

MAGDALENA GAJEWSKA, AGNIESZKA KOSTRO-BIESZK

**MIĘDZY NATURALIZMEM I ANTYNATURALIZMEM.
TRANSFORMACJA IDEI „MIŁOŚĆ RODZICIELSKIEJ”
WE WSPÓŁCZESNYM DYSKURSIE MEDYCZNYM**

**BETWEEN NATURALISM AND SUPERNATURALISM.
THE TRANSFORMATION OF THE IDEA OF “PARENTAL LOVE”
IN CONTEMPORARY MEDICAL DISCOURSE**

Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
kierownik: dr Agata Janaszczyk

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie, w jaki sposób przenikające się idee naturalistyczne i antynaturalistyczne oddziałują na dynamikę rozwoju społecznych wyobrażeń i postaw na temat „miłości rodzicielskiej”. Analizując w badaniach pilotażowych różne płaszczyzny oddziaływania medycyny perinatalnej, między innymi dokonując analizy jakościowej publikacji, które otrzymują w poradniach kobiety w ciąży, opisujemy, w jakim kierunku rozwija się pojęcie macierzyństwa oraz w jaki sposób formowane są w jego ramach postawy prozdrowotne Polek. Osią naszych analiz jest transformacja filozoficznej koncepcji Natury w medycynie okołoporodowej.

U podstaw reprodukcyjnych działań człowieka leży ludzka wola uwolnienia się od wpływu Natury. Wyrazem tej antynaturalistycznej tendencji jest społeczne zjawisko określane mianem świadomego rodzicielstwa. Pozostaje ono w bezpośrednim związku z tym, co amerykański socjolog, Anthony Giddens, określił jako postmodernistyczną kontrolowaną reprodukcję. Z tym zastrzeżeniem, że takowa nie jest jedynie dorobkiem współczesności. Jednym z aspektów medycyny jest próbą opanowania w człowieku Natury, dążącej do jak najskuteczniejszego zabezpieczenia gatunku ludzkiego. Koncepcja świadomego rodzicielstwa wypływa także z różnorodnych kontekstów kulturowych. Świadome rodzicielstwo jako zjawisko kulturowe jest zaprzeczeniem rodzicielstwa nieświadomego, wypływającego z niekontrolowanego pragnienia, które, przyjmując freudowskie teorie popędów, moglibyśmy nazwać instynktem libidalnym. Instynkt ten reprezentuje w człowieku nieznaną i nieujarzmioną przez racjonalność siłę Natury lub nieokiełznaną wolę gatunku nawiązując do myśli Artura Schopenhauera. Gdybyśmy się tu zatrzymali, wszystko wydawałoby się proste i oczywiste, a świadome rodzicielstwo

wpisywałoby się nam oczywiście w antynaturalistyczną koncepcję kultury. Gdy jednak analizujemy współczesny dyskurs perinatalny, dostrzegamy, że coraz częściej właśnie pojęcie „świadomego rodzicielstwa” oznacza rodzicielstwo zbudowane na silnym związku z Naturą, którą reprezentuje: silny emocjonalny związek z potomstwem, naturalny poród czy homeopatyczne terapie lecznicze. W tym ujęciu świadome nie oznacza już tylko czysto racjonalnego, Kartezjańskiego podejścia, ale zawiera także relację emocjonalną – nawiązując do holistycznej koncepcji człowieka.

