmerami ter širšo dostopnostjo učinkovitejših načinov uravnavanja nosečnosti.

Mnoga feministična besedila, predvsem tista iz najbolj udarnih let t.i. feminizma drugega vala izkazujejo nezaupanje v ginekologijo in porodništvo kot prestižno zdravniško specializacijo v domeni moških, sodobnejše obravnave pa poudarjajo, da vprašanje oblasti v ginekologiji ni tako monolitno in enosmerno.

Po Pringlovi (1998) je bila najizrazitejša implikacija tega vala raziskovalk prikaz (in kritika) medikaliziranega poroda kot moškega nadzora nad ženskami (npr. po Adrienne Rich) oz. ginekologije kot sredstva za utrjevanje spolnega kastnega sistema (po Mary Daly). Pringlova zavrača feministični diskurz, po katerem je ginekologija skorajda isto kot patriarhija, ker da označuje moško gospodovanje nad ženskami prek znanj in praks, ki jim dajejo nadzor nad ženskimi telesi, seksualnostjo in reproduktivnimi potenciali. Po njenem so razmerja v okviru porodnega varstva precej bolj kompleksna, saj namreč tudi babice, ki naj bi v nasprotju z moško medikalizacijo in tehnikalizacijo porodov ohranjale tradicionalna

⁴³ Po podatkih IVZ RS je petletna stopnja maternalne umrljivosti v letih 1998-2002 znašala 12,5/100.000 živorojenih otrok, triletna povprečna stopnja za obdobje 2000-2002 pa 15,1/100.000 živorojenih otrok (gl. Mihevc Ponikvar in Renar, spletni naslov). Podatki nihajo tudi zaradi nizkega števila porodov in vsak primer maternalne smrti lahko močno poveča stopnjo umrljivosti.

ljudska (ženska) znanja porodništva, ki naj bi bila bliže 'naravi', ne stojijo izven oblasti, ampak so prav tako člen v socialni konstrukciji (če hočemo: 'naravnega') poroda. Poleg tega v ginekologijo in porodništvo vstopa vse več žensk – specialistk⁴⁴, ki prinašajo drugačne pristope in spreminjajo v tej specializaciji prevladujoče diskurze. Pa tudi uporabnice njihovih storitev niso več povsem nemočne, saj imajo proti predstavnikom in predstavnicam te stroke, ki zagrešijo kako napako, možnost uporabe sodnih mehanizmov. Pringlova v obravnavah ginekologije in porodništva opaza premik od kritik patriarhalne oblasti k razkrivanju mrež in diskurzov, prek katerih oblast deluje. Po njenem oblast tudi na tem področju ni kar nekaj dokončnega, ampak se odvija prek množice diskurzov, ki niso v vplivnem območju samo ene skupine. Čisto po foucaultovsko ugotavlja, da so oblastne strategije pomembnejše od struktur in da je oblast vedno kontekstualna (prim. Pringle, 1998: 42-48).

Čeprav ostaja protislovnost razmerja med ženskami in (reproduktivno) medicino nerazrešena, so reproductivne pravice in pravice za ustrezno dostopnost do storitev reproductivnega zdravstvenega varstva v sodobnih programih za pravice žensk na prednostnih mestih. Ženske nedvomno imajo koristi od uporabe medicinskih sredstev za nadzor svojih reproductivnih potencialov, koristi imajo od medicinske pomoči za preventivo pred boleznimi reproductivnih organov in za njihovo zdravljenje, in od medicinske asistencije pri patoloških nosečnostih in ob porodnih zapletih. Pomisleki pa se porajajo pri posledični patologizaciji ženskega telesa in reproductivnih procesov v njem, medikalizaciji vsakdanjega življenja in poudarjanju samo tega vidika ženskega zdravja, ki na drugi strani tudi nima vzporednice v primerljivi obravnavi moškega reproductivnega zdravja. Ali kot pravi Drglinova: »Žensko reproductivno zdravje je pomembno, njegovo pretirano poudarjanje pa je lahko zelo problematično, vsekakor pa ni edino, ki je vredno pozornosti. Osredotočanje zgolj na reproductivno zdravje deluje v skladu s prizadevanjem, da se ženske obravnavajo kot pomembne (predvsem) zaradi reproductivnih zmožnosti« (Drglin, 2002: 58).

⁴⁴ Tako, da pri nas že govorijo o feminizaciji te stroke (npr. Kavšek, 2003).

3.2. Medikalizacija nosečnosti in poroda

Kot sem nakazala v prejšnjem razdelku, se je že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja več avtoric ukvarjalo s tem, ali je medikalizacija za ženske pridobitev ali izguba. V Sloveniji je na področju preučevanja medikalizacije nosečnosti in porodnih praks najvidnejša avtorica zgoraj omenjena Drglinova, ki se v svoji obravnavi medikalizacije nosečnosti sklicuje na avtorje in avtorice, kot so Donzelot, Gélis, Oakley, Shorter in Wagner. Po njenem je medikalizacija proces, skozi katerega je vsakodnevno življenje in delovanje preoblikovano v medicinske probleme, podvržene medicinskemu nadzoru in definicijam, v katerih so poudarjeni tveganje, patologija in terapevtski posegi ali potreba po nadzoru (Drglin, 2003: 23).

Skrb za zdravje bodočega otroka in ustrezno discipliniranje bodoče matere se začne že v predporodnem zdravstvenem varstvu, vse večje pa je tudi medicinsko prizadevanje, da se ta proces prestavi še bolj nazaj, v obdobje pred spočetjem nekega zamišljenega – načrtovanega, ali pa še to ne: lahko tudi čisto slučajno spočetega – potencialnega otroka. V medicinskih diskurzih je žensko telo (in njen način življenja, ki vpliva nanj) predstavljeno kot možna nevarnost za fetus, ki lahko odločilno zaznamuje njegovo telo, umske in duševne sposobnosti, kasnejši način življenja in celo zmožnost formiranja primernih socialnih odnosov... Medicina je tu zato, da drži to nevarnost pod nadzorom, jo spravi na minimum. Samo disciplinirane ženske/matere, ki se držijo prehranjevalnega, spalnega, rekreacijskega, delovnega in spolnega režima ter pravil glede kajenja, uživanja alkohola in drog, so kolikor toliko ukročene in benigne v odnosu do fetusa, kontrolirati pa morajo tudi svoje umske procese in čustva. Na stare zgodbe, da lahko stres pri nosečnici pogubno vpliva na psiho fetusa, so se namreč usedle čisto resne raziskave, ki raziskujejo zdravstvene posledice nevrokemičnih substanc, katerih proizvodnjo spodbujajo čustva nosečnice (o teh raziskavah več v Story, 2003).

Nasvete glede gibanja po svežem zraku, režime spanja, prehranjevanja, izločanja, kopanja, umivanja, utrjevanja bradavic kot priprave na dojenje in podobna priporočila iz slovenskih priročnikov za nosečnice izpred druge svetovne vojne, ki so, kot ugotavlja Drglinova, napisani v »prosvetiteljskem duhu« in so v določeni meri v veljavi še danes, avtorica umesti v luč trditev, da uveljavitev medicine kot znanosti neizogibno poveže povečano pomoč

ljudem z določenimi učinki gospostva. Po njenem lahko ta navodila razumemo kot discipliniranje telesa v foucaultovskem smislu in reglamentacijo. Drglinova prikaže tudi spreminjanje poudarkov pri navodilih skozi čas in poudari, da izjave, ki jih izreka zdravstveno osebje, seveda niso vedno »znanstvene resnice«; po njenem je pravzaprav presenetljivo, kako redko so resnično utemeljene v znanstvenem načinu mišljenja in raziskovanja, ki pa je tudi samo vedno na specifičen način vraščeno v trenutno konfiguracijo znanosti v odnosu do drugih »realnosti« (Drglin, 2003: 28-32).

Po Zolaju se proces medicinskega nadziranja družbe in posameznikov dogaja skozi štiri vrste medicinskih posegov in procesov:

- s širjenjem medicinskih praks v vsakdanje življenje oz. ekspanzijo tega, kar imamo za pomembno v dobri medicinski praksi,
- s popolnim nadzorom in ekskluzivnim dostopom do večine medicinsko tehničnih postopkov, raziskav in podatkov,
- z ekskluzivnim dostopom do tabuiziranih področij vsakdanjega življenja, tabuiziranih delov telesa, tabuiziranih življenjskih praks (spolnost, smrt),
- in končno s širjenjem in medikalizacijo tega, kar imamo v medicini za dobro življenjsko prakso; medikalizacijo zdravega načina življenja, zdravih odnosov, vzgoje itd. (Zola v Ule, 2003: 240). Uletova poudarja, da je medikalizacija družbe tako proizvod medicine kot družbe, to je potencialov medicine in želje družbe po izkoristku tega potenciala (Ule, 2003: 243). V tem smislu tudi Kohler Riessmanova ugotavlja, da ženske niso le pasivne sprejemnice patriarhalne medikalizacije in da so z njo tako pridobile kot izgubile. S tem ko so hotele zmanjšati svojo podrejenost biološkimi procesom, so istočasno prispevale h krepitvi biomedicinskega razumevanja lastnih telesnih izkušenj. Medikalizacija je po njenem prileganje medicinskih in ženskih interesov, kjer želi medicina razširiti svojo oblast, ženske pa si želijo takšno medicino, ki bo slišala in upoštevala njihove zdravstvene težave in probleme (Kohler Riessman, 1992: 140-143).

Kot piše Drglinova (2003: 35), se po Oakleyjevi za vznik skrbi za nosečnice v Angliji šteje začetek dvajsetega stoletja, ko so otroci koncipirani kot otroci naroda, pri čemer je šlo, kot ugotavlja Drglinova, za pomemben premik opredelitve vloge posameznika, tako da je bil posameznik v korist zdravja naroda oz. države dolžan skrbeti za svoje zdravje, mati pa še za zdravje svojih otrok. To je po Drglinovi povezano s pojavom tega, čemur Foucault pravi

medicina socialnega prostora. Preden se je pojavila takšna skrb za populacijo, se namreč, kot ugotavlja Donzelot, medicina ni posebej zanimala za otroke in ženske, zanje so skrbele t.i. »modre ženske«. Ko pa so na področje porodništva stopili medicinsko izobraženi moški, je prišlo do več stoletij dolgega boja proti babiškimi praksam (Donzelot v Drglin, 2003: 35).

Tudi Pringlova (1998: 45-51) razlaga, da se je porodništvo dolgo časa trudilo, da bi prikrilo svoj nemedicinski izvor. Temu je med drugim po njenem mogoče pripisati tudi težavno uveljavljanje žensk v tej profesiji, ki je bila dolgo povsem v domeni moških. Z vključevanjem žensk so se namreč vračali spomini na zatrto, ne tako slavno preteklost, ko je bilo porodništvo v rokah babic. Po Pringlovi so bili moški poskusi za vstop in pozneje za popolni prevzem porodništva vedno povezani z novimi tehnologijami. Prva taka naj bi bila uporaba t.i. *speculuma*, ki je omogočal vizualno diagnostiko, babice, ki so uporabljale bolj tipni pristop, pa so jo zavračale. Pringlova ob tem citira Tatlockovo, ki meni, da se je polje porodništva in ginekologije za vedno spremenilo, »ko so moški uveljavili svojo pravico gledanja in s tem pravico do védenja z videnjem tega, kar so babice vedele z otipavanjem« (Tatlock v Pringle, 1998: 51). Kot nadaljuje Pringlova, se je število moških babičarjev še bolj povečalo, potem ko so izumili porodne klešče (forceps). Drglinova v zvezi s tem povzema Wagnerja, ki podobno trdi, da lahko korenine moderne, visokotehnološke zahodne skrbi za porod najdemo prav v trenutku, ko so moški pričeli uporabljati porodne klešče in različne kirurške tehnike, da bi rešili porodne zastoje. To sprva niso bili zdravniki, pač pa brivci, krojači ali celo mesarji, oklicani za brivce-kirurge, in v ospredju njihovega prizadevanja je bila želja, da bi rešili življenje ženske. Skozi čas je uporaba forcepsa postala tehnika, ki so jo obvladovali večinoma le zdravniki, z njegovo pomočjo so reševali porode, ki jim babice niso bile kos. Uvedeni so bili selektivni mehanizmi za tehnično usposabljanje v porodništvu. Nekateri predpisi so babicam celo prepovedovali uporabo porodnih klešč (v Drglin, 2003: 235-236).

Pringlova (1998: 52) ugotavlja, da je porodničarjem prinesla pravo cenjenost šele njihova vključitev v okvir kirurških praks, kar naj bi povzročilo, da je porod postal bolj kirurško usmerjen in se je začelo poudarjati aktivno vodenje poroda. Rutinsko uporabo medicinsko intervencijskih postopkov pri porodu podrobno razčleni Drglinova (2003). Široka, rutinizirana uporaba klistirja in britja spolovila, ki sta običajna pred operacijami trebuha, po njenem kaže na spreminjanje poroda v medicinski in tudi kirurški dogodek (ib.: 97).

Podobno velja tudi za ustaljeno prepoved uživanja hrane in pijače in dovajanje telesu potrebnih tekočin prek intravenozne infuzije, kar je sicer prav tako značilno za pripravo na kirurške posege (ib.: 100-108). Informacije, ki jih medicinskemu osebju daje fetalni monitoring, ki celo trajanje poroda prek porodničinega telesa spremlja delovanje plodovega srce ter jakost in trajanje popadkov, so pomembnejše od zaznav žensk (ib.: 118). Problematična sta tudi umetna sprožitvev poroda s predrtjem plodovih ovojev in njegovo pospeševanje z dovajanjem oksitocina (umetnimi popadki), s čimer po Davis Floydovi ženska dobiva sporočila, da je »njeno telo-stroj pokvarjeno, ker ne deluje po urniku«, in da je »institucionalni urnik pomembnejši kot ritem njenega telesa in individualna izkušnja poroda« (v Drglin, ib.: 223). Drglinova se posebej posveti tudi carskemu rezu in epiziotomiji, tj. prerezu presredka, ki je pri nas skorajda rutinski, v mnogih primerih dokazano neupravičen poseg. Po njenem lahko tudi prerez presredka beremo kot dejanje, ki učinkovito pretvori porod v kirurški dogodek (ib.: 189).

Vse naštetе prakse so značilne za doktrino t.i. aktivno vodenega poroda, ki je rdeča nit predporodne in porodne zdravstvene obravnave v našem zdravstvu. V aktualnem slovenskem priročniku o porodništvu, iz katerega sem v svojem delu že in bom še navajala, je o aktivnem vodenju poroda zapisano: »Aktivno porodništvo je povsem prekinilo z ekspektativnimi in kurativnimi navadami tradicionalnega porodništva. V ekspektativnem, konservativnem porodništvu so porode navadno vodile babice, zdravnik pa je bil klican k porodu, da je reševal zaplete, ponavadi operativno. V aktivnem porodništvu pa je vodenje in v glavnem tudi spremljanje poteka poroda delo porodničarja. Ta se mora dobro zavedati vseh principov aktivnosti, preventivnosti in pravočasnosti« (Pajntar, 2004a: 159, podčrtala T.K.S.). Ker prostor in namen mojega dela ne dopuščata, da bi se spustila v podrobno analizo tega primera, bom temu napisu nasproti postavila, kar je o aktivnem porodništvu zapisala Drglinova: »Porodnišnica, ki prakticira »aktivno vodenje poroda«, je modelirana po istem principu kot dobro vodena tovarna, v kateri največ velja uspešen produkt in v kateri je zapravljanje časa, energije in virov nedopustno« (Drglin, 2003: 387). Drglinova ob tem navaja tudi Davis Floydovo, ki trdi, da lahko običajna bolnišnična rutina »deluje, da bi vpeljala tehnološki vidik realnosti v porodničino orientacijo o njeni rodni izkušnji« in s tem spodbuja ženske k prilagajanju modelu realnosti, ki prenaša bistvene vrednote določene znanosti, tehnologije, patriarhalnosti in institucij. Fetalni monitor, klistir, oksitocin,

anestezija in epiziotomija so običajni postopki tehnološkega poroda. Materinsko telo je kot stroj, za porod se uporablja metaforični okvir ekonomije (ib.: 388).

Pri problematiziranju sodobnih institucionalnih porodnih praks se moramo zavedati, da je strogo opredeljevanje za ali proti posameznim medicinskim porodniškim posegom praktično nemogoče. Kot ugotavlja Wagner (v Drglin, 2003: 186), namreč ne obstajajo zanesljivi podatki o tem, kakšen je porod, če ni medikalizacije, vse moderno porodništvo in neonatalna literatura sta osnovana na medicinskem porodu. Drglinova pa vendarle opozarja, da so sodobne (medicinske) porodne prakse (ki jih označi za kulturne prakse) preveč podvržene sumljivim, ne vedno upravičenim tehnološkim postopkom. Po njenem bo morda v prihodnosti veliko tehnoloških pripomočkov, ki zdaj na videz prispevajo k varnejšemu in bolj predvidljivemu porodu, spoznanih za »barbarske« (gl. Drglin, 2002: 70).

Po Drglinovi je premik nosečnosti in materinstva pod okrilje medicinskega pogleda povezan s konceptom materinstva kot naravnega, in torej utemeljenega v biologiji (in anatomiji), in s »patologiziranjem« ženskega telesa kot takega, ki (a priori) pomeni grožnjo fetusu in dojenčku (Drglin, 2003: 380). Poudarek je na naravnosti in hkratni patološkosti, pri čemer se naravnost nosečnosti in poroda kaže na nivoju definicij, patološkost pa v praksah medicinske obravnave nosečnic in porodnic. »Medikalizacija življenja se v teh primerih kaže kot oblikovanje pravil za posamezno skupino (nosečnice), ki se jim mora podrediti kljub »naravnosti« stanja. In katera pravila so prava, vedo tisti, ki so strokovno podkovani v teh stvareh, torej babice in predvsem zdravniki« (Drglin, 2003: 25).

V zvezi z naravnostjo nosečnosti in poroda pa so imele (in še imajo) veliko povedati zagovornice »naravnega« poroda kot potrditve »prave« ženskosti, med njimi tudi feministične avtorice bolj esencialističnih usmerjenosti. Kot piše Pringlova (1998: 47-48), je za te poglede značilno, da imajo »naravni« porod za nekakšno razrešitev neravnovesij v porazdelitvah moči, saj da le tak porod ženski omogoča kontrolo nad procesom rojevanja in lastnim telesom. Kot alternativa institucionalnemu porodništvu se postavlja babištvo in rojevanje doma, pri tem pa zanemarja, da se ženskam ni treba dokazovati na tak način in da lahko uporabijo resurse zmedikaliziranega poroda v svoj prid. Pringlova meni, da babištvo ne moremo imeti za feministično prakso, saj da gibanje za porod na domu izhaja iz prizadevanj antifeminističnih skupin s preprostim življenjskim stilom, temelječim v

krščanskem fundamentalizmu. Poudarja tudi, da je porod socialno kontroliran v vseh družbah, zato je praktično nemogoče nasproti postavljati »moški tehnološki porod« in »ženske naravne načine«, kot bi imel – kot pravi Saul (v Pringle, 1998: 48) – nemedikaliziran porod avtoriteto, izhajajočo iz 90.000 let človeške zgodovine.

Če sem do sedaj v skladu z naslovno temo svojega dela govorila v glavnem o razmerju medicine in (bodočih) mater, se moram nekoliko posvetiti še enemu, vse bolj pomembnemu in ne dovolj raziskanemu vidiku sodobne reproduktivne medicine. Medicina je namreč zdaj v vlogi, da ne samo, da nadzoruje matere pri njihovem »ravnanju« s fetusi, ampak nadzoruje tudi fetuse, ali se pravilno razvijajo in so dovolj »normalni«, da se smejo roditi. S sodobno medicinsko tehnologijo se vidnost seli s površja telesa matere v njeno notranjost in v njej s površja fetusovega telesa v njegovo notranjost, njegove organe, njegov kariotip... Ob obstoju presejalnih testov, ki »presejajo« populacijo fetusov skozi rešeto raznih nenormalnosti (npr. prirojene razvojne motnje, srčne napake, Downov sindrom in druge kromosomske nepravilnosti), se vzpostavlja vtis, da imajo nosečnice večji vpliv nad svojim bodočim materinstvom, saj se lahko same odločijo, ali bodo ali ne bodo rodile otroka, ki bo najverjetneje imel posebne potrebe in bo nujno zahteval še več materine požrtvovalnosti, predanosti, vloženega dela, več bolniških odsotnosti z delovnega mesta ali celo opustitev poklicne kariere in odpoved službi.

V sodobnih medicinskih diskurzih tako po eni strani mati še vedno ogroža fetus, po drugi pa lahko zahteva njegovo odstranitev, če je medicina ugotovila, da ni normalen, ne glede na to, da morda obstajajo možnosti za njegovo preživetje ali celo do neke mere kakovostno življenje (npr. pri Downovem sindromu). Kadar pa se fetus rodi veliko prezgodaj (npr. s porodno težo 500 gramov) in so njegove možnosti za preživetje kljub intenzivni terapiji majhne, tveganje za okvare telesnih funkcij, ki ga bodo ob morebitnem preživetju spremljale celo življenje, pa veliko, si medicina vseeno prizadeva ohraniti njegovo življenje. Novak-Antoličeva, ki se sprašuje o mejah, ki določajo, katerega otroka naj medicina še zdravi, razlaga, da obstaja v državah, kjer morajo za intenzivno terapijo plačati starši, realna možnost, da zelo prezgodaj rojeni otrok ogrozi celo družino: »Nekdo je izračunal, da novorojenček, ki ob porodu tehta manj kot 800 g, ne bo v celem svojem življenju zaslužil toliko, kot bodo znašali stroški oskrbe v intenzivni negi. /.../ Slišati je zelo drastična mnenja

o dolžnostih ploda: ne sme ogroziti sredstev za vse druge člane družine/države/družbe« (Novak-Antolič, 2004: 24).

Mati torej ima neko načelno možnost izbire, samo dokler je fetus še v njenem telesu. Medicina jo s predstavljanjem možnih deformacij fetusa celo na nek način spodbuja k temu, da se odloči o izhodu nosečnosti. Vprašanje pa je, koliko je ta izbira res njena in koliko jo lahko imamo bolj za neko (ekonomično) oblastno strategijo za nadzor populacij, ki breme selekcije prevali na matere. Na problematičnost take »izbire« opozarja tudi Drglina, ki meni, da se – v primeru, če abortusi »nekakovostnih fetusov« postanejo socialno zaželeni – postavi dejanska možnost izbire pod vprašaj, saj se zaprejo možnosti za izbiro »ne abortirati«, »ne izvedeti rezultatov« oz. »ne pristati na preiskavo« (Drglin, 2003: 394). Druga skrajnost reguliranja odnosa med materjo in fetusom pa je postavljanje pravic fetusa pred pravico matere, da ima življenjski stil po lastni izbiri, kar se v ZDA odraža tudi v sodnih procesih za varstvo fetusa pred neprimernim ravnanjem nosečnice, v telesu katere se nahaja, ali v prisilnih (»*court-ordered*«) porodniških posegih (prim. Drglin, 2003: 384).

3.3. Rojevanje v Sloveniji ali »novorojenčkom prijazne porodnišnice«

V Sloveniji deluje štirinajst porodnišnic, v okviru katerih se že desetletja zgodi 99 odstotkov vseh porodov pri nas. Porodnišnici v Ljubljani in Mariboru sta terciarnega nivoja, kar pomeni, da lahko oskrbita vse možne komplikacije pri nosečnicah, fetusih in novorojenčkih. Drugih dvanajst porodnišnic ima po mednarodni klasifikaciji status porodnišnice sekundarnega nivoja in zagotavlja večino perinatalnega varstva za območno prebivalstvo (prim. Pajntar, 2004a: 114). Deset porodnišnic se nekaj zadnjih let ponaša tudi z nazivom Novorojencem prijazna porodnišnica. Za pridobitev tega naziva, ki ga podeljuje UNICEF ob upoštevanju standardov Svetovne zdravstvene organizacije, so porodnišnice morale izpolniti več zahtev. Poglavitni cilj teh zahtev je promocija dojenja v porodnišnicah z vizijo, da so otroci v prvih šestih mesecih svojega življenja izključno dojeni. Omenjene porodnišnice so te kriterije prvič izpolnile med letom 1998 in 2001, leta 2004⁴⁵ pa je bilo vseh deset pozitivno ocenjenih še drugič. Značilnost oskrbe mater in novorojenčkov v takih

⁴⁵ Gl. http://www.unicef.si/main/zdravstveno_varstvo.wlgt, zajem: 18.8.2006.

porodničnicah naj bi bila predvsem usposobljenost osebja za spodbujanje dojenja in zagotavljanje neprekinjenega sobivanja matere in dojenčka (t.i. popolni *rooming in*).

Prakso, na katero opozarjajo Lorber (1997), Doyal (1995) in Drglin (2003), in sicer da je v predporodnem varstvu in med nosečnostjo glavna medicinska pozornost usmerjena v kondicijo ploda in da tudi za porod in za poporodno oskrbo ne velja drugače, lahko umestimo v kontekst diskurza, ki ga izkazujejo tudi slovenska strokovna besedila in prakse v nosečniških posvetovalnicah in porodničnicah. Prisotnost medicine v nosečnosti in pri porodu je kot zagotovilo, da bo mati rodila živega in zdravega otroka, njeno počutje, ki se lahko ob travmatičnem porodu, kronični utrujenosti in osamljenosti v skrbi za otroka razvije v katero izmed oblik poporodne depresije, pa ni predmet aktivne medicinske pozornosti v okviru porodnega zdravstvenega varstva. Podatki o maternalni umrljivosti, ki našo državo prikazujejo v precej slabši luči kot podatki o perinatalni umrljivosti, opozarjajo na nesorazmerje v medicinski skrbi za matere in za otroke.

Če strnem pričevanja žensk, ki so izkusile porod ali več porodov⁴⁶ v naših porodničnicah, s porodnimi praksami, opisanimi v slovenskih porodničarskih besedilih⁴⁷, obsega tako imenovani »normalni porod«⁴⁸: sprejem v porodnišnico ob ustreznih, s pregledom potrjeni indikaciji, preobleka oz. preobutje v bolniško spalno srajco in copate, britje spolovila in klistiranje, prhanje, pričakovanje poroda največkrat leže na porodniški postelji s telesom, ovitim v pasove merilnega inštrumenta za spremljanje popadkov in otrokovega srčnega utripa (CTG), po odločitvi zdravnika induciranje poroda z amniotomijo, t.j. s predrtjem plodovih ovojev/mehurja, in (ali) z infuznim dovajanjem sintetičnega hormona oksitocina, ki sproža kontrakcije in se po zdravnikovi presoji uporablja tudi za pospeševanje poroda pri neinduciranih porodih, dovajanje telesu potrebnih snovi prek infuzije s prepovedjo oralnega uživanja tekočin in hrane, intravensko vbrizgavanje analgetikov in/ali inhalacijska

⁴⁶ Podatki, pridobljeni po snow-ball metodi na vzorcu desetih žensk (Mateja, Cvetka, Suzana, Duša, Tatjana, Katja, Julijana, Matejka, Sergeja, Jelka), ki so v zadnjih osmih letih po enkrat ali dvakrat rodile v isti ali v različnih slovenskih porodničnicah, in sicer v ljubljanski (9 porodov, od tega eden s carskim rezom), postojnski (3 porodi), novogoriški (5 porodov), mariborski (1 porod) in brežiški (1 porod).

⁴⁷ Najcelovitejši pregled slovenske porodničarske prakse ponuja zbornik, ki sta ga uredila Živa Novak-Antolič in Marjan Pajntar (2004): *Nosečnost in vodenje poroda*. Knjiga je namenjena »specialistom in specializantom ginekologije, babicam, študentom medicine in drugim zdravstvenim delavcem«, služila naj bi »v pomoč pri učenju in perinatologom kot osnovna orientacija za delo, dokler ne bodo tudi v Sloveniji sprejete smernice za posamezna področja dela« (ib., 15).

⁴⁸ Normalni porod tukaj uporabljam kot sinonim za porodne prakse, ki so v našem porodništvu najbolj običajne pri vodenju poroda brez hujših komplikacij. Nekatere ženske in medicinski strokovnjaki tak porod označujejo tudi za »naravni porod«, kar je najbolj izrazito, ko takšno, v naših porodničnicah uveljavljeno obliko poroda primerjajo s precej redkejšim porodom ob uporabi epiduralne analgezije. Zanimivo je, da je za »naravnost« poroda odločilna prisotnost porodnih bolečin. Več o tem v razdelku 3.4. *Porodna bolečina in politike njene nadzora*.

analgezija z dušikovim oksidulom, porajanje leže ali v polsedečem položaju, prerez presredka, rojstvo otroka, porajanje posteljice, šivanje presredka po epiziotomiji in morebitnih raztrganin porodnega kanala idr. (prim. Pajntar, 2004a: 136-173, in Pajntar, 2004b: 298-303, 317-321).

V priročniku, ki naj bi bil, kot menita urednika Pajntar in Novak-Antoličeva, osnovna orientacija za delo v naših porodnišnicah, Pajntar sam ugotavlja, da je popolno britje sramnih dlak in visoki klistir – »kot da bi šlo za bolnika, ki bo šel na operacijo« – pri porodnicah odveč, a vendar priznava, da se še uporabljajo. Ugotavlja tudi, da so popadki učinkovitejši in manj boleči, porodi pa krajši, če ženska v času poroda hodi ali spreminja lego, v naših porodnišnicah pa da se kaj takega le redko dopušča, kaj šele svetuje, ženska mora največkrat ležati natanko tako, kot ji rečeta zdravnik ali babica⁴⁹. Po njegovem je pri sedanji doktrini porodništva najbolj nenaravno in neprimerno porajanje samo, saj se v večini porodnišnic poraja na hrbtu, kar je »proti vsem fizikalnim načelom, nefiziološko, skrajno neudobno in neprimerno za porodnico, včasih pa tudi nevarno za otroka«. Porodni položaji, ki bolj izkoriščajo silo gravitacije in so v uporabi v mnogih kulturah, so v priročniku opisani v rubriki »Pri nas manj znani oziroma uporabljeni načini poroda«. Pajntar navaja, da se porodi stoje ali čepe le redko končajo s carskim rezom (1,5%) in da so pri njih epiziotomije in raztrganine izredno redke. Kljub tem kritičnim prikazom pa iz priročnika ni moč razbrati izrazitega usmerjanja h korenitim spremembam spornih praks⁵⁰ (prim. Pajntar, 2004a: 115-116, 166-169).

Z izjemo prispevkov, ki so spisani v strogo znanstvenem jeziku in opisujejo denimo fiziološke in biokemične procese med porodom ali patologijo pri nosečnicah, porodnicah, fetusih in novorojenčkih ter metode za njihovo preventivo ali kurativo, se čez priročnik vleče paternalistični diskurz, ki določa žensko kot izrazito zaznamovano s svojo fiziologijo in čustvi, kot samo po sebi nesposobno za primerno in odgovorno ravnanje do sebe in svojega ploda/otroka v času nosečnosti in poroda, kot nevrotično, osebno moteno,

⁴⁹ Poleg praktičnih razlogov za priklenjenost porodnice na posteljo moramo s tem v zvezi iskati tudi simbolne povezave. Te obširno razčleni Drglinova, ki piše, da je postelja sinonim za bolnišnico in pravzaprav edini kraj, kjer naj bi v bolnišnici bili. V tehnokratskem modelu je ženska pojmovana kot šibka in v nevarnosti, da pade ali se poškoduje, če ni v postelji. Ležeči položaj ustreza bolnišničnemu osebju za lažji nadzor poroda in lažje ukrepanje, lega na hrbtu je povezana z uporabo elektronskega monitorja in intravenozno infuzijo, omogoča vaginalne preglede itn. S tem povezano sporočilo pa se glasi: bolna si in šibka, odvisna od pomoči bolnišničnega osebja, ki tako že na goli fizični ravni na porodnico tako rekoč gleda »zviška« (prim. Drglin, 2003: 210).

⁵⁰ Morda pa v praksi vendarle prihaja do sprememb, v ljubljanski porodnišnici naj bi nedavno dobili 8 sodobnih miz, ki omogočajo porod sede.

nevzgojeno, labilno, nerazsodno, in zato odvisno od zdravniškega usmerjanja in podpore razumevajočega partnerja/moža. Posebni poglavji sta posvečeni duševnosti ženske v nosečnosti in med porodom ter psihosomatskim vidikom nosečnosti in poroda. Psihosomatska podlaga je poudarjena skorajda pri vseh vidikih nosečnosti, zlasti pri nosečniških nevšečnostih, boleznih in zapletih, od nje naj bi bile odvisne porodne bolečine in potek poroda, močno pa naj bi vplivala tudi na sposobnost dojenja.

Tako je denimo po Pajntarju nosečnostno bruhanje »znak ambivalentnega odnosa do otroka«, saj da pomeni, da si nosečnice otroka obenem želijo in zavračajo, bolnice s hipertenzivnimi boleznimi pa imajo v svojih »anamnezah« »enureze, nespečnost, nemir in delinkvenco«, med njimi je »več neporočenih, razvezanih ter vdov, večkrat so imele spontani splav«. Po Rojšek et al. povzema dolg (za zgornjo opredelitev v priročniku uporabljenega diskurza dokaj ilustrativen) seznam psihosomatskih značilnosti, povezanih z boleznijo, ki je pomemben vzrok maternalne in perinatalne umrljivosti in obolevnosti. Piše namreč, da so nosečnice s težko obliko gestoze čustveno labilnejše, se burno odzivajo, zelo težko umirijo, pogosto reagirajo iracionalno, na neprimeren način urejajo svoje vsakdanje življenjske probleme, polne so skrbi, anksioznosti in slabe volje, često so depresivne, imajo bojzani in občutke krivde z izrazito moralno noto, velikokrat so verbalno manj inteligentne (*sic!*), so introvertirane, nekomunikativne, nezadovoljne z nosečnostjo, težko ventilirajo svoja čustva in težko pripovedujejo drugim o svojih nezadovoljstvih, še slabše kot svoje vsakdanje probleme rešujejo probleme v nosečnosti in med porodom, že na normalno, še bolj pa na komplicirano nosečnost reagirajo s psihonevrotsko in psihosomatsko simptomatiko težje oblike (vsi povzetki iz Pajntar, 2004a: 122, poudarki T. K. S.).

Po Pajntarju sta ženska nevrotičnost in emocionalna labilnost krivi tudi za nagnjenost k spontanim splavom. Ženske s spontanimi splavi naj bi na primitiven (*sic!*) način doživljale in urejale svoje vsakodnevne življenjske zahteve, pogosto bile anksiozne, zaskrbljene, stereotipne (!) in nepopustljivo osebno naravnane. Za prvorodnice s prezgodnjim porodom je po Pajntarju med drugim značilen dinamičen, svojstven način mišljenja, ki pa manj sledi stvarnosti. Mnogorodnice s prezgodnjimi porodi so po njegovem miselno upočasnjene, stereotipne, nagnjene h konvencionalnosti, teže se prilagajajo novim življenjskim vrednotam in se teže znajdejo v prostoru, času in vrednotah... Za prepozen začetek poroda je kriv materin strah, kaj bo z otrokom po porodu. Na laktacijo pa poleg

otrokovega sesanja vplivajo materina čustva in osebnost – nevrotične matere navadno dojijo krajši čas (Pajntar, 2004a: 123-125, poudarki T. K. S.).

Od teh primerov medicinskega diskurza o materinstvu iz sodobnega slovenskega učbenika porodništva se vračam k materam, če nekoliko karikiram, k tistim, ki jim je kljub simbolnemu zavračanju ploda, labilnosti, nevrotičnosti ali manjši inteligentnosti uspelo roditi živega otroka.

Značilnost reda, ki ureja bivanje mater in njihovih novorojenčkov na oddelkih naših novorojencu prijaznih porodnišnic, je, da prično matere že takoj po porodu same skrbeti za svojega otroka, ga pristavljati k prsim, kolikorokrat otrok to zahteva (ker da je to pogoj za uspešno dojenje), ter ga poskušati utolažiti brez dodatkov mlečnih pripravkov, čajev in brez tolažilnih dud (katerih uporabo v takih porodnišnicah strogo odsvetujejo), ne glede na to, kako izčrpane so od poroda oz. koliko težav imajo z rano, nastalo pri epiziotomiji. Negovalno osebje v prvih dveh dneh materi sicer ob določenih terminih pomaga pri previjanju otroka, večino oskrbe otroka pa mora mati opraviti sama tako podnevi kot ponoči, poleg nje pa v sebi lastnem ritmu še druge ženske z novorojenci, s katerimi si deli sobo. V takih razmerah se matere praktično ne morejo spočiti, njihovo nezadovoljstvo pa v porodnišnici lahko pripišejo »nepripravljenosti na to, kar jih čaka po porodu« in jim za terapijo svetujejo vztrajno dojenje. Po mnenju laktacijske strokovnjakinje naj bi take stiske namreč omililo prav dojenje, ki naj bi ugodno vplivalo tudi na odpravljanje »žalosti tretjega dne«⁵¹ (oba navedka prim. Cipot Mal, 2005).

Drglinova ocenjuje, da je poimenovanje »novorojenčku prijazna porodnišnica« zavajajoče, ker daje misliti, da gre za globalen koncept porodnišnice, v kateri se bolj kot doslej upoštevajo potrebe/pravice novorojenčkov, v resnici pa so vsi ukrepi usmerjeni zgolj v spodbujanje dojenja in se posredno dotikajo širših vprašanj organizacije vsakdanjega življenja v porodnišnici. Po njenem se je vprašanje organizacije bivanja novorojencev in

⁵¹ Novinarica Tina Cipot Mal in Andreja Tekauc Golob, dr. med., spec. pediatrije, laktacijska svetovalka v mariborski porodnišnici: »Zakaj tretjemu dnevu po porodu pravijo, da je za matere čustveno izredno zahteven? Kako se lahko »žalost tretjega dne« omili?«

»V tretjem dnevu se lahko nakopičijo različni razlogi: sprememba v hormonalnem stanju matere, otrokova zahteva po pogostem sesanju na prsih, strah pred odhodom domov ipd. Dokazano je, da to »žalost« izključno dojenje do tretjega dne omili. Norveške raziskave (Eberhard-Gran in sodelavci) so pokazale, da je pomanjkanje spanja pomemben vir nezadovoljstva pri materi, njena pozitivna samopodoba pri negi in oskrbi novorojenca pa odločilno vpliva na njeno zadovoljstvo z oskrbo v porodnišnici« (Cipot Mal, 2005).

mater v porodnišnicah simptomatično zgostilo na ravni hranjenja otroka. Poudarjanje dojenja kot čistega, preprostega in najbolj naravnega prehranjevanja otroka, pri prsih, v naročju lastne matere, pa kaže na revitalizacijo nekaterih (ideoloških) izhodišč tudi v medicinskih znanostih (Drglin, 2003: 294).