Niniejszy artykuł przedstawia przykłady, używając heglowskiego określenia, zapośredniczenia antynaturalizmu i naturalizmu, jaki pojawia się we współczesnym dyskursie perinatalno-medycznym. Przyjmujemy zatem, że to, co towarzyszy okresowi okołoporodowemu we współczesnej medycynie, jest wyrazem nowej syntezy tych dwóch tendencji, o której wypowiada się filozof Zdzisław Piątek. O tych dwóch stanowiskach pisze tak: „Osobliwość koncepcji naturalistycznej polega na tym, że umieszcza człowieka (razem z antroposferą) wewnątrz przyrody a nie ponad nią (...) Naturalizm odrzuca dualistyczną koncepcję człowieka w rozumieniu Kartezjańskim” [7]. Naturalizm bywa niejednokrotnie utożsamiany z materializmem. Antynaturalizm natomiast ze spirytualizmem, przekonaniem o istnieniu odmienności gatunkowych, które nie dadzą się wywieść wprost z Natury. Jak pisze dalej Z. Piątek dla antynaturalisty „ludzkie ciało i niemal cudowne mechanizmy biologiczne utrzymujące go w istnieniu postrzegają (antynaturaliści) jako „bebechy”, a ludzkie biologiczne potrzeby i emocje jako „zwierzęcość”. Dlatego przekonują, że po to, aby je uczłowieczyć, trzeba się odwołać do czegoś pozanaturalnego. Z kolei naturaliści uważają, że to, co pozanaturalne, zostało powołane do istnienia po to, aby mogło służyć życiu rozumianemu jako proces naturalny. Życie w sensie biologicznym, a w przypadku człowieka trwanie gatunku ludzkiego realizującego swoje człowieczeństwo w ewolucyjnej skali czasu, jest wartością podstawową (summum bonum)” [7].

Spięcie naturalizmu i antynaturalizmu jako postaw kulturowych, obecnych od wieków w medycynie, kształtuje pojęcie miłości rodzicielskiej i świadomego rodzicielstwa, oddziałując w sposób bezpośredni na postawy rodziców. Okres perinatalny jest bowiem okresem wzmożonej kontroli medycznej dla przyszłych rodziców i jednocześnie czasem kształtowania ich postaw prozdrowotnych. Naszym celem jest próba przedstawienia najważniejszych strategii medycznych, w których elementy naturalistyczne są wykorzystywane do propagowania i wywierania zmian w zachowaniach prozdrowotnych i okołoporodowych Polaków, zarówno tych starających się i oczekujących na potomstwo. Analizie zostały poddane zalecenia dietetyczne, publikacje i wypowiedzi na forach oraz najpopularniejsze w Polsce serwisy internetowe dla przyszłych rodziców. W kolejnej części odwołamy się do przykładów, które w naszym przekonaniu mogą potwierdzać postawioną przez nas hipotezę. Chciałybyśmy także zwrócić uwagę na to, że taka postawa odpowiadałaby teorii socjobiologa E. O. Wilsona, mówiącej o koegzystencji genowokulturowej, w której naturalizm i antynaturalizm przenikają się w rozwoju gatunku. W tym wypadku mamy jednak do czynienia z silną naturalizacją medycyny, a nie religii.

NATURALIZM I ANTYNATURALIZM PERINATALNA SYNTEZA

Współczesny „naturalizm” nie oznacza pozostawienia kobiet w okresie okołoporodowym samym sobie czy instynktowi i opiece innych kobiet. Współczesna Natura znajduje się pod czujną kontrolą medycyny jako nauki i dyskursu społecznego, o czym niech świadczą cho-

ciążby wprowadzone ostatnio przepisy uzależniające przyznanie rodzicom zasiłku rodzinnego, pod warunkiem przedstawienia przez kobietę zaświadczenia o podleganiu kontroli lekarskiej od dziesiątego tygodnia ciąży. Dzisiejszy naturalizm medyczny koncentruje się raczej wokół podkreślania „naturalności potrzeb” matki, dziecka i ojca, czy też praw i procesów wypływających z potrzeb ludzkiego ciała i wpisuje się to w tzw. program polityki życia, opisywany przez Anthony’ego Giddensa. Jak dokładniej rozumiany bywa naturalizm w dzisiejszym dyskursie okołoporodowym?