Štiri porodnišnice se iz različnih razlogov niso vključile v Unicefov program. Ena med njimi, Bolnišnica Postojna za ženske bolezni in porodništvo, ki je ena od redkih slovenskih porodnišnic, kjer je število rojstev v porastu, je projekt pridobitve naziva ustavila, ker so, kot pravi njen tedanji predstojnik Aleksander Merlo, »ugotovili, da vse to, kar naj bi bilo otroku prijazno, postaja mami neprijazno« (Merlo v Vugrinec, 2005). Kljub temu da v tej porodnišnici, ki (morda nekoliko kljubovalno) nastopa z geslom »mamicam in otrokom prijazna bolnišnica«⁵², mame lahko izberejo med tem, ali bodo imele novorojenčka ves čas ob sebi ali ga bodo čez noč dale v oskrbo medicinskemu osebju, po podatkih, ki jih navaja Merlo, ob odhodu iz njihove porodnišnice doji 97 odstotkov mater (ib.). Če bi vse porodnišnice uvedle popolni »*rooming in*«, opozarja Drglinova, bi prišlo do razmer, v katerih ne bi bilo mogoče izbirati med oblikami oskrbe (vsaj med porodnišnicami) in bi bila ta omejena z večjo ali manjšo občutljivostjo osebja, ki bi bilo (ali pa ne bilo) naklonjeno uresničevanju tistih želja, ki ne ustrezajo zastavljenemu materinskemu idealu« (Drglin, 2003: 299).

Ob smrti novorojenke, ki je v mariborski porodnišnici leta 2005 umrla ob speči materi, se je odprla razprava, ali v porodnišnicah, kjer postavljajo popolni »*rooming in*« kot imperativ, zares izpolnjujejo kadrovske normative za tako prakso. Kot piše Vugrinčeva, naj bi v mariborski porodnišnici ena medicinska sestra skrbela za petnajst mam z novorojenčki, torej najmanj trideset oseb, po normativih za otrokom prijazno porodnišnico pa naj bi ena sestra skrbela za največ pet mam in pet otrok. Vugrinčeva se sprašuje, ali se niso v porodnišnici morebiti (neupravičeno) nadejali, da bodo skrb za novorojenčke po uvedbi novosti tako ali tako prevzele mamice, in opozarja na kronično pomanjkanje medicinskih sester in porodničarjev, ki da odhajajo v zdravstveni dom in med zasebnike (gl. Vugrinec, 2005).

⁵² Geslo, ki se trudi poudariti, da pri njih ne skrbijo samo za novorojenčke, ampak tudi za mamice, je vendarle nekoliko protislovno, saj se v njem v kontekstu mater in otrok pojavlja poimenovanje bolnišnica, ki asociira na patološka stanja, in ne porodnišnica, ki je bolj nevtralnno; morda pa je razlog za to treba pripisati samemu imenu ustanove; prim.: <http://www.bolnisnica-po.si/>.

Vprašati se moramo, zakaj v porodnišnicah ni zaposlenih dovolj ustrezno usposobljenih delavcev, če vendar pripisujemo rojevanju v porodnišnicah tolikšen pomen, da razen izjem skorajda vse ženske rodijo tam, in ne morda doma, kjer bi jim pri negi otroka lahko pomagal kdo od domačih. Kot bom pokazala v naslednjem razdelku, se »kadrovske razlogi« (pomanjkanje anesteziologov) pojavljajo tudi pri utemeljevanju, zakaj porodnicam pri nas še ni splošno dostopno lajšanje porodne bolečine z epiduralno analgezijo. Odgovor, da je pač to drago in da to le odseva stanje v našem obubožanem zdravstvu nasploh, ne predstavi vseh vidikov te problematike. Tiste, ne tako očitne, moramo iskati v diskurzih o materinstvu, ki so del vednosti, v okviru katere deluje slovenska »reproduktivna« medicina. In v skladu s katerimi slovenske ženske/matere morda ne potrebujejo razvajanja s tako uspešnim lajšanjem porodne bolečine, in tudi ne posebej izdatne pomoči pri negi novorojenčkov v prvih dneh po porodu, saj so za rojstvo svojih otrok pripravljene pretrpeti kakršnekoli bolečine (ne glede na to, koliko k njihovem nastanku prispeva »narava«, koliko sama medicina) in jim nobena žrtev zanje ni odveč.

To odslikava tudi naslednji, sicer dobronameren, a vendarle za omenjeni diskurz precej ilustrativen zapis v zvezi z etiko v perinatologiji iz osrednjega slovenskega zbornika strokovnih besedil o nosečnosti in porodu: »Na koncu, a najbolj pomembno: tu smo predvsem zaradi žensk, ki bi dale vse in bi prenesle tudi najbolj zapletene posege, samo da bi lahko držale v naročju svojega otroka. Mnoge so za to dale svoja življenja, pa vendar bi jih za otroka tvegale ponovno« (Novak-Antolič, 2004: 24).

Ženske, ki bi rade vsaj malo vplivale na potek posegov, s pomočjo katerih bodo »dobile v naročje svojega otroka«, oziroma se ne želijo povsem prepustiti splošnim razmeram v porodnišnicah, si lahko do neke mere drugačen porod in nego priskrbijo z izbiro porodnišnice, ki ponuja še kaj več od običajnega paketa storitev po trenutno veljavni doktrini, čeprav morda to ni ravno njihova območna porodnišnica. Za ustrezno doplačilo si lahko v nekaterih slovenskih porodnišnicah priskrbijo lajšanje porodnih bolečin z epiduralno analgezijo, mir lastne sobe in sanitarije, ki si jih naprimer namesto s pet ali več porodnicami (v nekaterih porodnišnicah imajo za cel oddelek skupne sanitarije) delijo le z eno porodnico. Z upadanjem porodov so porodnišnice pričele privabljati porodnice tudi z barvami sten v porodnih sobah, možnostjo poslušanja glasbe med porodom in drugimi nemedicinskimi storitvami (gl. spletne strani slovenskih porodnišnic). Nekatere ponujajo

pomoč pri izvajanju porodov na načine, ki odstopajo od splošnega vzorca poroda, uveljavljenega v naši porodniški praksi, npr. porod v vodi, porod čepe, na pručki, na žogi itd., a za to je navadno potreben predhoden dogovor, ki pa ni povsem zavezujoč, saj se lahko zgodi, da se zaradi praktičnosti ali posebnih potreb, ki se pojavijo med potekom poroda, porod dokonča na klasičen način. S tem »nadstandardom«, ki ga v zdravstveni verigi, ki spremlja nosečnice, ženskam nihče ne posebej priporoča ali sploh ponuja, se lahko posameznice, ki (same) pridejo do informacij o teh možnostih⁵³ – in si jih lahko privoščijo, nekoliko izločijo iz prevladujočega vzorca porodnih praks.

Precej težje pa se matere, še posebej tiste, ki so rodile prvič in še nimajo izkušenj z nego otrok, izognejo učinkom poporodne vpetosti v zdravstveni sistem, ki presega golo medicinsko skrb za otrokovo zdravje in sega na področja, ki z medicino nimajo prav dosti skupnega: npr. vzpostavljanje prehrabnih in spalnih navad, oblačenje, načini previjanja in vzdrževanja higiene pri dojenčkih, vzgoja malčkov ipd. Pediatri, pediatričje in medicinske sestre v posvetovalnicah ter patronažne sestre, ki prihajajo na dom, namreč v prvih mesecih dojenčke redno tehtajo in merijo; pošiljajo njihove matere na t.i. preskuse dojenja, s katerimi ugotavljajo, ali te proizvajajo dovolj mleka; jih opazujejo pri umivanju, previjanju, oblačenju in pestovanju dojenčkov ter jim svetujejo pravilne postopke, načine in prijeme (ki pa so lahko že čez nekaj let povsem odsvetovani⁵⁴). Pozornost je zlasti zgoščena v prvih mesecih do enega leta, in se ob predpisanih cepljenjih in sistematskih pregledih intenzivno nadaljuje do otrokovega tretjega leta. Pri materah lahko to vzbuja občutke inferiornosti in nesposobnosti. Kot da bi bila nega otrok nekaj tako zahtevnega, da se jo lahko matere naučijo samo pri posebej usposobljenem zdravstvenem osebju, vsak odmik od predpisanih praks pa je za otroka lahko usoden. Ne gre spregledati, da se prek opazovanja, klasificiranja in normiranja dojenčkov disciplinira predvsem ženske, ki ponotranjijo medicinski pogled, prek njega vrednotijo napredek svojih otrok in se s tem samoocenjujejo za primerne ali neprimerne matere. Proces, ki je vir nenehne negotovosti, ima torej tako normalizacijske kot subjektivizacijske učinke. Ženske se subjektivirajo v matere znotraj medicinskega diskurza.

⁵³ *Problem neobveščeniosti porodnic o različnih možnostih poroda predstavlja tudi Drglinova (2003: 208). Po njenem informacije ne bi smele biti rezervirane za tiste bolj angažirane, vedoželjne in vztrajne nosečnice, ki imajo morda za seboj že kakšno negativno izkušnjo poroda, pač pa bi morale biti sestavni del informacij, ki so na voljo tako nosečnici kot tudi širši javnosti.*

⁵⁴ *O hitrem spreminjanju priporočenih praks poročajo matere iz vzorčne skupine, ki so rodile dvakrat. Prim. tudi Drglin, 2003*

Glede na aktualne diskurze o dojenju kot eni od najbolj določujočih praks dobrega materinstva, pospremljene z ustrezno reglementacijo in discipliniranjem mater v »novorojencem prijaznih porodnišnicah«, se lahko vprašamo, ali ne morda program »Dojenju prijazne zdravstvene ustanove«, ki ga izvaja Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja in ki predstavlja pobudo, da bi se načela za spodbujanje dojenja »iz porodnišnic razširila v otroške dispanzerje, na otroške bolnišnične oddelke in klinike, v splošne ambulante, ginekološke dispanzerje, v ambulante zasebnikov, torej v vse ambulante in bolnišnične oddelke, kjer obravnavajo predšolske otroke in njihove doječe matere«⁵⁵, vnaša v vsakdanjik mater in njihovih otrok še več pravil, postavlja matere še bolj pod drobnogled in še dlje, jim vzbuja še večjo odgovornost za zdravje otrok in še večje občutke krivde, če so pri svojih prizadevanjih neuspešne, še bolj normira in prek normalizacije disciplinira v ustrezne materinske subjekte: medicini podrejene, s prehrano, zdravjem in razvojem otrok preobremenjene, (samo)disciplinirane matere.

3.4. Porodna bolečina in politike njenega nadzorovanja

Porodna bolečina je v naši kulturi sečišče različnih družbenih diskurzov, nekakšna točka, s katere se skozi več tisočletij definirata ženskost in materinstvo⁵⁶. Bolečina, za katero v medicini pravijo, da je povsem drugačna od drugih fizičnih bolečin, odločilno zaznamuje ženskost v socialnem smislu, in sicer zlasti v okviru dihotomij kultura vs. narava in devica/mati vs. razuzdanka.

Po eni strani naj bi bile te bolečine nekaj povsem naravnega oz. nekaj, kar v današnjih porodnišnicah – tovarnah stoji kot eden zadnjih branikov naravnosti poroda, in s tem ženskosti kot z biologijo zaznamovanega spola. Po drugi strani pa naj bi kazale na našo civilizacijsko oz. kulturno odmaknjenost od narave, v kateri naj porodne bolečine sploh ne bi bile prisotne. O njihovem izvoru je moč slišati tako razlage, ki ga v celoti pripisujejo pomehkuženosti sodobne, zlasti urbane ženske, navajene lagodnega življenja, kot tudi takšne, ki ga vidijo v konfliktu med interesom posameznika in vrste kot posledice tega, da se je medenica s pokončno hojo zožila, možgani (in s tem glave novorojenčkov) pa

⁵⁵ Gl. http://www.unicef.si/main/zdravstveno_varstvo.wlgt

⁵⁶ To se najlepše izraža v znamenitem svetopisemskem citatu: »Ženi pa je rekel: Prav mnogo težav ti bom dal pri tvoji nosečnosti; v bolečinah boš rodila otroke. Po svojem možu boš hrepenela, on pa bo gospodoval nad teboj.« (Sveto pismo, 1. Mojzesova knjiga 3, 1-24).

povečali. Izražanje trpljenja ob porodu, npr. z glasnim stokanjem in kriki ali celo preklinjanjem, naj bi bilo v nasprotju s podobo ženske kot mirnega, urejenega, moralnega, v vsakem trenutku samonadzorovanega bitja, saj tako obnašanje predstavlja asociacijo na živalskost, nemoralnost in seksualnost. Po nekaterih razlagah naj bi bila porodna bolečina celo namenjena preprečevanju silnega spolnega vzburjenja, ki bi ga sicer ženske doživljale med drsenjem otroka po porodnem kanalu (prim. Drglin, 2003: 136). Po drugih, podprtih tudi z empiričnimi dokazi iz poskusov na živalih, pa naj bi bila neposredno odgovorna za nastanek »materinskega nagona«.

Kot sem že pokazala v prejšnjih razdelkih tega poglavja, je porod pri nas popolnoma zmedikaliziran, odvija se v porodnišnicah ali v porodniških oddelkih v sklopu bolnišnic, obravnava porodnice pa tam poteka po kliničnih pravilih: zdravstveni delavci porodnice imenujejo pacientke, večina dejavnosti je orientiranih na posteljo, ki je nekakšen bolniški oder, itd. Ob vstopu v porodnišnico preda porodnica nadzor nad svojim telesom in telesom ploda v njem v roke medicine. Ta zmore marsikaj. Pušča kri, reže telesa, rešuje življenja, zna tudi učinkovito lajšati bolečine. A vse našete analogije med porodnišnico in bolnico nekako zdržijo, samo zadnja ne: pri porodu, pa čeprav se odvija pod okriljem medicine, lajšanje bolečin ni nujno zagotovljeno.

V medicinski literaturi je moč razbrati več pristopov k obravnavi porodnih bolečin. Po prvem pravih/resničnih bolečin pri porodu pravzaprav ni oziroma te bolečine ne nastanejo v medicini, temveč pridejo z žensko od doma kot izraz njene kulture. Drglinova je tako ugotovila, da sta vprašanje: anestezija med porodom da ali ne, ki je zaznamovalo medicino 19. stoletja, v 20. stoletju nadomestili vprašanji: ali gre ženskam verjeti glede porodnih bolečin ter kolikšna je ženska krivda, če jih rojevanje po naključju res boli (Drglin, 2003: 140). Drug pristop stavi na funkcionalnost porodnih bolečin (porajanje otroka) in zagotavlja, da bolečina izgine s koncentracijo na želen cilj (rojstvo zdravega otroka), samonadzorom in zatajevanjem izrazov bolečine. Tretja smer priznava, da bolečine sicer so, a so ne glede na njihovo jakost tisočkrat preplačane z rojstvom otroka in v trenutku pozabljene. Četrta pa zagovarja odpravljanje bolečin z različnimi metodami, med katerimi velja za najbolj učinkovito tudi med slovenskimi porodnicami vse bolj priljubljena epiduralna analgezija. A s tem se razhajanja ne končajo, temveč nadaljujejo z neskončnimi razpravami, zakaj je lajšanje bolečin dobro in zakaj ni oziroma zakaj bi ženska še kar naprej morala rojevati z

bolečinami, če pa je (ali pa kljub temu da je) medicina odkrila in že dodobra preskusila učinkovito metodo za njihovo odpravljanje: epiduralno analgezijo.

Glede tega se v zadnjih letih tudi pri nas kažejo določeni premiki, saj so v nekaterih porodnišnicah dilemo razrešili v korist odpravljanja bolečine s to metodo. Stvar je namreč navidez vendarle tako udobna in tudi ne prav draga, da morajo biti razlogi, zakaj je ne uporabiti, utemeljeni z velikimi strahovi, še moralistični argumenti proti takšnemu lajšanju bolečine počasi izgublajo zobe. Zanimivo je, da se glede nekaterih drugih v stroki še vedno problematiziranih praks porodništva, npr. široko razširjenega pospeševanja poroda z oksitocinom⁵⁷, pri nas nikoli ni odprla kaka odmevnejša družbeno-moralistična debata in tveganje, ki naj bi ga ta tehnika prinašala, ni najbolj prisotno v zavesti javnosti. O večini medicinskih posegov med porodom porodnica nima možnosti soodločati, tudi drugi posegi diskutabilne nujnosti ali učinkovitosti, kot so britje spolovila, prerez presredka, vbrizganje sistemskega analgetika (tudi precej razširjena uporaba dušikove maske, ki bi se zaradi novih spoznanj o toksičnosti dušikovega oksidula morala opuščati, a se v Porodnišnici Kliničnega centra Ljubljana še vedno uporablja) ipd., se pri nas uporabljajo rutinsko, ne da bi medicinsko osebje porodnico spraševalo za privoljenje. Nasprotno pa mora pred uporabo epiduralne analgezije, tam, kjer jo sploh izvajajo, porodnica podpisati formular, da se zaveda tveganja in da pristaja na poseg.

Odnos medicine do porodne bolečine je na več načinov protisloven. Razlike v pristopu do njene obravnave je mogoče zaznati tudi med stroko anesteziologov in med stroko porodničarjev. Prvi so poklicani k lajšanju bolečin in zanje je doživljanje bolečine zadostna indikacija za pomoč z varnimi metodami, ki ne ogrožajo porodnice, ploda in ne bistveno vplivajo na potek poroda. Zdi se, da imajo drugi v zvezi z bolečino več kulturnih in moralnih zadržkov. Poleg tega so si porodničarji v nasprotju tudi sami s sabo: po eni strani vidijo v bolečinah simptome začetka poroda, po drugi pa porodnicam nekako zanikajo pravico do občutenja bolečin, še bolj pa pravico do izražanja nelagodja zaradi njih.

V porodničarskih besedilih tako zasledimo, da so za postavitev diagnoze poroda pomembni boleči popadki, ki pa se jim mora zaradi subjektivnosti nosečnice pri ocenjevanju stopnje bolečine pridružiti še vsaj eden od drugih kriterijev, ki kažejo na začetek poroda (prim.

⁵⁷ Za argumente znotraj medicinske stroke glej Šajina Stritar (1999).