Zarówno ciąża, jak i poród są w nim postrzegane jako biologiczna determinanta kobiecości. W przekonaniu położników ciąża (dodajmy prawidłowo rozwijająca się) jest naturalnym procesem fizjologicznym, a nie stanem chorobowym. Kobieta powinna więc rozpoznawać, dzięki swej intuicji, niepokojące objawy i potrzeby swego nienarodzonego dziecka. Od kobiety oczekuje się, że będzie się wsłuchiwała w swoje ciało i uczyni je bardziej naturalnym – nie będzie stosowała używek ani leków, ograniczy kontakt z produktami chemicznymi i kosmetykami – a jej postawę można będzie określić jako ekologiczną. W okresie perinatalnym medycyna staje się podejrzliwa wobec większości osiągnięć farmaceutycznych, pomimo, że do stwierdzenia szkodliwości stosowania wielu leków przez kobiety ciężarne można mieć wątpliwości. Wynika to z prostego faktu, że niewiele produktów farmaceutycznych jest testowanych na kobietach ciężarnych. Naturalizm rozumiany jest zatem jako kontrolowana postawa, której zadaniem jest zmuszenie kobiety do refleksyjnego oglądu swojego organizmu i dostosowanie się do potrzeb rozwijającego się w nim dziecka. Stanowi on podstawę coraz silniej promowanego archetypu miłości macierzyńskiej – miłości o zabarwieniu ekologicznym, która odsyła matkę do tzw. mądrości Natury. Szczególnie widoczne staje się to w zaleceniach dietetycznych i higienicznych. W każdym z dziewięciu analizowanych poradników dla kobiet w ciąży znajduje się rozdział dotyczący odżywiania, zdrowia ale także i urody. Są to na ogół zalecenia dotyczące tego, jak dbać o zdrowie czy higienę ze względu na dobro płodu (czego potrzebuje organizm dziecka na kolejnych etapach rozwoju), rzadziej dobro matki i płodu. Miłość macierzyńska, choć w mniejszym stopniu, jest przedstawiana jako rodzaj poświęcenia ze strony kobiety, a dosłownie daru z siebie. Tylko w niektórych publikacjach zamieszcza się także informacje o „niedogodnościach i problemach ciąży” (zaparciach, żylakach odbytu, częstym oddawaniem lub nietrzymaniem moczu, mdłościach, wzdęciach, rozstępach, depresji, problemach z seksualnością). Ten rodzaj treści naturalistycznych (lecz już niestetycznych) jest wspomniany jako dodatkowa informacja, najczęściej rozrzucona w różnych częściach publikacji. Okres okołoporodowy, z tej perspektywy, wydaje się być okresem spokojnego i bezproblemowego obserwowania rozwoju prenatalnego dziecka i oczekiwania na jego narodziny. Podobnie sytuacja zostaje przedstawiona w większości analizowanych portali internetowych. Wydaje się zatem, że współczesny naturalizm okresu okołoporodowym jest naturalizmem poddanym procesowi postmodernistycznej estetyzacji. Potwierdza to analiza ilustracji, które towarzyszą poszczególnym rozdziałom. Są na nich przedstawione uśmiechnięte, młode i zadbane kobiety po których nie spodziewamy się huśtawki nastroju, depresji, zapać, problemów zdrowotnych czy bezsenności – tak częstych dolegliwości opisywanych z kolei przez same ciężarne na forach internetowych towarzyszących portalom. Modelki na tych fotografiach najczęściej wypoczywają, spożywają posiłek lub opiekują się dziećmi. Na żadnym ze zdjęć nie widzimy kobiety ciężarnej w jej miejscu pracy, zmęczonej czy zmagającej się z chorobą.

W tych publikacjach wyobrażenie na temat tego, czym jest miłość rodzicielska, budowane jest w oparciu o dane dotyczące rozwoju prenatalnego – odwołaniu do emocji, jakie wywołuje