Pajntar, 2004a: 139, podčrtala T.K.S.). Beremo tudi, da so lahko popadki v ležečem položaju, ki je najbolj običajen za rojevanje v naših porodnišnicah, bolj boleči, pa tudi samo porajanje je težje in bolj boleče (prim. Pajntar, 2004a: 115-116). Znano je, da dodatno lahko bolečine poveča dodajanje oksitocina, boleč je prerez presredka brez uporabe vsaj lokalnega anestetika, enako velja za šivanje, boleče je porajanje posteljice s silo prek zunanje stene trebuha itd. Vse to so sile, ki ne nastajajo kar same od sebe znotraj porojevajočega telesa in se v sodobnem slovenskem porodništvu množično uporabljajo. Kljub temu medicinska besedila sugerirajo, da so bolečine med porodom v nasprotju z drugimi bolečinami, izhajajočimi iz telesnih stanj, znosne in kreativne, saj da sodelujejo pri dokončanju nosečnosti in porajanju novega človeškega bitja; ali pa poudarjajo subjektivne dejavnike pri zaznavanju jakosti bolečine. Pri tem izhajajo iz definicije bolečine kot odziva telesa, ki opozarja na poškodbo, bolezen ali nevarnosti in motivira posameznika, da se zaščitniško vede do bolečega dela telesa, kar naj bi bilo povsem nezdružljivo z namenom poroda, pri čemer se očitno navezujejo na nek idealen, nezapleten, »naraven« porod.

Pajntar denimo razlaga, da je eden od glavnih dejavnikov, ki vplivajo na to, kako huda bo bolečina ob enakih telesnih vzrokih, odnos do bolečine, ki si ga pridobimo v življenju. To pojasni z odstavkom, ki ga povzemam v celoti, saj v njem opozarja na nekakšno negativno žensko izročilo o porodu, ki se prenaša z matere na hčerko, pri čemer v stilu mita o vsemogočni materi krivdo za bolečine pri porodu (in celo za zaplete pri porodu) pripisuje materam, ki da slabo vzgajajo svoje hčere. Pa še en drug konstrukt se razkriva v tem pisanju, in sicer tisti, ki nosečnice določa kot pretirano čustvene in občutljive. Odnos do bolečine se začne po njegovem graditi že v otroštvu in se gradi ves čas do poroda. »Pripovedovanje mater in različnih žensk o grozotah poroda in trpljenju, ki so ga za otroka prestale v nosečnosti in med porodom, vceplja mladi poslušalki predstavo o bolečini, ki jo bo doživela med porodom. Hudo je seveda tudi v nosečnosti, ko je nosečnica čustveno labilna in dovzetna za strašljiva pripovedovanja. Zato je izredno pomembna pravilna vzgoja, ki prikaže ženski od otroštva dalje nosečnost in porod v pravi, prijazni in vzpodbujajoči luči. Tu je seveda zelo pomembna mati. Če je ta urejena, čustveno stabilna, potem bo taka po vsej verjetnosti tudi njena hči. Neurejene, čustveno labilne matere, posebno če so osebnostno deviirane, pa vzgajajo bodoče kandidatke za zapletene in boleče porode« (Pajntar, 2004a: 129).

Če se nekoliko poigramo, lahko po tej liniji sklepanja pridemo do zaključka, da medicina človeštvo pravzaprav varuje pred materami, oziroma pred njihovo ambivalentnostjo. Rešuje namreč zaplete pri porodih, ki so jih posredno zakrivile matere nosečnic, bodočih mater, in ki lahko ogrozijo tako porodnico kot plod/otroka. Uči, kako nadzorovati porodne bolečine, za občutenje katerih so s svojo vzgojo spet krive matere nosečnic. Medicinski diskurz tako ohranja star kulturni vzorec, po katerem so matere tiste, ki življenje dajejo in ga obenem ogrožajo, lahko celo odvzamejo. Samo ukročeno telo mater je v tem smislu produktivno. Za njegov nadzor in za zatrtje njegove temne plati skrbi medicina.

A tudi v feminističnih diskurzih se pojavljajo določene mistifikacije glede porodne bolečine. Tako Pringlova navaja, da so feministke (npr. Wendy Savage, 1986) povezovale rojevanje brez lajšanja bolečin z zahtevo po tem, da imajo ženske med porodom popolno kontrolo nad svojim telesom. Po Pringlovi so se takim pogledom zoperstavljale tako ženske ginekologinje kot nekatera ženska gibanja. Kot piše, so feministične zgodovinske raziskave (npr. Leavitt, 1980) pokazale, da so že zgodnejše kampanje žensk za porod brez bolečin (npr. prizadevanja za uporabo anestetika »*Twilight Sleep*«) predstavljale eksplicitne feministične zahteve. Po njenem te ženske v rojevanju z bolečinami niso videle nič takega, kar bi jim dajalo moč, in bi bile prepadene nad sodobnejšim poudarjanjem pomena prenašanja bolečin. Pringlova poudarja, da so razmerja med politiko bolečin in oblastjo precej bolj kompleksna, kot so jih videle feministične zagovornice »naravnega« poroda. Po njenem (ob tem se sklicuje tudi na Saul, 1994, in Stanworth, 1987) imajo ženske pravico, da resurse medikaliziranega poroda upravljajo v svoj lasten prid (vse v Pringle, 1998: 47-49).

Pajntar, ki se v svojih razlagah pogosto sklicuje na v feminizmu močno problematizirano avstrijsko-ameriško psihoanalitičarko Helene Deutsch⁵⁸, učenko in sodelavko Sigmunda Freuda, za preprečevanje porodnih bolečin predlaga pravilno vzgojo porodnice, pravilno in razumevajočo skrb za porodnico ter farmakološka (narkotike, inhalacijske analgetike, pomirjevala in področno anestezijo/analgezijo), še raje pa nefarmakološka sredstva za lajšanje bolečin, ki so po njegovem premalo poznana in se ne veliko uporabljajo (tehnike, ki

⁵⁸ O njej je npr. Simone de Beauvoir (2000: 325) zapisala, da žensko zapisuje mazohizmu in ženskemu trpljenju pripisuje visoko vrednost, Betty Friedan (1963) pa ji je očitala, da je po njej ženska anatomija še vedno usoda, ženska pa le *l'homme manque*, ki lahko doseže 'normalno' ženskost samo, če se dokončno odpove vsem svojim morebitnim lastnim aktivnim ciljem in se identificira s cilji moža ali sina, prek katerih lahko doseže tudi samoizpolnitev, Pajntar (v 2004: 111) pa med drugim ob opombi, da je Deutscheva izjemna poznavalka psihologije ženske, opremi naslovnico poglavja *Porod z njenim citatom*: »Za uspešen porod je izjemno pomembno, da ima porodnica moža, s katerim se dobro razume, in porodničarja, ki mu zaupa.«

zmanjšujejo bolečinske dražljaje: gibanje ali sprememba položaja telesa, točkasti nasprotni pritisk na dnu hrbta, dekompresija; tehnike, ki aktivirajo periferne senzorične receptorje: toplotna stimulacija, dotik in masaža, akupunktura in akupresura, transkutana električna stimulacija živcev; tehnike, ki prek možganov zavirajo vstop dražljajev v hrbtni mozeg: usmerjanje pozornosti, hipnoza, glasba in avdioanalgezija) (Pajntar, 2004a: 130-134).

Kot navaja Drglinova, je v institucionalnih materinskih šolah oz. šolah za starše, zgrajenih na idejah psihoprofilaktičnih metod, najbolj poudarjena ustrezna priprava na porod, v povezavi s katero ženske naučijo »pravilnega dihanja med porodom«, o drugih tehnikah pa povedo malo ali nič. Avtorica poudarja, da se s tem prenaša odgovornost za občutenje bolečin na ženske, ki naj se ne bi dovolj dobro pripravile. »Ženske, ki se pridno trudijo in ponavljajo dihalne vaje, sproščanje in ki se jim zdi, da vedo dovolj o poteku poroda, pa jih popadki navkljub vsemu bolijo, domnevajo, da z njimi nekaj ni v redu, ali pa mislijo, da njihov porod ni normalen«. Po njenem je treba nujno priznati, da bolečine obstajajo, in se ne pretvarjati, da jih ni (Drglin, 2003: 157).

V nadaljevanju se bom posvetila obravnavi lajšanja porodne bolečine z epiduralno analgezijo, v zvezi s katero bom kasneje opravila analizo razprav o epiduralni analgeziji v forumih na spletnem portalu Med.Over.Net. Učinkovito lajšanje porodne bolečine z metodo epiduralne analgezije se v Zahodni Evropi uporabi pri tretjini vseh porodov, v ZDA je že nekaj povsem vsakdanjega, slovenske porodnice, razen izjemoma, pa ne morejo roditi brez bolečin niti v osrednji slovenski porodnišnici⁵⁹, kjer vzgajajo nove rodove slovenskega medicinskega osebja, ki sodeluje pri porodih, zato je govor oziroma tudi odsotnost govora o tej možnosti lajšanja porodne bolečine zanimiva tema za praktično raziskovanje delovanja in učinkov sodobnih medicinskih diskurzov o materinstvu.

⁵⁹ Kot piše v sporočilu za javnost iz leta 2002, objavljenem na spletnih straneh Kliničnega centra Ljubljana, je področni način lajšanja porodne bolečine na Kliničnem oddelku za perinatologijo Ginekološke klinike Kliničnega centra Ljubljana uspešno v rabi že od leta 1982. Vendar pa je, kot je v sporočilu povedala prof. dr. Helena Meden Vrtovec, dr. med, višja svetnica, odstotek epiduralnih blokad na število porodov bistveno manjši kot v zahodno evropskih deželah, Skandinaviji in Združenih državah Amerike, kjer je dovolj denarja, pa tudi dovolj specialistov anesteziologov za zagotovitev 24-urnega servisa za to metodo lajšanja porodne bolečine. Razlog, zakaj epiduralna analgezija v Ljubljani ni dostopna vsem porodnicam, včasih celo tistim, ki se vnaprej dogovorijo zanjo, ne, naj bi bil v tem, da v porodništvu ne smejo uvajati samoplačništva ali doplačništva. Zdravstveni svet je namreč za leto 2002 zavrnil pobudo Ginekološke klinike, da bi se metoda za lajšanje porodne bolečine z epiduralno analgezijo posebej vrednotila. V sporočilu so izrazili namero, da bodo pobudo ponovili prihodnje leto. Če bi jo zdravstveni svet sprejel, bi jo mora obravnavati še skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, o tem pa bi se moralo izreči tudi Ministrstvo za zdravje (gl. Klinični center Ljubljana, 2002). V času nastajanja tega magistrskega dela na Ginekološki kliniki še vedno ne morejo zagotoviti epiduralne porodne analgezije vsaki porodnici, ki bi to želela, in te storitve tudi ne nudijo po sistemu samoplačništva ali doplačništva (op.a.).

3.4.1. Epiduralna analgezija – kontroverzna tehnika za lajšanje porodnih bolečin

Takoj moram poudariti, da je epiduralna analgezija kontroverzna res najbrž samo v porodništvu. Verjetno bi težko našli še kakega študenta družboslovja, ki bi si za nalogo zadal analizirati razprave o uporabi epiduralne anestezije pri abdominalnih, ortopedskih ali uroloških operacijah in v njih iskal sledi oblastnih strategij in disciplinskih mehanizmov za subjektivizacijo človeških bitij, ki jih prizadene ta nevšečnost. Epiduralna analgezija, če bolečine blaži, ali anestezija, če povsem odvzame možnost čutenja v delu telesa, je namreč ne ravno nova in tudi že precej razširjena, za različne invazivne medicinske posege uporabna regionalna tehnika odpravljanja bolečin. Epiduralna anestezija se vse bolj uveljavlja pri carskih rezih (počasi tudi pri nas), saj je veliko varnejša od splošne anestezije. Epiduralna porodna analgezija trenutno velja za najbolj učinkovito medicinsko-farmakološko metodo lajšanja porodne bolečine. Z njo porodnici po drobnem katetru v hrbtenični kanal zunaj poteka hrbteničnega mozga med porodom dovajajo sredstvo proti bolečini.

Kot piše anesteziologinja Sobanova (2001), je epiduralna anestezija s katetrom oblika anestezije spinalnih živčnih korenin, ki se uporablja za podaljševanje anestezije med operacijo in za analgezijo po njej; za analgezijo pri vzročno nezdravljivi kronični bolečini; za kombinirano splošno in spinalno anestezijo, kjer v smislu ravnovesne anestezije lokalni anestetik prinaša analgezijo in mišično relaksacijo, splošni pa nezavest in kontrolo dihanja; ter za lajšanje porodnih bolečin. Številni strokovni članki poudarjajo prednosti epiduralne anestezije pred splošno anestezijo in navajajo podatke, po katerih se pri epiduralni analgeziji stopnja tveganja za trajne nevrološke okvare giblje od 0,03 do 0,1%⁶⁰.

Poglabljanje v problematiko porodne bolečine me je pripeljalo do tega, da lahko o uporabi epiduralne analgezije v porodništvu razmišljam na več načinov. Po eni strani jo vidim kot pridobitev sodobne medicine, ki lahko z rezanjem korenin trpljenjske komponente materinstva prispeva k bistvenim spremembam v pojmovanju poroda in k spreminjanju tradicionalnih konceptov materinstva. Istočasno jo moramo razumeti tudi kot tehniko, ki porod prav gotovo še bolj piše v okviru visokotehnoloških medicinskih diskurzov in matere

⁶⁰ Gl. npr. prispevek Špele Mušič (*spletni naslov*).

določa v novih oblikah družbenofunkcionalnih podrejenosti. Dopustiti pa je treba tudi možnost, da se v prihodnosti skupaj z drugimi zdaj uveljavljenimi praksami medicinskega porodništva (kot so npr. induciranje ali pospeševanje poroda z oksitocinom, predrtje mehurja, porajanje leže, prerez presredka ipd.) izkaže za neprimerno oziroma za še enega v nizu posegov, ki so se v porodništvu znašli kot odgovor na katero od drugih porodniških praks, ki morda dodatno prispeva k temu, da porodnice porod opisujejo kot boleč.

Kakor navaja anesteziologinja dr. Tatjana Stopar (v Cipot Mal, 2003), je delež žensk, ki rojevajo z epiduralno analgezijo, v Evropi približno 30 odstotkov, v ZDA pa 80 do skoraj 90 odstotkov. V Sloveniji se je sicer ta anesteziološka tehnika že dobro uveljavila pri drugih medicinskih posegih, ne pa tudi v porodništvu. V letu 2000 je bilo v Sloveniji 42 primerov epiduralne porodne analgezije, kar je predstavljalo le 0,2% vseh porodov (podatek iz Reš-Muravec in drugi, 2003). Čeprav je postopek v medicinski literaturi označen za zelo učinkovitega in ga porodnice dobro ocenjujejo⁶¹ (gl. npr. Reš-Muravec in drugi, 2003), je večini slovenskih porodnic še vedno nedostopen. Najpogosteje je slišati, da je za to krivo pomanjkanje ustrezno usposobljenih anesteziologov v slovenskih porodnišnicah. Stoparjeva to pojasnjuje tako: »Epiduralno tehniko obvlada vsak anesteziolog po končani specializaciji, saj se ta tehnika uporablja tudi za druge operacije, ne le ob porodu in carskem rezu. /.../ Dejstvo je, da je za uporabo regionalnih anestezioloških tehnik v porodništvu zaradi same specifikke porodnic potrebno nekaj izkušenj. V univerzitetni porodnišnici teh izkušenj in znanja, ki bi jih sicer morali dobiti med specializacijo, anesteziologi ne dobimo. Razvoj stroke je tako temeljil le na entuziazmu posameznikov, ki so si znanje pridobivali z lastno muko ali pa v tujini« (Stopar v Cipot Mal, 2003). Sistemsko je tako uporaba epiduralne analgezije v porodništvu še povsem neurejena, enako tudi njeno financiranje (gl. zapisnik SZAIM, 2003), zato morajo porodnice v večini porodnišnic, kjer je porodna analgezija dosegljiva na zahtevo, izdaten del postopka plačati same⁶².

⁶¹ V postojnski porodnišnici so leta 2002 na 294 porodnicah, od katerih jih je pol rodilo brez in druga polovica s pomočjo ene od treh tehnik epiduralne analgezije opravili raziskavo, katere rezultati glede poteka in izida poroda, stanja ploda in stranskih učinkov so bili primerljivi z rezultati obsežnih tujih raziskav. V skupini porodnic z epiduralno porodno analgezijo je bilo v primerjavi s kontrolno skupino statistično pomembno več višje in visoko izobraženih žensk, bile so starejše, več je bilo prvorodk in večkrat je bil pri porodu prisoten partner. Med temi porodnicami so opazili tudi veliko zadovoljstvo z načinom lajšanja porodne bolečine in zato menili, da bi se moralo poznavanje te možnosti razširiti. Teh 147 porodnic, ki so rodile s pomočjo epiduralne analgezije, je predstavljalo vse porodnice, ki so v tistem letu v tej porodnišnici rodile z epiduralno analgezijo. Med vsemi porodi, ki so se leta 2002 zgodili v postojnski porodnišnici, zavzema to število 14-odstotni delež (podatki iz Reš-Muravec in drugi, 2003).

⁶² V Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna znaša prispevek za porodno epiduralno analgezijo 40.000,00 slovenskih tolarjev.

V nasprotju z razširjenim mišljenjem pravilno izpeljana porodna analgezija odvzame le bolečino, ne pa sposobnost premikanja in občutka za popadke. Kot navaja Reš-Muravec s sodelavci, je to področna analgezija, ki zelo dobro zmanjša bolečino na mestu, kjer nastaja, in ne vpliva neposredno na plod, zato ima velike prednosti pred sistemsko analgezijo⁶³, ki se daje intravensko. Avtorji se sklicujejo na relevantne raziskave, v katerih je bilo ugotovljeno, da epiduralna analgezija bolj zmanjša porodno bolečino kot intravensko dani analgetiki, kjer obstajajo omejitve v odmerku zdravila zaradi sistemskih učinkov (Reš-Muravec in drugi, 2003). Drugi poročajo o ugodnih učinkih epiduralne analgezije pri porodnicah z obolenjem srca, saj da jih zaščiti pred večjim stresom, tiste z obolenjem dihal naj bi zaščitila pred prekomerno hiperventilacijo, matere z nevrološkim obolenjem pred povišanim znotrajlobanjskim tlakom, podobno tudi matere s preeklampsijo pred visokim arterijskim tlakom (gl. Zabavnik). Posledice epiduralne analgezije so po navedbah Stoparjeve kvečjemu kratkoročne, npr. glavobol in srbečica. »Vedno pa so seveda možne komplikacije, kot tudi pri splošni narkozi. V najhujšem primeru lahko pride do krvavitve v epiduralni prostor, ki pritisne na hrbtenjačo. Taka komplikacija pa je verjetnejša pri ženskah, ki že imajo težave s strjevanjem krvi. To so zelo redki primeri – morda eden na tristo tisoč porodnic – ki se nenazadnje dajo tudi takoj odkriti« (Stopar v Cipot-Mal, 2003).

Obotavljivo uvajanje epiduralne analgezije v porodništvo je na tak ali drugačen način moč osvetliti tudi prek medicinske etike. Zabavnik (spletni naslov)⁶⁴ piše, da stališče zdravnikov, ki uvrščajo bolečine med sicer normalnim porodom med t.i. fiziološke bolečine, ki jim ne posvečajo veliko pozornosti, in menijo, da posebno lajšanje bolečin v teh primerih ni potrebno, ker da je večina porodnic pripravljena potrpeti za svojega otroka, ni dovolj humano – posebej če obstajajo metode, ki ne škodujejo porodnici in porajajočemu se otroku, porod pa iz materinega mučenja za otroka spremenijo v prijeten dogodek brez hujših bolečin. Zabavnik poudarja, da je ena od osnovnih nalog vseh zdravnikov lajšanje bolečin in meni, da bi morala imeti vsaka ženska pravico do lajšanja bolečin med porodom. Njegov prispevek (objavljen na portalu Med.Over.Net) je eden redkih zdravniških člankov, namenjenih širši slovenski javnosti, in ne samo ozkemu krogu strokovnjakov, ki o epiduralni analgeziji govori povsem afirmativno, sicer z omembo, a brez izpostavljanja stranskih učinkov, in s pozivom, naj se v slovenskih porodnišnicah organizira nepretrgana

⁶³ Katere uporaba je sicer v slovenskih porodnišnicah precej razširjena (op. a.).

⁶⁴ Prim. Zoran Zabavnik, dr. med., specialist anesteziologije z reanimatologijo iz Splošne bolnice Maribor.

možnost izvajanja epiduralne analgezije pri porodih. V poljudnih člankih, ki se sklicujejo na medicinske vire, je epiduralna analgezija pogosto predstavljena kot možnost lajšanja porodnih bolečin, ki je za mater in otroka precej tvegana; večkrat se omenja, da je možna posledica te metode trajna ohromelost matere.

3.4.2. Analiza razprav o epiduralni analgeziji na Med.Over.Net

Zanimanje za epiduralno analgezijo med slovenskimi porodnicami vendarle obstaja. Na to kaže porast porodov v tistih porodnišnicah, kjer brezbolečinski porod omogočijo vsaki porodnici, ki si ga želi in ga lahko plača⁶⁵. Nosečnice, ki se srečujejo v spletnih interesnih forumih, pogosto sprožajo razprave na temo epiduralna analgezija ali o njej zastavljajo vprašanja strokovnjakom s področja ginekologije, ki svoje znanje ponujajo (tudi) prek interneta. Tema, ki je tako vroča in kontroverzna, da se na njej lomijo različni pogledi, ki v sebi nosijo bremena pomenov, na tak ali drugačen način povezanih z materinstvom, je obenem precej ekskluzivna in rezervirana za dobro informirane posameznice in posameznike ali pa tudi manj poučene razpravljavce, ki se jim možnost odprave porodne bolečine bodisi apriori upira ali pa jo jemljejo tako zlahka, da jo primerjajo s prejemom protibolečinske injekcije pri zobozdravstvenih posegih.

Primere obeh vrst je moč najti na internetnem portalu Zavoda za izboljšanje kvalitete življenja Med.Over.Net v nemoderiranem forumu »Nosečnost«, ki ga oblikujejo naključne obiskovalke same, ter v dveh moderiranih forumih: »Ginekologija in porodništvo«, ki ga ureja ginekolog in porodničar asist. mag. Stanko Pušenjak, dr. med., in »Za lepši porod«, ki ga ureja Anita Prelec, nadzorna babica porodnega bloka v Porodnišnici Ljubljana.

Institucionalni mreži, ki pripravlja nosečnice na porod (in tudi na kasnejše starševstvo), ter specializirani knjižni in periodični literaturi se je kot vir informacij in možnost za izmenjavo mnenj o »nosečniških« temah v sodobnosti pridružil svetovni splet. S pomočjo Googlovega spletnega iskalnika najdemo komaj pregledno množico aktivnih spletnih diskusijskih forumov, v katerih se združujejo nosečnice in (manj pogosto) tudi bodoči očetje. V Sloveniji

⁶⁵ To je denimo praksa v postojnski porodnišnici, ki jo nekateri označujejo tudi za skomercializirano in se jim zdi to, da je tam moč dobiti epiduralno analgezijo le za plačilo, neetično. V Postojni jim odgovarjajo, da le na tak način lahko zagotovijo, da imajo anesteziologa stalno na voljo in da lahko omogočijo uporabo te tehnike vsem porodnicam, ki si to želijo, ne glede na to, v katerem delu dneva se zgodijo njihovi porodi.

so med bolj priljubljenimi forum Ginekologija in porodništvo ter forum Nosečnost na spletnem portalu Med.Over.Net, forumi na portalu Ringaraja.net ter forumi v okviru Mamine čvekalnice na portalu specializirane revije Mama.

Po podatkih Zavoda za izboljšanje kvalitete življenja Med.Over.Net, Glinek 22, 1292 Škofljica, je med vsemi forumi na njihovem spletnem portalu Med.Over.Net najbolj obiskan prav forum »Ginekologija in porodništvo«, najbolj obiskan nemoderiran forum je »Starši staršem«, drugi najbolj obiskan pa »Starševski čvek«. Na tem portalu deluje 101 forum (skupaj z že omenjenima), od tega je 54 moderiranih (na njih odgovarja okoli 70 strokovnjakov) in 47 nemoderiranih forumov, dobršen del forumov je namenjen bodočim, nesojenim ali pa že uresničenim staršem oziroma posvojiteljem⁶⁶. V petih letih delovanja portala (od leta 2000 do 2005) se je na njegovih straneh nabralo več kot 2 milijona sporočil več kot 150 tisoč avtorjev. Na portalu naj bi bilo v tem času objavljenih 40 tisoč strani strokovne vsebine, kar naj bi predstavljalo 120 tisoč tiskanih strani A4 ali 600 knjig po 200 strani (Med.Over.Net, spletni naslov 1).

Po portalovi lastni klasifikaciji je forum Nosečnost (Med.Over.Net, spletni naslov 2) nemoderiran nezdravstven forum. V njem sodelujejo obiskovalke (redko tudi obiskovalci) s skupnimi interesi, ki izhajajo iz njihove nosečnosti oziroma pričakovanja otroka, in vanj načeloma, razen v primerih zlorab ali žalitev) spletni administrator ne posega. Ginekologija in porodništvo (Med.Over.Net, spletni naslov 3) je moderiran zdravstveni forum, ki ga moderira⁶⁷ slovenski ginekolog in porodničar asist. mag. Stanko Pušenjak, dr. med, z Ginekološke klinike ljubljanskega kliničnega centra, asistent pri predmetu Ginekologija in porodništvo na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani. Forum Za še lepši porod (Med.Over.Net, spletni naslov 4) je nekoliko mlajši, saj deluje od začetka leta 2005. Njegova moderatorka je Anita Prelec, nadzorna babica porodnega bloka v Porodnišnici Ljubljana, število objavljenih sporočil na njem (722) pa ni primerljivo s številom sporočil na forumu Nosečnost (skoraj 141000) in na forumu Ginekologija in porodništvo (več kot 90000)⁶⁸.

⁶⁶ Na istem portalu je nekaj časa deloval tudi forum, namenjen samo razpravljanju o porodni bolečini. Moderiral ga je prim. dr. Zoran Zabavnik iz mariborske bolnišnice, vendar je zaradi razlogov na strani moderatorja že po nekaj objavljenih sporočilih (45) forum prenehal delovati (gl. Med.Over.Net, spletni naslov 5).

⁶⁷ To pomeni, da prispele teme izbira in objavlja po lastni presoji ter odgovarja nanje.

⁶⁸ Vsi podatki z dne 24.9.2006.

Za forum Nosečnost je značilno, da se aktivne uporabnice na njem zadržujejo v glavnem v obdobju svoje nosečnosti. Vsaka nova generacija aktivnih uporabnic se običajno najprej identificira s pozivom »pofočkajmo se«, ki ga uporabnice občasno ponavljajo, potem pa se tako preštete pogovarjajo o zadevah, povezanih s potekom nosečnosti, porodom, pripravah na prihod otroka ipd. do izteka nosečnosti in še malo po njem, ko so predstavljene vse njihove porodne izkušnje in vsi novorojenčki pospremljeni v življenje z voščili uporabnic foruma. Teme se zato zelo pogosto ponavljajo, vsaka nova generacija predela podoben nabor problemov kot predhodne.

Forum Ginekologija in porodništvo je spletna ginekološka posvetovalnica. Pušenjak je v intervjuju za Moj mikro, decembra 2004, o njem povedal: »V treh letih in enajstih mesecih delovanja, sem v povprečju vsak dan odgovoril na več kot 17 vprašanj (vključno z dopusti, prazniki, sobotami in nedeljami). Nekatera vprašanja so bila zastavljena tako, da sem lahko na njih odgovoril samo z besedicama da ali ne, večina vprašanj pa je zahtevala odgovore z vsaj 5-10 stavki. Skoraj vsak teden dobim tudi 2-4 dopise, ki pa mejijo že na zahtevo po izvedeniškem mnenju ali vsaj obsežnemu zaslišanju o določeni problematiki. Takšen odgovor lahko zahteva včasih zaradi kompleksnosti, preverjanj informacij in posvetovanj z drugimi zdravniki tudi celodnevno ali pa v nekaterih primerih celo večdnevno aktivnost. V slabih štirih letih sem tako odgovoril na cca 25.000 vprašanj« (Pušenjak v Skrt, 2004). Do junija 2005 se je ta vrednost povečala na 30.000, kar naj bi pomenilo, da naj bi Pušenjak v 5 letih delovanja foruma odgovoril na okoli 35 vprašanj na dan (Med.Over.Net, spletni naslov 1).

Forum Za še lepši porod ni tako obiskan kot prej omenjena, med posameznimi objavami so dokaj veliki časovni razmiki. Uporabnice ga uporabljajo za pridobivanje informacij glede praktičnih vidikov izvedbe poroda oziroma bivanja v porodnišnici, na njem opisujejo svoje porodne izkušnje v posamezni porodnišnici in delijo pohvale ali graje babicam oz. babičarjem, ki so sodelovali pri njihovem porodu.

Po Oblakovi ločimo posamezne načine internetnega komuniciranja glede na: tip komunikacijskega razmerja (medosebno komuniciranje enega z enim, skupinsko ali mrežno komuniciranje mnogih z mnogimi in množično komuniciranje enega z mnogimi), smer komunikacije (eno-/dvosmerna), komunikacijsko odzivnost (a-/sinhronost), obliko

posredovane vsebine (besedilo, slika, zvok, video) in značaj komunikacijskega razmerja (javni ali zasebni) (Oblak, 2000: 1059-1060). Glede na njeno klasifikacijo je lastnost foruma Nosečnost javno, dvosmerno, asinhrono, skupinsko komuniciranje z besedili. Za komuniciranje na forumu Ginekologija in porodništvo velja, da je dvosmerno, asinhrono, večinoma množično in javno, a občasno tudi zasebno in medosebno komuniciranje z besedili. Pušenjak namreč odgovarja na določena vprašanja tudi tako, da jih ne objavi, ampak se tistemu, ki je tako vprašanje postavil, oglasi neposredno na njegov elektronski poštni naslov, če ga uporabnik napiše v glavi svojega sporočila. Forum za še lepši porod pa je namenjen javnemu, dvosmernemu, asinhronemu, množičnemu, občasno tudi skupinskemu komuniciranju.

Zaradi omenjenih značilnosti izbranih forumov in vsaj v primeru obeh zdravstvenih moderiranih forumov tudi zaradi profesionalnih lastnosti njunih moderatorjev, ki oba prihajata iz zdravstvene stroke, poleg tega oba iz osrednjega terciarnega porodniškega centra, Pušenjak ob tem še z Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, pričakujem, da bom z analizo sporočil o epiduralni analgeziji, ki so bila objavljena v določenem obdobju, lahko poiskala primere na eni strani nekega širšega, popularnega diskurza o materinstvu in na drugi primere medicinskega govora o materinstvu ter tudi preplete obeh diskurzov, ki ju je nemogoče strogo ločiti, saj se medsebojno napajata in povratno vplivata. Glede na to, da za forum Ginekologija in porodništvo ter za forum Za lepši porod vemo, kdo ima na njem glavno besedo, bi bilo za korektnjšo primerjavo treba poznati vsaj demografske značilnosti anonimnih udeleženk in udeležencev foruma Nosečnost. Ker s podatki o tem ne razpolagam in bi njihovo pridobivanje preseglo okvire tega dela, bom za orientacijo uporabila podatke, ki jih je v zvezi s sorodnim forumom na istem portalu zbrala Tina Cipot Mal. Avtorica, ki je februarja 2004 opravila raziskavo med uporabnicami in uporabniki foruma Starši staršem, na katerega se po izteku nosečnosti preseli tudi veliko uporabnic foruma Nosečnost, je ugotovila, da je bilo med 733 uporabniki, ki so odgovorili na njeno anketo, 710 žensk in 20 moških, trije pa spola niso opredelili. Kar 75,9 uporabnic in uporabnikov je bilo starih med 26 in 35 let, kar po njenih ugotovitvah ustreza statističnim podatkom o starostni dobi, v kateri si prebivalci Slovenije ustvarijo družino. Delež anketirancev z najmanj višjo izobrazbo je znašal 67,7, večina ostalih pa je imela najmanj končano srednjo šolo. Rezultati njene raziskave so pokazali, da je povprečna uporabnica foruma Starši staršem oseba

ženskega spola, z visokošolsko izobrazbo, zaposlena, poročena in z enim otrokom (gl. Cipot Mal, 2004: 51-55).

Opozoriti moram še na to, da bom v skladu s teorijo diskurza v izjavah anonimnih in neanonimnih posameznikov, ki sodelujejo na forumih, iskala primere širših družbenih diskurzov, zato me avtorstvo posameznih izjav, ki jih bom vključila v svoje prikaze, ne zanima in ga ne nameravam problematizirati. Ko podajam izjave iz prispevkov Pušenjaka ali Prelčeve, tako tega ne počnem z namenom polemiziranja z njunimi stališči, ampak zaradi strokovnih obeležij, s katerimi nastopata na forumih. Zaradi same zdravstvenosvetovalne ideje obeh forumov, v katerih sta postavljena za svetovalca in moderatorja, privzemam, da sta verodostojna predstavnika svoje stroke. Kot bi rekel Foucault, jima navsezadnje prav pripadnost medicinski disciplini omogoča položaj govorečih subjektov znotraj kontrolirane produkcije diskurza (prim. Foucault, 1991: 11-13). Podobno tudi Burrova poudarja, da je vse, kar posamezniki sporočajo, izraz diskurzov in nima izvora v posameznikovi zasebni izkušnji česa, temveč v njegovi diskurzivni kulturi. Pri tem beseda ali stavki ne pripadajo kar sami po sebi določenemu diskurzu, ampak je pomen tega, kar govorimo ali pišemo, odvisen od diskurzivnega konteksta oziroma splošnega konceptualnega okvira, v katerega so naše besede vgrajene (Burr, 2000: 51). Videti je, da uporabnice in uporabniki izbranih zdravstvenih moderiranih forumov oba moderatorja sprejemajo kot predstavnika institucionalnega zdravstva, naslavljajo nanju svoja vprašanja s področja zdravja, telesnih stanj in medicinskih postopkov ter pričakujejo strokoven odgovor, včasih celo t.i. drugo mnenje o zadevah, o katerih se je že izrekel njihov izbrani zdravnik/zdravnica. Nekoliko površno bi torej lahko rekli, da v primeru nemoderiranega foruma Nosečnost govori »ljudstvo«, v drugih dveh pa »medicina«.

V nadaljevanju analiziram izbrane prispevke uporabnic in uporabnikov vseh treh forumov, pridobljene s pomočjo portalovega lastnega iskalnika. Upoštevala sem samo tiste, ki so nastali med leti 2003 in 2006. Ker je sporočil veliko in so si med sabo podobna, sem za obravnavo izbrala takšna, ki po moji oceni najbolj značilno predstavljajo glavne tokove razmišljanj, ki se kažejo na obeh forumih. Citirane dele sporočil sem postavila med navednice in jih opremila s spletnimi vzdevki avtoric ali avtorjev sporočil (»*nick name*«), in datumi sporočil, kar zadošča za identifikacijo in možnost preverbe verodostojnosti uporabljenih citatov s pomočjo iskalnika na posameznem forumu. Navajanje celega

spletnega naslova za vsako sporočilo sem zaradi boljše preglednosti in berljivosti besedila opustila. Ker uporabniki spletnih forumov zaradi hitrejše in manj formalne oblike komuniciranja ne dosledno upoštevajo pravopisnih pravil, sem njihove zapise minimalno lektorirala le, če sem jih citirala v svojih stavkih, pa še v takih primerih sem zaradi večje razumljivosti dodala le manjkajoče vejice. V citiranih besedilih forumovk in forumovcev sem ohranila tudi vse poudarke, ki so jih naredili sami v izvornih sporočilih (npr. z uporabo velikih črk, navednic, ločil, ikon ipd.), in kratice (EA kot okrajšava za epiduralno analgezijo ali CR za carski rez).

Znanstveni diskurzi po eni strani utrjujejo družbene mite o materinstvu (gl. primere iz etologije, antropologije in sociologije, ki jih navaja Oakleyjeva, 2000: 171-198), po drugi strani pa se, kot piše Švabova, tudi demistificiranje materinstva dogaja predvsem prek znanstvenih diskurzov, pri čemer (pričakovano) poudarja pomen feminističnih teorij (Švab, 2001: 112). Podobno velja za poglede na porodno epiduralno analgezijo znotraj slovenskega zdravstva. V Sloveniji njeno uporabo zagovarjajo zlasti anesteziologi, nekateri porodničarji jo podpirajo, drugi zavračajo, zdravstvena politika pa se ne izjasni. Glede na to, da je medicinska stroka v primeru epiduralne analgezije tako razdeljena, je mogoče sklepati, da pri tem ne gre samo za strokovno vprašanje, saj bi ga bilo v takšnem primeru mogoče razrešiti na podlagi znanstvenih argumentov. Uporaba epiduralne analgezije v porodništvu je pridobitev medicine, ki ruši enega od mitov o materinstvu, po drugi strani pa dominantni diskurzi v slovenskem porodništvu prek utemeljevanja omejenih možnosti za njeno uporabo utrjujejo isti mit, ki ga epiduralna analgezija odpravlja, in se čutijo poklicane, da govorijo o materinstvu nasploh, pri čemer za svojo argumentacijo uporabljajo najbolj utrjene in razširjene mite o materinstvu in o ženskah ter jim s svojim položajem podeljujejo značaj znanstvenih argumentov.