obraz małego dziecka od embrionu do noworodka. W każdej z publikacji podkreśla się kolejne etapy rozwoju dziecka, nie wspominając przy tym o kosztach biologicznych, jakie ponosi organizm matki i wyrzeczeniach, jakie ponoszą kobieta ciężarna i jej partner oraz ryzyku wystąpienia powikłań i pojawienia się wad rozwojowych. Brak tam informacji o tym, jak radzić sobie z adaptacją do nowej roli społecznej czy reakcjami społecznymi na ciążę (w rodzinie, w miejscu pracy czy wreszcie w miejscach publicznych), czy też jak się zachować, gdy u płodu zostanie wykryta choroba genetyczna. Na zamieszczonych w poradnikach zdjęciach mężczyźni rzadko towarzyszą swoim partnerkom. Częściej to dziecko i matka jest obiektem ujęcia. Tylko w trzech z analizowanych publikacji została przedstawiona kobieta wraz z partnerem (6 zdjęć, w tym tylko jedno na okładce). W pozostałych obecność ojca została zaznaczona poprzez obraz męskich dłoni, obejmujących brzuch kobiety ciężarnej (4 zdjęcia). Nie da się zatem uniknąć ogólnego wniosku, że okres prenatalny nadal pozostaje przede wszystkim związany z kobiecością i macierzyństwem (50 zdjęć/60). Jedynie w dwóch z analizowanych publikacji znalazły się rozdziały przeznaczone tylko dla przyszłych ojców (Przygotowanie do ojcostwa oraz Co przyszły tata wiedzieć powinien). „Naturalnym jest więc, że zdrowa ciąża pozostaje sprawą kobiety”. Kobiety, której zadaniem jest stać się jak najbardziej „ekologicznym” środowiskiem dla rozwijającego się w niej dziecka.

Poród zdaje się podlegać podobnemu procesowi ukulturowienia co okres ciąży. W publikacjach „naturalny poród” (jeśli można mówić o takim w warunkach szpitalnej sali porodowej) jest przedstawiany przede wszystkim, jako najlepszy dla zdrowia dziecka i dla wytworzenia zdrowej więzi pomiędzy matką i dzieckiem. Wywołanie porodu, cesarskie cięcie, nacinanie krocza czy znieczulenie są przedstawione jako ingerencja medyczna, niosąca za sobą ryzyko powikłań dla zdrowia dziecka, dlatego powinny być stosowane tylko w przypadku zagrożenia życia matki lub dziecka [13, 14]. Często napiętnowaniu podlegają cesarskie cięcia na życzenie czy też znieczulenie farmakologiczne, oraz rezygnacja z karmienia piersią przez matkę. Czy mogą zatem dziwić wyniki badań, w których kobiety po zabiegu cesarskiego cięcia mają problem psychologiczny płynący z faktu, że nie rodziły „naturalnie”?

ŻYWIENIE KOBIET W CIĄŻY JAKO PRZYKŁAD „ODWROTU” DO NATURY

Każda z kobiet chciałaby urodzić zdrowe dziecko. Okres ciąży jest czasem, w którym kobieta zaczyna się zastanawiać nad tym, co je i czy w ciąży wolno jej jeść to, co dotąd spożywała. Z bardzo dużą ostrożnością i zaniepokojeniem podchodzi się także wówczas do leków, które wcześniej bez zastanowienia przyjmowało się na różnorakie dolegliwości mniej lub bardziej poważne – czy to na przeziębienie, pękające naczynka, wypadające włosy czy też poważniejsze schorzenia. Głównym pytaniem, które nurtuje wtedy kobietę jest: „Czy ja mogę zażywać takie leki i preparaty podczas ciąży?”

Odpowiedzią na takie pytanie jest często ostrożność, która ujawnia brak zaufania do „kulturowych” osiągnięć człowieka, jakimi są środki farmakologiczne. To dlatego zaczyna się wówczas sięgać do zapomnianych naturalnych metod leczenia, lekarzom ginekologom-położnikom i ich pacjentkom przypominają się dawne środki medycyny naturalnej, jak miód czy propolis, które podawane z ciepłym mlekiem (nie gorącym, aby nie zniszczyć właściwości miodu) z łyżką masła, ząbkiem czosnku (działającego przeciwwirusowo i przeciwbakteryjnie) pełnią funkcję naturalnego i bezpiecznego antybiotyku. Podobnie wraca się wtedy do syropu z cebuli