Tako denimo Pušenjak v svojem forumu na sporočilo uporabnice 'Petre' z dne, 7.4.2004, o tem, da ji je izbrani ginekolog rekel, da epiduralna analgezija⁶⁹ pri porodu ni potrebna, in na njeno vprašanje, ali ima pravico do nje, napiše dolg odgovor, v katerem jo najprej opredeli za žensko, in sicer tako, ki jo je težko zadovoljiti, nato pa njeno vprašanje označi za stvar histerije. Pri tem ni nepomembno, da beseda histerija izvorno označuje bolezen, ki napada

⁶⁹ *Pisoča se napačno izrazi »epiduralna anestezija«, kar je poleg vsaj pravilno napisane epiduralne anestezije med nepoznavalci in tudi v medijih precej razširjeno poimenovanje, ki se uporablja za epiduralno analgezijo. Pomeni pa seveda nekaj povsem drugega.*

ženske, saj so jo najprej imeli za bolezen maternice (gr. »*histera*« pomeni maternica) in kasneje opredelili za psihonevrotično bolezen, v feminizmu pa velja (kot je zapisala Bahovčeva, 2001: 10) za patologizacijo ženskega in ženskosti v pogojih patriarhije. Pušenjak piše, da se mu zdi »histerija okrog EA, v kateri si nekatere nosečnice že v sredini nosečnosti želijo zagotoviti EA za vsako ceno, ko iščejo svoje pravice in se neodvisno od realne potrebe obračajo na medije v obupnem strahu, da bodo morale v mukah rojevati, ker se za njihovo trpljenje ne bo nihče zmenil«, neokusna. To trditev utemelji z razlago, da je »tako imenovani "porod brez bolečin"« tvegan, saj da so njegove možne posledice »trajna ohromelost, trajna kronična bolečina ali druge nevrološke okvare, v ekstremnem primeru celo smrt«.

Takoj zatem svoj odpor do epiduralne analgezije v porodništvu upraviči še s strahom pred odškodninskimi zahtevki pacientov in ugotovi, da bodo v takšnih razmerah zdravniki »še bolj previdni pri uporabi kakršnegakoli neindiciranega postopka, ki ne bo reševal življenja ali preprečeval bolezni«. »Najbolj previdni pa bomo pri pacientih, ki prepogosto uporabijo besedo "pravica",« še doda. Na koncu omeni, da je mogoče epiduralno analgezijo dobiti za plačilo, »ne glede na to, ali je smiselna ali ne«, v postojnski porodnišnici, in je sam s sabo nekoliko v nasprotju, ko sklene: »ostali jo, kolikor vem, uporabljamo indicirano ali vsaj smiselno, glede na indikacije. Se pa strinjam, da bi EA lahko uporabili pogosteje, a za to nimamo urejenih osnovnih stvari, ne le materialne stroške, temveč še marsikaj drugega.«

Med vrsticami lahko torej iz njegovega prispevka razberemo, da se zaveda strukturnih razlogov za omejeno uporabo epiduralne analgezije v porodništvu, vendar bolj kot té problematizira porodnice, ki si želijo epiduralno analgezijo oziroma ki jo imajo za svojo pravico. Po njegovem so take ženske histerične in nerazsodne, saj ne upoštevajo realnih potreb in tveganj. Pušenjak napove, da bodo zdravniki poslej še bolj previdni pri uporabi postopkov, ki ne bodo reševali življenj ali preprečevali bolezni. Mar to pomeni, da se vračamo v medicino zgodovinskega tipa vojaških poljskih bolnišnic, kjer se bo rezalo na živo pri vseh invazivnih posegih, kjer se sicer uporabljajo »tvegane« anesteziološke tehnike, ali bo to še naprej veljalo samo za nosečnice, ki »iščejo svoje pravice«?

Da je bistvo materinstva žrtvovanje, pove Pušenjak na več mestih. Najbolj neposredno v odgovoru za uporabnika 'Whatkoli', ki bi rad svojemu dekletu zagotovil čim manj boleč

porod, z dne 7.8.2003, ko zapiše: »Porod je težaško delo in kdor želi imeti otroka, pa zanj ni pripravljen prav ničesar žrtvovati, naj razmisli, če je sploh primeren, da ima otroke. Tudi po rojstvu zahteva otrok marsikatero odpovedovanje marsikateremu užitku in tudi bolečina pri vzgoji ima veliko obrazov. Otrok ni igrača, ki jo postaviš v kot ali pospraviš v predal, ko se je naveličaš. Želja po CR in vnaprejšnje zahtevanje poroda brez bolečin meji na značajske poteze take ženske.« Po njegovem torej ženske, ki ne želijo prenašati porodnih bolečin, niso primerne za matere. Podoben diskurz se kaže tudi v Pušenjakovem pisanju v daljšem polemiziranju o porodnih bolečinah (9 objavljenih sporočil, od tega 2 njegovi in 7 postov uporabnic), ki ga je 1.2.2006 sprožila 'Anja' z vprašanjem, ali so pri porodu »res takšne muke, kot jih prikazujejo v filmih ali vse poteka bolj umirjeno«. Pušenjak med drugim zapiše: »Višje ko bo vaše samozaupanje in prepričanje, da zmorete za svojega otroka vse, tudi morebiti nemogoče, manj ko boste pričakovali od drugih in več ko boste pripravljeni storiti sami, manjša bo bolečina. Porod je zagotovo oblika žrtvovanja, vendar prostovoljno in z najboljšim namenom, ob tem pa se zavedajte, da prinaša nagrado, ki nima primerjave in za katero se s porodom pravo žrtvovanje šele pričinja.«

Ženske, ki ga sprašujejo o možnostih rojevanja s čim manj bolečinami, na več mestih na široko pouči, naj se »ne poglobljajo v to, kako bi obšle naravo, ki je stvari preskusila v stotisočletja trajajočem procesu optimiziranja poroda«, temveč, kot 22.9.03 svetuje 'fanji': »da se spoprimate z enim od poslednjih še naravnih pojavov v našem življenju, s svojim porodom in rojstvom vašega, poudarjam, VAŠEGA OTROKA!« Ne glede na to, da se odvija v bolnišničnem okolju in ob izdatni uporabi medicinskega znanja in postopkov, je porod torej še vedno povsem naraven proces, ki ga je do današnje oblike zoptimizirala sama narava. Ali pa je naraven samo v tistem delu, kjer boli?

Ženskam, za katere pravi, da se v diskusijah o epiduralni analgeziji »militantno« zavzemajo za svoje pravice, trka na vest s preusmerjanjem pozornosti na njihove (bodoče) otroke, ki da jih takšna stališča njihovih (bodočih) mater življenjsko ogrožajo: »Zdravstveno osebje še kako dobro ve, kdo trpi bolečino in kdo bolečino uprizarja bolj, kot je res prisotna, pri tem pa moram poudariti, da lahko cirkusiranje okrog bolečine žensko sčasoma toliko utruji, da ji toleranca za vsakršne dražljaje tako močno pade, da vsak dotik občuti kot bolečino. Pod takimi pogoji seveda porod pogosto zastane ali postane patološki in največjo škodo pri tem utрпи seveda plod. Če torej svojemu otroku res želite dobro in vam ni mar le zase, potem

predvsem razvijajte zaupanje v svoje lastne sposobnosti, zaupanje do osebja v porodnišnici in toleranco do drugačnega mišljenja ter si ne ustvarjajte predsodka, da v porodnišnicah delamo samo sadisti, ki uživamo v tem, da porodnice trpijo v bolečinah« (Pušenjak v odgovoru 'Ivani' z dne, 25.3.04). Pušenjak s tem sporoča, da ženska ni sposobna oceniti, kdaj jo porod »zares« boli. Tistim, ki jih boli, je po njegovem mar le zase, in ne za otroka, ki je v tem diskurzu očitno cilj, za katerega se trpi – s stisnjenimi zobmi.

To se odraža tudi v Pušenjakovem pisanju v že omenjeni polemiki z dne 1.2.2006, v katerem se med drugim opredeli do »trpinčenja« žensk, ki še niso rodile, s poročanjem o bolečinah pri porodu: »privoščljivim babjim čenčam, ki imajo komplekse manjvrednosti in svojo ceno dvigujejo s povečevanjem trpljenja pri porodu, je težko priti do konca niti jim ni mogoče konkurirati s strokovnimi argumenti. Naj zapišem le eno trditev: človek je le eden od tisočev sesalcev, ki se rodimo na podoben način in menda ne moremo biti edina vrsta, ki trpi takšne »svetopisemske muke« za kazen, ker smo kršili božje zapovedi!?» Po njegovem so torej izkušnje »babjih čenč«, najbrž žensk, ki so že rodile, v razmerju do stroke povsem nekredibilne, a hkrati tako močno prisotne, da se stroka, ki jo sam predstavlja, težko kosa z njimi. Zaradi tega Pušenjak ponudi argument, s katerim umesti človeka med sesalce, in s tem v sfero narave, ter se distancira do »svetopisemskih muk«, ki sodijo v sfero kulture. Na koncu pa poudari še odločilno vlogo medicine, za katero se zdi, da stoji bližje naravi kot kulturi, saj Pušenjak uporabnici svetuje, naj zaupa svojim čutom, in ji zagotovi, da je, v primerih, ko pri porodu kaj odstopa od pričakovanega, »to s pomočjo medicinskih dognanj in pomagal mogoče izboljšati na sprejemljivo raven«.

Pušenjak v že citiranem odgovoru 'fanji' z dne, 22.9.2003, zapiše tudi: »/.../ bolečina ni stvar "prožnosti kosti" in starosti temveč predvsem zavesti, čigava naloga je roditi oziroma je odvisna od trdne volje, da to delo opravite sami. Mislim predvsem na to, da roditi nihče ne more namesto vas, tako kot nihče drug ne more priti na vrh Mount Everesta namesto alpinista, ki si je zadal to nalogo. Ne gre za trpljenje. Tega ste si ustvarile ženske same.« Primerjavo z bolečinami pri ekstremnih športih in pomenom motivacije za doseg cilja uporabi tudi v daljšem odgovoru uporabnici 'Mikron' z dne 6.3.2006, v katerem ženske, ki ocenjujejo, da so babice v ljubljanski porodnišnici zoprne, označi za »tečne in razvajene mamine punčke«. Infantilizacijo porodnic dodatno utrdi s prikazom, da je porod dogodek, v katerem se »marsikdaj pokaže pravi obraz porodnice v smislu zmožnosti prestatati kak malce

večji življenjski stres in napor ter ob tem hkrati shajati še z babico, ki je ob njej in ji želi pomagati, čeprav bi kot otrok v jezi najraje vse igračke pometala v ogenj ali skozi okno ter se metala po tleh od togote, da konkretne naloge (v tem primeru poroda) ne bo namesto nje opravil nihče drug. Bolečina pač je, vendar na njen učinek vplivamo zelo močno tudi sami, zavestno ali nezavestno.« Otročji porodnici postavi nasproti babico, ki je po njegovem kot »mama, ki od otroka, učenca, zahteva, da opravi svojo šolsko nalogo, za katero sama ve, da jo zmore«. ⁷⁰

Sodeč po do sedaj napisanem, je za Pušenjaka, ki kot eden najbolj javno izpostavljenih delavcev Ginekološke klinike KC Ljubljana in asistent na Medicinski fakulteti za predmet Ginekologija in porodništvo s svojimi predstavami znotraj slovenskega porodništva verjetno ni osamljen oziroma sodeluje tako pri razširjanju kot pri reprodukciji vodilnih medicinskih pogledov na porod pri nas, porod nekaj povsem naravnega, sicer težaško delo, ki od žensk zahteva požrtvovalnost, a ne pritoževanja. Porod ni mesto, kjer bi ženska lahko razmišljala o svojih pravicah – prav to je po njegovem neposredni vzrok trpljenja; ali jih celo skušala uveljaviti, saj bo taka ženska kaznovana z najhujšimi zapleti pri porodu, ki najbolj ogrožajo njenega otroka. Naloga ženske, kot jo po njegovem vidi(ta) narava (in medicina, ki je v tem primeru njena zagovornica in izvrševalka), je roditi otroka, in samo narava (in medicina) ve(sta), kako je prav.

Na pisanje Zalke Drglin (v pričujočem delu večkrat citirane avtorice, sicer pa raziskovalke in svetovalke, ki se ukvarja z načini skrbi za nosečnice, porodnice in ženske po porodu), ki ga je 28.9.2003 prek njegovega foruma opozorila, da za mite, po katerih so bile ženske nekdanj bolj »naravne« in so zato enostavneje in manj trpeče rojevale, sodobne izobraženke pa da zaradi kulture, ustnega izročila in izkrivljenih podob porod bolj boli oziroma si ga same »naredijo« takšnega, ni moč najti znanstvene osnove, in ga pozvala, naj poda predlog, kako bi se slovensko porodništvo približalo ženskam tudi v smeri omogočanja lajšanja porodnih bolečin, odgovori sicer načeloma pritrdilno, predloga pa ne poda. Izgovori se na »realne razmere«, v katerih »je žal prvi korak sprememb lahko le ta, da se zgane zdravstvena politika in plačnik storitev.« Namesto konstruktivnega predloga se obregne ob delavnice za nosečnice, ki jih prireja združenje, katerega članica je Drglinova: »Upam, da

⁷⁰ Podobna argumentacija s primerjavo naporov pri porodu z napori pri teku ali plezanju in s primerjanjem porodnice s 3- ali 4-letnim otrokom se pojavi tudi v nizu Pušenjakovih odgovorov pod temo 'filmska scena med porodom', ki jo je dne 21.5.2006 začela 'lunika'.

pri svojih delavnicah nosečnice pripravljate na "realne razmere" in realne možnosti ter jim svetujete, kako v teh razmerah komunicirati z osebjem porodnišnice. Če jim podajate preveč "obljub", ki realno niso uresničljive, je to namreč bolj "medvedja usluga".« V spopadu dveh diskurzov na Pušenjakovem forumu tako zmaga tisti, ki je po njegovem bolj »realen«.

V nekaterih Pušenjakovih kasnejših sporočilih se pokaže nekoliko drugačna naravnost oziroma manj kategorično zavračanje epiduralne analgezije. Tako denimo na vprašanje, ki mu ga je dne 17.9.2006 zastavila 'tina007', in sicer ali načeloma podpira epiduralno analgezijo ali se mu zdi tak način lajšanja bolečin nepotreben, Pušenjak odgovori, da je epiduralna analgezija odlična metoda lajšanja bolečine pri porodu, vendar da se ji vseeno pripisuje pretiran pomen, saj da gredo nekateri spontani porodi (po njegovem pri 15-20% nosečnic) tako hitro, da je vsakršna analgezija takrat odveč, in prepričanje, da EA mora biti, samo odvrča od pomembnejših stvari ter povzroča nepotreben strah in vznemirjenost, ki že sama po sebi razdiralno vplivata na potek poroda. Uporabnici 'anni_', ki je 29.10.2005 podala svojo mučno izkušnjo s prvim porodom, ki se ga je sicer veselila in se nanj pripravljala s Pajntarjevimi pripravami na porod v hipnozi, končal pa da se je precej napeto in boleče, celo s privezom njenih nog in spravljanju k zavesti, Pušenjak odgovori, da ji za premagovanje strahu pred bolečinami pred porodom toplo priporoča epiduralno analgezijo, če bo le mogoča. Glede tega ji svetuje vnaprejšnji dogovor in sprožitev poroda v času termina. Na sporočilo 'marcell' z dne 18.1.2005, ki poroča o težavah s hrbtenico po porodni epiduralni analgeziji in z velikimi črkami zapiše: »NASLEDNJI POROD JE BREZ EA!!!!«, pa (v nasprotju s svojim poprejšnjim poudarjanjem pomena tveganja pri epiduralni analgeziji) objavi, da upa, da njeno pismo ne bo prestrašilo preveč nosečnic, saj da za to ni utemeljenega razloga. Kljub temu pa pripomni, da velja premisliti, »če res nujno moramo že mesece vnaprej panično zagotavljati EA za vsako ceno in za to celo hoditi na porod več deset ali sto kilometrov daleč, kljub temu da imamo svojo porodnišnico pred nosom.«

Po drugi strani nekatere porodnice na forumu Nosečnost menijo, da se taka pot izplača in bi jo spet ponovile (npr. 'jana', ki je 19.9.2006 zapisala, da se je po epiduralno peljala 200 kilometrov daleč), posamezne uporabnice ta način lajšanja bolečine celo označijo za dobro naložbo. Za ta forum je značilno, da ženske (tudi nekatere zagovornice uporabe epiduralne analgezije) večinoma delijo porode na naravne in na tiste z epiduralno analgezijo, na podlagi česar ugotavljam, da se jim porod s tako analgezijo ne zdi naraven, o naravnosti

poroda v porodnišnicah in o drugih oblikah lajšanja bolečin med porodom pa z izjemo redkih ne podvomijo. Poleg tega večina nasprotnic epiduralne analgezije meni, da porod brez bolečin ni pravi in nekoliko drugače kot Pušenjak, ki na nek način celo zanika prisotnost bolečine pri porodu, na široko opisujejo svoje boleče porode, vendar kot nekaj, za kar je bilo vredno trpeti, saj so bile za to poplačane s svojimi otroki. Menijo, da se je zanje treba žrtvovati, ker so otroci sami po sebi njihova največja nagrada. Trpljenje pri porodu jih dela bolj ženske, in pri tem na nek način bolj imenitne in močne, ker so zdržale takšne muke. Tiste, ki se temu upirajo, tvegajo oznako: »Same scrkljanke!! Bog ne daj, da bi te kaj špiknilo, a ne?« (MAJA, 9.4.2004). Svoje postavljanje s prenašanjem bolečin zagovornice »naravnega poroda« upravičijo s plemenitim namenom: rojstvom otroka. Zaradi bolečin pri porodu so celo nekako bolj prave matere, saj so z otroki bolj povezane, ker so se potrudile za njihov prihod na svet.

Veliko uporabnic se strinja, da je porod edinstvena izkušnja vsake ženske in da naj se za njegovo obliko (z epiduralno analgezijo ali brez nje) odloči vsaka zase. Tiste, ki bodo rodile prvič, se zaradi pomanjkanja pravih predstav pogosto odločajo, da bodo rodile brez epiduralne analgezije, vendar puščajo možnost, da bodo naslednjič rodile z njo, če bo prvič hudo. Manj je takih, ki so stoo odstotno že pred porodom odločene za uporabo epiduralne analgezije. Čeprav na forumu ne manjka podrobnih opisov pozitivnih porodnih izkušenj z epiduralno analgezijo, ki jih prispevajo uporabnice, ki so same tako rodile, imajo veliko težo tudi sporočila, v katerih uporabnice npr. pišejo, da »naj bi slišale, da je ena, ki je rodila z epiduralno, zdaj na vozičku«, ali navajajo domnevne primere drugih hudih zapletov. Stranski učinki epiduralne analgezije so največkrat glavna tema razprav na forumu, uporabnice jih podrobno opisujejo in navajajo zelo različne verjetnosti zanje, ki naj bi jih prepisale iz te ali one literature. Na taka sporočila se navadno oglasi kaka uporabnica, ki tako kot 'gelika', 26.3.2004, podvomi: »zakaj pa potem v kirurgiji standardno uporabljajo EA in sploh ni nekih vprašanj /.../ pri uporabi EA pri porodu je pa to problem in ne vem kakšni stranski učinki.« Nekaj je takih, ki pišejo, da se poroda bojijo, odkar vedo, da so ženske, in zato z olajšanjem ugotavljajo: hvala za razvoj in napredek, trikrat hura za epiduralno ipd.

Spodaj navajam primere za štiri značilne tokove razmišljanj, ki sem jih izluščila iz sporočil uporabnic foruma Nosečnost. Uporabnice, ki še niso rodile, se uvrščajo predvsem v prve tri

navedene tokove, tiste, ki so že rodile, pa v drugega in tudi v četrtega. Zdi se, da porodna izkušnja uporabnice razdeli na tiste, ki so bodisi prepričane, da so bolečine nujen del poroda, ali pa so rodile brez občutenja večjih bolečin, da že zaradi tega tudi naslednjič ne bi rodile ob pomoči epiduralne analgezije, ter na tiste, ki bi ob naslednjem porodu v vsakem primeru želele epiduralno analgezijo, ker bi se rade izognile že doživetim bolečinam ali pa imajo z epiduralno analgezijo dobre izkušnje.

1. Pri epiduralni analgeziji me je strah, da bi bilo kaj narobe:

»Punce, kaj mislite glede EA. Jaz si jo želim ampak me je tako strah da bi bilo kaj narobe. Koliko pa je sploh možnosti da bi bilo kaj narobe?« (Mojca, 2.12.2004)

»Ali mogoče katera pozna žensko, ki je rodila z EA in potem postala hroma?« (*klara*, 6.12.2004)

»Najbolj sem pa jezna nase, ker racionalno razumem kaj pomeni statistično tveganje, pa vendar me vedno uspejo prestrašit. Še vedno sem neodločena ali z EA ali brez.« (magi, 8.12.2004)

»Zaradi ea so jo (njeno sostanovalko na porodnišničnem oddelku, op. a.) sestre gledale zelo postrani in vsakič ko je pojarmala, da ji je slabo so samo rekle, glej jo revo niti malo bolečine ne prenese, pa kaj misli, da je roditi pesmica. Res grdo. Vsak se odloči zase, ampak jaz ne bi bila rada na njenem mestu - mi ni bili nič vseč tisto mrtvičenje, slabosti, vrtoglavica itd. Kaj pa če bi padla z otročkom ali pa še huje potem doma ko ni nikogar, da ti pomaga??« (nrj, 7.12.2004)

»Že veste, da v bolnici Trbovlje poizkusno izvajajo epiduralno a? Sedaj je še brezplačna. Jaz se vseeno ne bom odločila zanjo. Sem slišala za stranske učinke in me je kar minilo. Kolegica pozna eno, ki je zaradi EA na vozičku. Če sem preživela prvi porod, ki je trajal 12 ur, bom tudi tega. « (Zasavje, 6.4.2004)

»Zanimajo me vaše izkušnje, katere ste se že poslužile poroda z EA, kako je vse skupaj potekalo. Naj še povem, da sem po naravi bolj 'ziheraš' in ne bi rada veliko tvegala.« (radovedna, 19.9.2006)

2. Če med porodom ne bi čutila bolečin, bi bila prikrajšana:

»Jaz sem dvakrat do sedaj rodila povsem naravno in oba poroda sta bila zame prekrasna izkušnja. Sicer je bilo nekaj bolečin, ampak mislim, da bi bila prikrajšana za pomembno

izkušnjo, če teh bolečin ne bi čutila. Ni lepšega občutka na svetu, kot je trenutek, ko vse bolečine ponehajo in zaslišiš otroški jok.« (Manda, 4.12.2004)

»V moji zavesti je porod nekaj, kar mora biti povezano z bolečino in občutek, da sem otroka sama spravila na svet, da sem se morala zanj potruditi - to mi daje občutek izpolnjenosti in povezave.« (Jaz, 8.12.2004)

»Meni je porodna bolečina ljuba. Pomenila mi je to, da se bom kmalu srečala s svojim dojenčkom, ga kmalu spoznala. Zato sem popadke jemala kot valove, gor in dol, z vsakim valom bližje dojenčku...« (Zlatolaska, 12.11.2004)

»Če primerjamo bolečino pri zobarju – tam boli zato, ker nekaj propada, porod pa zato, ker se rojeva novo bitje in med tem dvojim zame ni primerjave.« (Skr bna, 16.6.2004)

»Če so naše mame in prednice lahko rodile brez tega, zakaj tudi sama ne bi zmogla?« (teichi, 29.3.2004)

»Se strinjam, in lahko samo pritrdim, da je porod božanski dogodek v življenju in vsaka bolečina pomeni več sreče in bližajoči cilj. Strah pa je največji uničevalec tega naravnega procesa. /.../ V današnjem umetnem svetu sem vesela, da sta zaenkrat še nosečnost in porod tako podobna naravni danosti in ju še niso uspeli popolnoma zatreti oz. spremeniti.« (Clody, 22.1.2004)

»Jaz se ne bi NIKOLI odločila za EA. /.../ preprosto zato, ker je zame porod popolnoma naravno dejanje! Kolikor je pač v porodnišnicah lahko. In čim manj mešanja raznorazne tehnologije, tem bolje!! Ne vem, no, na nek način bi se počutila, da sem ogoljufala naravo, če bi si izbrala lažjo pot.« (Ayluna, 15.6.2004)

»sama sem se odločila za »naraven« porod delno iz svoje poklicne deformacije (biologinja) in bi pač rada skusila nekaj, kar je popolnoma naravno in je del moje ženstvenosti.« (Seven, 28.3.2004)

»Skratka, hvala lepa za EA, zaupam svojemumu možku in sebi, da bova zmogla imeti dete tudi brez anestezij. In končno, tisto, za kar se potrudiš, tudi bolj ceniš, a ne?« (drejka1, 15.6.2004)

3. Najverjetneje bom rodila z epiduralno analgezijo, da ne bom trpela zaradi bolečin, če ni treba:

»Osebno ne vem, za kaj se bom odločila. Gotovo pa si bom pustila možnost, da ne bom trpela neznosnih bolečin, če jih ni treba. Medaljo za hrabrost si bom prislužila kje drugje.« (SuzanaV, 6.12.2004)

»Sama poznam zelo veliko punc, ki so rodile s pomočjo EA v Lj ali PO in vse njihove izkušnje so pozitivne. Tako gledam tudi sama na to zadevo, pozitivno in z veseljem. Sama zagovarjam načelo, da če je možnost, zakaj ne bi poskusila roditi z manj bolečinami, saj tudi pri zobozdravniku dobim injekcijo.« (Neja*, 6.4.2004)

»Prvič sem rodila brez lajšanja bolečin. Ni bilo tako grozno. Vendar pa bi tokrat rada rodila malo bolj sproščeno in se veselila tudi poroda samega, ne le »rezultata« poroda. Za naše pikice se moramo v življenju še tolikokrat potruditi in iti čez sebe, da res ni treba, da se mučimo tudi tam, kjer obstaja možnost, da stvari potekajo nam prijazneje.« (sončece, 7.12.2004)

»Naslednjega ne rodim brez EA. Po pravici povedano je še bilo znosno prvih 7 ur, ko sem imela svoje popadke. Ker pa se nisem odpirala, sem dobila umetne - naslednje 4 ure sem preživela skoraj v blodežu. Bolelo je tako hudo, da sem kričaje prosila za injekcijo proti bolečinam, pa mi je babica zabrusila nazaj - "Kaj bi rada otročička zafiksala?" Mislim, da mi ne bi bilo treba prenašat vsega tega.« (Simona, 13.11.2004)

»Zakaj pa ne bi rodile brez bolečin?!?! Tisti časi so minili, ko bi morale vse potrpet!!!« (ŠARI, 15.6.2004)

»Živimo pač v času napredka in za božjo voljo, če lahko sprejmete (ne mislim uporabite) tudi vse ostale oblike le-tega, ne vem, zakaj se tako zgražate nad EA.« (iRENA, 16.6.2004)

4. Porod z epiduralno analgezijo je kljub morebitnim dodatnim stroškom dobra investicija, ponovno bi se odločila zanjo:

»jaz sem prvič rodila brez EA, v drugo pa se nekako do konca nisem mogla odločiti /.../ skratka potem sem EA le dobila, meni je takoj prišla in 15 minut za tem sem rodila. Pa pravim, da je bilo to najbolje naloženih 40 tisoč SIT v mojem življenju. Kljub vsemu TOPLO priporočam!!!« (pia123, 19.9.2006)

»zakaj bi prenašala bolečine, če jih ni potrebno, če današnja medicina omogoča le-te olajšati. Meni osebno ni veliko 40.000 SIT 'investirati' v EA napram bolečinam, ki jih prinese porod.« (radovedna, 19.9.2006)

»Sedaj sem noseča drugič, in tudi tokrat bom izbrala EA, če mi hitrost poroda tega ne bo onemogočila. Tistih 40.000 pa je po moje nekaj, kar si zaslužim, in po prvi izkušnji z EA bi plačala tudi več. Nikoli ne jaz ne partner nisva gledala na to kot na nepotreben strošek, kar je mnenje mnogih, ki rodijo brez EA.« (*tasika*, 19.9.2006)

»Rodila sem avgusta v Postojni z EA-2.porod. In Tistih 40 tisočakov je bil najbolje naložen denar v mojem življenju- grem takoj še enkrat. Prvič sem rodila brez v LJ, pa sem rekla da ne grem nikoli več /.../ Tako da EA toplo priporočam – ko se odločim za tretjega grem vsekakor spet na EA.« (tin_tin, 19.9.2006)

»Po porodu nisem bila pretirano zmatrana, kolegici sem rekla, da lahko jutri ponovim porod. Tudi sedaj v drugo se bom odločila za EA.« (Eca, 19.9.2006)

»po grozljivem srednjeveškem prvem porodu sem se odločila, da, če bo le mogoče, v drugo rodim na malo bolj človeški način. Zato sem se odločila za EA. /.../ Skratka, zame je EA genialna zadeva: porodno dogajanje lepo čutiš, boli pa te ne. /.../ Tako da se kar mirno odloči za EA, sama bom to možnost, če bom še kdaj rojevala, zagotovo izkoristila.« (evit@, 19.9.2006)

Za odgovore na forumu Za še lepši porod je v zvezi z epiduralno analgezijo značilna precej nevtralna drža, saj moderatorka Anita Prelec ne podaja poglobljenih komentarjev o primernosti njene uporabe pri porodu. Tudi sicer forum bolj prepušča uporabnicam in se ne pogosto vpleta v njihove razprave. Uporabnicam, ki jih je strah poroda, svetuje osredotočanje na tehnike sproščanja, ki so se jih naučile v šoli za starše, in poudarja pomen zaupanja v napotke babic (prim. odgovore z dne 1.2.2005, 10.2.2005 in 26.12.2005). Le v enem prispevku (z dne 26.12.2005) v zvezi z epiduralno analgezijo Prelčeva poudari, da je to »samo ENA izmed metod lajšanja porodne bolečine (najbolj agresivna)« in da jo priporoča »ženskam, ki imajo res hud strah pred bolečino.« Uporabnice, ki ji zastavljajo vprašanja o njej, brez izjeme napoti na posvet z anesteziologom v ljubljansko porodnišnico.

Med obravnavo epiduralne analgezije na forumu Ginekologija in porodništvo ter na forumu Nosečnost je poglobljena razlika v tem, da so na slednjem precej bolj prisotni (in pri večini uporabnic sprejeti kot legitimni) tudi glasovi, ki zagovarjajo uporabo epiduralne analgezije v porodništvu. Na obeh forumih se pojavljajo isti razlogi proti uporabi epiduralne analgezije (stranski učinki, naravnost poroda, nepomembnost trpljenja matere v primerjavi z višjim ciljem: rojstvom otroka ipd.), z razliko, da jih Pušenjakova avtoriteta na forumu Ginekologija in porodništvo naredi za znanstvene in skoraj nediskutabilne, na forumu Nosečnost pa se na vsako sporočilo, ki nasprotuje uporabi epiduralne analgezije v porodništvu, oglasi množica podpornic tega postopka s svojimi protirazlogi.

Sklep

Poskus prikaza preseka medicinskih diskurzov o materinstvu na točki, določeni z možnostjo odprave bolečine pri porodu, razkriva, da so znotraj slovenske medicine prisotne predstave o materinstvu kot trpljenju, žrtvovanju in naravni vlogi ženske, ki so del kulturnega imaginarija naše družbe. Učinkovit nadzor porodne bolečine pri porodih, ki ga omogoča uporaba epiduralne analgezije, globoko posega v te predstave, in sicer zlasti v tiste, po katerih je trpljenje ena od bistvenih, celo konstitutivnih značilnosti materinstva v našem kulturnem prostoru. Bolečine pri porodu pod okriljem medicine imajo drugačen status kot bolečine, ki se pojavljajo pri drugih medicinskih posegih, njihovo lajšanje ni samoumevno, in tudi epiduralna analgezija, sicer precej razširjena anesteziološka tehnika, ima v porodništvu drugačen pomen kot v drugih vejah medicine. Zaradi položaja, ki ga ima medicina v družbi, kjer so že skoraj vsi vidiki vsakdanjega življenja zmedikalizirani in za katero je značilna tudi izjemna institucionalna pozornost do »zdravja« žensk v reproduktivnem obdobju, lahko sodobna ginekologija in porodništvo strokovne argumente namesto iz znanstveno preverjenih dejstev črpata iz širšega polja vednosti, v katerem se znanost prepleta z družbenimi miti, predsodki in ideologijami. Za razlago pojavnosti porodnih bolečin tako uporabljata pojasnila, temelječa v tradicionalnih družbenih konceptih ženskosti – s telesnostjo, infantilnostjo in nemoralnostjo zaznamovanega spola, za njihovo nadzorovanje pa priporočata samodisciplinske tehnike.

Postopki v porodnišnicah (v Sloveniji se v njih zgodi 99% vseh porodov) imajo obredno funkcijo: organizirani so v precej splošen vzorec, ki se z manjšimi odstopanji ponavlja pri večini porodov; sodelujejo pri vzdrževanju predstave o tem, da je vsaka nosečnost kljub svoji naravnosti potencialno patološka; sporočilo o nujnosti medicinskega (in s tem kulturnega) nadzora poroda prenašajo neposredno prek telesa (ženske in otroka) ter služijo kot običajen način iniciacije žensk v matere, ki svoje materinstvo tudi kasneje vzdržujejo, vrednotijo, prilagajajo in obnavljajo v trajnem odnosu z medicino.

Ko medicina tako pomaga pri utelešenju nosečnic v matere po svojem, medicinskem modelu, in kasneje nadzira njihovo materinstvo z nadzorovanjem zdravja njihovega naraščaja, proizvaja krotke, normalne, uniformirane prebivalce in igra odločilno vlogo v

procesu izvajanja oblasti, ki ga Foucault (1976/2000) poimenuje biopolitika prebivalstva. Pri tem se mi ne zdi tako problematično, da to obstaja – vsaka družbena organizacija v določenem zgodovinskem kontekstu ima svoj način kontrole reprodukcije prebivalstva – problem vidim bolj v tem, da se kontrola izvaja še vedno predvsem prek ženskega telesa. Medicinski diskurzi sicer v zadnjem času proizvajajo številne, med seboj zelo različne in hitro spreminjajoče se prakse 'dobrega materinjenja', kar lahko povežemo z dinamiko sodobne potrošniške družbe, kljub temu pa ženskam ne odvzemajo glavne in obenem močno kontrolirane vloge v biološki in družbeni reprodukciji človeštva.

V aktualnih predporodnih, porodnih in poporodnih praksah se materinstvo konstruira prek relacije mati-otrok in prek razmerja mati-fetus, in sicer na dva načina:

- mati se žrtvuje za svojega otroka: otrok je največje poplačilo za njene bolečine in trpljenje (ta diskurz odgovarja družbenim razmeram, v katerih so se ženske lahko realizirale samo kot matere);

- mati programira svoj fetus: fetus se bo razvil v popolnega otroka matere in populacije, ki ji pripadata (ta diskurz odgovarja aktualnim razmeram potrošniško-tekmovalnega individualizma, za katere je značilna tudi vključenost žensk v svet dela).

Prvi diskurz ima daljšo tradicijo in je znotraj slovenskega reproduktivnega zdravstvenega varstva še vedno izjemno prisoten, pričakovati pa je, da ga bo drugi diskurz postopoma izrinil. Do neke mere je porod v slovenski medicini pravzaprav edina točka, s katere bolečina še ni bila pregnana. Pri porodu se namreč medicina v nasprotju z drugimi bolnišničnimi postopki in navkljub obstoju številnih varnih in učinkovitih metod za lajšanje bolečin ne osredotoča na preprečevanje trpljenja porodnice, ampak predvsem na to, da spravi na svet zdravega otroka. Vsi posegi, ki jih v ta namen izvede na telesu matere, so upravičeni s ciljem, ki naj bi odtehtal vsakršno trpljenje. Pri tem tudi ni pomembno, v kakšni kondiciji bo mati po porodu, čeprav se od nje pričakuje, da se takoj po tem prelevi v popolno dojiljo in negovalko otroka, čemur je prilagojena tudi organizacija dela na negovalnih oddelkih porodnišnic

Epiduralna analgezija slovenskim porodnicam ni splošno dostopna, ponekod niti predhodni dogovor ne jamči, da jo bodo v času poroda lahko zanesljivo prejele. Analiza spletnih forumov, prek katerih slovenske nosečnice iščejo informacije o prednostih in slabostih te

tehnike in o njeni dostopnosti, je pokazala, da so tudi v najbolj znani slovenski spletni ginekološki posvetovalnici »Ginekologija in porodništvo« iskalke informacij poučene, da epiduralne analgezije ne potrebujejo, ker da je porod nekaj, kar je zoptimizirala narava, trpljenje pa da so si ženske izmislile kar same. Pri tem doktor, ki svetuje, prezre dejstvo, da porodi v slovenskih porodnišnicah obsegajo vrsto tehnoloških postopkov, ki jih v naravi ni zaslediti, ampak so posledica tako kulturnih običajev kot znanstvenih pridobitev. Rutinsko britje spolovila, klistiranje, induciranje ali pospeševanje poroda z oksitocinom, predrtje mehurja, fetalni monitoring, porajanje leže, prerez presredka ipd. so nediskutabilne prakse, ker so očitno del tistega, kar se pri porodu imenuje »realno«, epiduralna analgezija pa je v slovenskih porodnišnicah še tako nedostopna, da sodi v sfero nerealnega. In prav zaradi tega postane porod na točki, kjer boli, nekaj povsem naravnega.

Dokler bo predpostavka o materinski ljubezni do trpljenja in žrtvovanja za otroke v naši kulturi še trdno zasidrana, se bo medicina lahko zanašala na prepričljivost takih argumentacij. Na spletnem diskusijskem forumu »Nosečnost« je med uporabnicami moč zaslediti številne izraze take predanosti. In če jih ne bodo preglasili glasovi tistih, ki bi se rade veselile, kot pravijo na istem forumu, tudi poroda samega, in ne le rezultata poroda, bo dovolj, da bodo ženske, ki se bodo zanimale za brezbolečinski porod, zdravstveni delavci opomnili, da niso primerne za matere, če niso pripravljene na žrtve, ki jih od njih zahteva porod (v naših porodnišnicah). Potolažili jih bodo, da bodo njihove muke poplačane z največjim možnim dosežkom (za ženske): rojstvom njihovega otroka. Bolj vztrajne se bodo morda upognile pod bremenom možnih stranskih učinkov epiduralne analgezije. V javnosti namreč velja porod z epiduralno analgezijo za izjemno tvegano, če ne že kar predrzno dejanje, ki lahko ogrozi mater in otroka, kar potrjuje tudi analiza razprav med uporabnicami omenjenega foruma. Taka prepričanja se pogosto širijo prav od zdravstvenih delavcev, ki delujejo v ginekoloških ambulantah in v šolah za starše. V okviru takšnih predstav je mati, ki za rojstvo svojega otroka ni pripravljena prenesti porodnih bolečin, neodgovorna, saj s tem neposredno ogroža prihodnost svojega otroka.

Medicini je treba priznati, da je prispevala k zmanjšanju umrljivosti porodnic in novorojenčkov, vendar je ta uspeh ne bi smel odvezovati potrebe, da se v korist žensk ne znebi spolnih predsodkov, ki se še vedno kažejo v njenem diskurzu in praksah. Le zakaj je bolečina naravna, samo ko gre za bolečino, ki se tiče izključno žensk, in zakaj bi v imenu

naravnega zavračali (samo nekatere) tehnološke dosežke zgolj v primeru že sicer povsem tehnologiji podrejenega poroda? Pomanjkanje anesteziologov in neurejenost financiranja ne moreta biti prava razloga za nedostopnost epiduralne porodne analgezije v slovenskih porodnišnicah, ampak sta prejkone rezultat dominantnega diskurza, v skladu s katerim (tako uspešnega) lajšanja porodne bolečine slovenske ženske ne potrebujejo.

Po drugi strani nekatere medicinske specializacije že podpirajo širšo, vsem porodnicam dostopno uporabo epiduralne analgezije. Na splošno pa je v reproduktivnem zdravstvenem varstvu vse več pozornosti usmerjeno v fetus, na katerem ne sme biti nobenih napak. Matere morda ne tako daljne prihodnosti se zato mogoče ne bodo več subjektivirale prek porodne bolečine in prek samoodpovedovanja v korist otroka. Odnos med materjo in otrokom se bo začel že v času nosečnosti: »fit« mamica, vpeta v svet dela in potrošništva bo lahko sama izbrala način poroda, epiduralna analgezija da ali ne, ne bo več vprašanje, rodila bo programiranega, za doseganje vrhunskih rezultatov predvidenega in v tej smeri že v maternici vzgajanega in spodbujanega otroka. V družbi, usmerjeni v konkurenco in potrošništvo in organizirani okrog imperativa izbire med navidez neskončno možnostmi, imajo prednost močnejši. Selekcija prebivalstva se zato vse pogosteje začne že v telesu matere. Medicina s pomočjo sofisticirane prenatalne diagnostike prikaže materam zarodek v vsej njegovi pojavnosti, vključno z njegovo genetsko zasnovo, jim pove, kaj naj bi se iz zarodka/ploda razvilo, in jih – za zdaj le v primeru z invalidnostjo potencialno ogroženih otrok – pusti pred navidez samostojno izbiro, da se odločijo za nadaljevanje ali prekinitve nosečnosti. S tem se matere postavlja bodisi pred odločitev za prevzem takšnega bremena in posledičen izstop iz konkurence, ali pa za ohranitev svojih konkurenčnih potencialov, brez otroka, ki zahteva posebno skrb, in ponoven poskus zanositve, ki bo morda prinesla otroka, ki se bo tudi sam bolje obnesel v konkurenčnem svetu.

S prenosom bremena selekcije na matere tako oblast na najbolj ekonomičen način izvaja kontrolo populacije, pri čemer pušča matere v veri, da so neodvisni subjekti in avtonomne ustvarjalke svoje usode, kar se sklada z artikulacijami ženskosti v sodobnih zahodnih diskurzih s poudarkom na kompetitivnem individualizmu.

Literatura

1. Accati, Luisa (2001): Pošast in lepota: oče in mati v katoliški vzgoji čustev. Ljubljana: Studia humanitatis.
2. Andolšek-Jeras, Lidija (2003): Pomen reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (pismo uredništvu). Dostopno na <http://vestnik.szd.si/st3-s2/061-063.pdf> (21.8.2006)
3. Bahovec, Eva D. (1999): Rousseau in Wollstonecraft – drugič. Delta, 5, 1-2, str. 69-89.
4. Bahovec, Eva D. (2001): Hysteria magistra vitae (uvodnik). Delta, 7, 1-2, str. 5-10.
5. Barthes, Roland (1993): Mythologies. New York: The Noonday Press.
6. Beauvoir, Simone de (2000): Drugi spol. 2 zv. Ljubljana: Delta.
7. Berger, Peter L. in Thomas Luckmann (1988): Družbena konstrukcija realnosti: razprava iz sociologije znanja. Ljubljana. Cankarjeva založba.
8. Bordo, Susan (1993): Feminism, Foucault and the politics of the body. V: *Caroline Ramazanoğlu (ur.), Up Against Foucault*, str.: 179-202. London, News York: Routledge.
9. Bourdieu, Pierre (1998): Practical Reason: On the Theory of Action. Cambridge: Polity Press.
10. Brooks, Ann (1997): Postfeminisms: Feminism, cultural theory and cultural forms. London, New York: Routledge.
11. Burr, Vivien (2000): An Introduction to social constructionism. London, New York: Routledge.
12. Butler, Judith (1999): Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. London, New York: Routledge.
13. Chodorow, Nancy (1978): The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press.
14. Cipot Mal, Tina (2003): Porod brez bolečin (intervju z dr. Tatjano Stopar). Dostopno na http://www.otrokdruzina.com/stare_%20stevilke/2003/januar/naslovna_tema_.htm (10.12.2005)
15. Cipot Mal, Tina (2004): Sodobne podporne mreže družin v Sloveniji: analiza primera spletnega foruma Starši staršem. Diplomsko delo. Ljubljana: FDV.
16. Cipot Mal, Tina (2005): Informacije pomagajo pri pripravi na porod (pogovor z Andrejo Tekauc Golob, dr. med., spec. pediatrije, laktacijsko svetovalko). Dostopno na: http://www.otrokdruzina.com/stare_%20stevilke/2005/avgust/naslovna_tema_6.htm (19.8.2006).
17. Čuček, Tina (2005): Diskurzi o izbrisanih v slovenskem parlamentu: analiza parlamentarnih razprav. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

18. Destovnik, Irena (2002): Moč šibkih: Ženske v času kmečkega gospodarjenja. Celovec: Založba Drava.
19. Dolar, Mladen (1991): Vednost-oblast-subjekt: spremna beseda. V: *Michel Foucault, Vednost-oblast-subjekt*, str.: VII-XXXV. Ljubljana: Krt.
20. Doyal, Lesley (1995): What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health. Houndsmills, Basingstoke, Hampshire and London: MacMillian Press Ltd.
21. Drglin, Zalka (2002): Message Received – Women Re-play? Materinstvo, tehnologija in medicina – usodna razmerja. V: Majda Hrženjak (ur.), *Njena (re)kreacija: ženske revije v Sloveniji*, str.: 54-75. Ljubljana: Mirovni inštitut.
22. Drglin, Zalka (2003): Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda. Ljubljana: Delta.
23. Foucault, Michael (1991): Vednost-oblast-subjekt. Ljubljana: Krt.
24. Foucault, Michel (1976/2000): Zgodovina seksualnosti 1. Volja do znanja. Ljubljana: Založba ŠKUC (Zbirka Lambda / 15).
25. Foucault, Michel (1969/2001): Arheologija vednosti. Ljubljana: Studia humanitatis.
26. Foucault, Michel (1963/2003): The Birth of the Clinic. London: Routledge.
27. Foucault, Michel (1975/2004): Nadzorovanje in kaznovanje. Nastanek zapora. Ljubljana: Krtina.
28. Foucault (biografija). Dostopno na <http://www.foucault.info/foucault/biography.html> (7.8.2006)
29. Friedan, Betty (1963): The Feminine Mystique / Chapter 5: The Sexual Solipsism of Sigmund Freud. Dostopno na: <http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/us/friedan.htm> (23.9.2006).
30. Hall, Stuart (1997): Representation: Cultural Representation and Signifying Practices. London: Sage Publications.
31. Hansen, Elaine Tuttle (1997): Mother without Child: Contemporary Fiction and the Crisis of Motherhood. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
32. Haraway, Donna J. (1991/1999): Opice, kiborgi in ženske: Reinvencija narave. Ljubljana: ŠOU – Študentska založba, zbirka Koda.
33. Harding, Sandra (1986/1990): The Science Question in Feminism. Ithaca, New York, London: Cornell University Press.
34. Hrženjak, Majda (1999): Elementi družboslovne analize mita: ali je mogoča celovita analiza mita. Časopis za kritiko znanosti, XXVII, 194, str. 45-64.
35. Hrženjak, Majda (2001): Temeljni strukturalistični pristopi k analizi simbolnega. Doktorska disertacija. Ljubljana: FDV.
36. Hrženjak, Majda (2002): Biopolitika teles v ženskih revijah: teoretska in metodološka izhodišča. V: Hrženjak, Majda (ur.), *Njena (re)kreacija: ženske revije v Sloveniji*, str.: 14-30. Ljubljana: Mirovni inštitut.

37. Giddens, Anthony (2000): Preobrazba intimnosti. Ljubljana: Založba /*cf
38. Irigaray, Luce (1995): Jaz, ti, me, mi: za kulturo različnosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
39. Jogan, Maca (2001): Seksizem v vsakdanjem življenju. Ljubljana: Znanstvena knjižnica FDV.
40. Kaplan, E. Ann (1992): Motherhood and Representation: The Mother in Popular Culture and Melodrama. London, New York: Routledge.
41. Kavšek, Gorazd (2003): Sekcija specializantov ginekologije in porodništva pri Slovenskem zdravniškem društvu: Ali lahko specializanti pripomoremo k večji kakovosti specializacije? (pismo uredništvu). Dostopno na <http://www.vestnik.szd.si/st3-s2/st3-s2-143-145.htm> (21.8.2006).
42. Kirar Fazarinc, Irena in Dunja Obersnel Kveder (spletni naslov): Najpogostejši reproduktivni zdravstveni problemi mladostnic. Dostopno na
43. http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/812-Najpogostejsicreproduktivniczdravstvenicproblemicmladostnic.ppt (21.8.2006).
44. Kohler Riessman, Catherine (1992): Women and Medicalization: A New Perspective. V: *Gill Kirkup in Laurie Smith Keller (ur.), Inventing Women: Science, Technology and Gender*, str.: 123-144. Oxford: Polity Press.
45. Kristan, Zdenka (2005): Mit o materinstvu: kultura, psihoanaliza, spolna razlika. Ljubljana: Delta.
46. Leskošek, Vesna (2002): Zavrnjena tradicija: ženske in ženskost v slovenski zgodovini od 1890 do 1940. Ljubljana: Založba /*cf.
47. Lorber, Judith (1997): Gender and the Social Construction of Illness. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
48. Med.Over.Net (2005, spletni naslov 1): Danes praznujemo 5. rojstni dan. Dostopno na <http://zavod.med.over.net/novica.php?nid=8293> (21.8.2006).
49. Med.Over.Net (spletni naslov 2): Nosečnost (spletni diskusijski forum). Dostopen na <http://med.over.net/phorum/list.php?f=117>
50. Med.Over.Net (spletni naslov 3): Ginekologija in porodništvo (spletni diskusijski forum). Dostopen na <http://med.over.net/phorum/list.php?f=19>
51. Med.Over.Net (spletni naslov 4): Za še lepši porod (spletni diskusijski forum). Dostopen na <http://med.over.net/phorum/list.php?f=1>
52. Med.Over.Net (spletni naslov 5): Porodna bolečina (zaprt spletni diskusijski forum). Dostopen na <http://med.over.net/phorum/list.php?f=64> (21.8.2006)
53. Mihevc Ponikvar, Barbara (spletni naslov 1): Reprodukativno zdravstveno varstvo. Dostopno na <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1045> (24.8.2006).

54. Mihevc Ponikvar, Barbara (spletni naslov 2): Porodi in rojstva. Dostopno na <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1048> (24.8.2006)
55. Mihevc Ponikvar, Barbara in Irma Renar (spletni naslov): Maternalna umrljivost. Dostopno na <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=1051> (24.8.2006)
56. Mihurko Poniž, Katja (2002): Tematizacije ženskih identitet v prozi Zofke Kveder. Delta, 8, 1-2, str. 137-156.
57. Mušič, Špela (spletni naslov): Zapleti pri izvajanju epiduralne blokade. Dostopno na portalu Slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino, http://www.telesat.si/~hogsrhp/szaim/data_pdf/Zapleti%20pri%20izvajanju%20epiduralne%20blokade%20W.pdf (12.9.2006)
58. Klinični center Ljubljana (2002): Na Ginekološki kliniki v Ljubljani predstavili problematiko lajšanja porodne bolečine (sporočilo za medije). Dostopno na http://www2.kclj.si/_sporocila/sp-2002-10-22-1.html (24.8.2006).
59. Novak-Antolič, Živa in Marjan Pajntar (2004): Nosečnost in vodenje poroda. Ljubljana: Cankarjeva založba.
60. Novak-Antolič, Živa (2004): Razmišljanja o etiki v perinatologiji. V: *Novak-Antolič, Živa in Marjan Pajntar (ur.), Nosečnost in vodenje poroda*, str.: 23-24, Ljubljana: Cankarjeva založba.
61. Pajntar, Marjan (2004): Porod. V: *Novak-Antolič, Živa in Marjan Pajntar (ur.), Nosečnost in vodenje poroda*, str.: 111-268, Ljubljana: Cankarjeva založba.
62. Pajntar, Marjan (2004): Postopki in operacije. V: *Novak-Antolič, Živa in Marjan Pajntar (ur.), Nosečnost in vodenje poroda*, str.: 268-335, Ljubljana: Cankarjeva založba.
63. Oakley, Ann (2000): Gospodinja. Ljubljana: Založba /*cf.
64. Oblak, Tanja (2000): Mitske podobe o »življenju na mreži«. Teorija in praksa, 37, 6, str. 1052-1068.
65. Pečarič, Elena (2001): Hendikepirano telo in nadzorovanje spola. Delta, 7, 1-2, str. 89-105.
66. Pringle, Rosemary (1998): Sex and Medicine: Gender, Power and Authority in the Medical Profession. Cambridge: University Press.
67. Ramazanoğlu, Caroline (1993): Introduction. V: *Caroline Ramazanoğlu (ur.), Up Against Foucault, Exploration of Some Tensions Between Foucault and Feminism*, str.: 1-25. London, New York: Routledge.
68. Ramazanoğlu, Caroline in Janet Holland (1993): Women's sexuality and Men's appropriation of desire. V: *Caroline Ramazanoğlu (ur.), Up Against Foucault, Exploration of Some Tensions Between Foucault and Feminism*, str.: 239-261. London, New York: Routledge.
69. Reš-Muravec, Uršula, Alenka Pleško-Mlakar, Tatjana Stopar, Sergij Grmek, Robert Likar, Tanja Jordan, Aleksander Merlo, Ilija Tašev, Franc Kristan (2003): Naše izkušnje z

- epiduralno porodno analgezijo (strokovni prispevek). Dostopno na <http://vestnik.szd.si/st3-s2/st3-s2-189-194.htm> (5.1.2005).
70. Repinc, Barbara (2001): Neplodnost kot tržno blago. *Delta*, 7, 1-2, str. 57-88.
71. Ribbens, Jane in Rosalind Edwards (1998): Living on the Edges: Public Knowledge, Private Lives, Personal Experience. V: *Jane Ribbens in Rosalind Edwards (ur.), Feminist Dilemmas in Qualitative Research / Public Knowledge and Private Lives*, str.: 1-23. London Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
72. Rotar, Drago Braco (2004): Problematizacije: reartikulacije preteklosti, rekognosciranja sedanjosti. V: *Michel Foucault. Nadzorovanje in kaznovanje / Nastanek zapora*, str.: 363-382. Ljubljana: Krtina.
73. Schwartz, Pepper and Virginia Rutter (2000): *The Gender of Sexuality*. Walnut Creek: Altamira Press.
74. Skrt, Radoš (2004): Intervju – mag. Stanko Pušenjak, dr. med. Dostopno na http://www.nasvet.com/doc/stanko_pusenjak.php (3.1.2005).
75. Soban, Darinka (2001): Listje in igle. Dostopno na <http://www.vestnik.szd.si/st12/st12.htm> (14.8.2006).
76. Soper, Kate (1993): Productive Contradictions. V: Caroline Ramazanoğlu (ur.), *Up Against Foucault, Exploration of Some Tensions Between Foucault and Feminism*, str.: 29-49. London, New York: Routledge.
77. Sorensen, Marie Louise Stig (2000): *Gender Archaeology*. Polity Press, Oxford.
78. Story, Lachlan (2003): A Head Start in Life?: Prenatal Parenting and the Discourse of Fetal Stimulation. Dostopno na www.msvu.ca/atlantist/vol272all/272.story.pdf (21.8.2006).
79. Šadl, Zdenka (2004): Najete gospodinje in nadomestne matere. *Teorija in praksa*, 5-6, str. 979-991.
80. Šajina Stritar, Barbara (1999): Indukcija in pospeševanje poroda (v *ISIS* 1999, št. 4). Dostopno na <http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis99-04/html/sajina97.html> (14.8.2006)
81. Štular, Suzana (1999): Mit o materinstvu. *Časopis za kritiko znanosti*, 27, 194, str. 65-76.
82. Švab, Alenka (2001): *Družina: od modernosti k postmodernosti*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
83. Ule, Mirjana, Anuška Ferligoj in Tanja Rener (1990): *Ženska, zasebno, politično ali »ne vem, sem neodločena«*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
84. Ule, Mirjana (2000): *Sodobne identitete: v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
85. Ule, Mirjana (2003): *Sprevidana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.
86. Ule, Mirjana (2000): *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.

87. Vode, Angela (1999): Značaj in usoda. Ljubljana: Krtina.
88. Vugrinec, Miša (2005): Celodnevno druženje s prisilo (članek, objavljen v dnevniku Večer z dne 27.6.2005). Dostopno na <http://zavod.over.net/novica.php?nid=8306> (14.8.2006).
89. Woertman, Liesbeth (1993): Mothering in context / Female subjectivities and intervening practices. V: *van Mens-Verhulst, Karlein Schreurs, Liesbeth Woertman (ur.), Daughtering and Mothering: Female Subjectivity Reanalysed*, str.: 57-61. London New York: Routledge.
90. Woodward, Kathryn (1997): Motherhood: Identities, Meanings and Myths. V: *K. Woodward (ur.), Identity and difference*, str. 240-285. London: Thousand Oaks, New Delhi: Sage,
91. Youval-Davis, Nira (1999): Ženske in biološka reprodukcija nacije. V: *M. N. Ule (ur.), Predsodki in diskriminacije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
92. Zabavnik, Zoran: Epiduralna analgezija pri porodu. Dostopno na http://med.over.net/klinicne_stroke/porodnistvo/clanki/epiduralna_analgezija.htm (5.1.2005).
93. Zapisnik sestanka slovenskega združenja za anesteziologijo in intenzivno medicino (SZAIM) z dne 31.1.2003 v Postojni. Dostopno na http://www.telesat.si/~hogsrhp/szaim/zapisnik_postojna.htm (17.12.2004).