czy też soku z cebuli jako leku na przeziębienie, który zalecają interniści, gdy dowiadują się, że kobieta jest w ciąży. Warto wiedzieć, że ów sok, uzyskany bezpośrednio po przekrojeniu warzywa wkrapiamy do nosa, aby zahamować katar. Są oczywiście sytuacje, w których podanie antybiotyku czy innych leków na określoną chorobę jest bezwzględnie konieczne i wymagane. Jednak zarówno lekarze, jak i pacjentki zwlekają z jego zaaplikowaniem. W każdym razie okres ciąży jest jednym z niewielu stanów, w którym przy jakichkolwiek dolegliwościach lekarze i kobiety zastanawiają się najpierw nad naturalnymi metodami leczenia, nad zmianami nawyków żywieniowych, a potem dopiero sprawdza się, czy suplementacja farmakologiczna jest nieodzowna. Jest to o tyle pozytywne, że w innych stanach ustroju wymagających lekarskiej porady, traktowaniu farmakologiczne i suplementację chemiczną stosuje się często na pierwszym miejscu bez dostatecznego rozważenia, czy zmiana trybu życia, w tym nawyków żywieniowych, nie powinna być brana pod uwagę z równym zainteresowaniem.

Rozważając zatem aspekty żywieniowe kobiet w ciąży, należy stwierdzić, iż żywienie pełni niebagatelną rolę dla prawidłowego przebiegu ciąży, jak i zdrowia matki oraz poczętego jak i narodzonego dziecka.

Wbrew pozorom, na stan zdrowia dziecka i jego wagę przy porodzie, ma wpływ nie tylko stan odżywiania kobiety podczas ciąży, ale także sposób odżywiania i masa ciała kobiety w okresie przed poczęciem dziecka [2]. Oznacza to także, że leki i kuracje, jakie przechodziła kobieta przed zajściem w ciążę, mają wpływ na jej ogólny stan zdrowia. Gdybyśmy chcieli być konsekwentni, to medycyna powinna chronić ciało kobiety przed suplementacją farmakologiczną od momentu, gdy pojawiają się u niej zdolności rozrodcze. Istnieje bowiem zależność pomiędzy masą ciała kobiety a występowaniem prawidłowych cykli owulacyjnych. Odpowiednie zaspokajanie potrzeb żywieniowych kobiety oczekującej dziecka, ma wpływ nie tylko na jej zdrowie w okresie ciąży, ale także na stan jej zdrowia w późniejszym czasie [2]. Dlatego tak ważną jest rzeczą, aby zadbać o prawidłową dietę jeszcze w okresie przed poczęciem, jak i w czasie ciąży, aby podczas ciąży i karmienia piersią organizm kobiety pozostał w dobrej kondycji i zdolny był do wydawania kolejnego potomstwa.

Ciąża jest okresem, w którym wzrasta u kobiety zapotrzebowanie na niektóre składniki pokarmowe. Po porodzie, w trakcie karmienia piersią zapotrzebowanie to jest jeszcze większe. Związane jest to z całościowym uzależnieniem rozwijającego się płodu od substancji pokarmowych i energetycznych dostarczanych drogą krwionośną od matki, a po porodzie z czerpaniem składników pokarmowych przez noworodka z mleka matki. Ogólnie przyjmuje się, że średni przyrost masy ciała kobiet ciężarnych w populacjach prawidłowo odżywianych wynosi 12,5 kg, natomiast średnia masa terminowo urodzonych noworodków to 3,5 kg [2].

Jako pewną prawidłowość należy wskazać korelację zachodzącą pomiędzy masą ciała kobiety przed poczęciem dziecka, wielkością przyrostu masy ciała w okresie ciąży a masą urodzeniową noworodka. Zazwyczaj obserwuje się, że kobiety o mniejszym wzroście i wadze rodzą mniejsze dzieci, a kobiety o wzroście wyższym i wadze większej, rodzą dzieci większe. Wynika z tego, że u kobiet z niedowagą, przyrost masy ciała powinien być większy niż przeciętnie, a u kobiety z większą masą ciała zapotrzebowanie energetyczne powinno być mniejsze. Korelacja ta jednak nie opiera się na zasadzie automatyzmu. Okazuje się, że w wielu przypadkach ta współzależność różni się osobniczo. I tak, prawidłowy przebieg i zakończenie ciąży obserwowano zarówno u kobiet z większym, jak i z mniejszym przyrostem ciała niż zalecany. Z powodu tego, że brak bezwzględnego automatyzmu pomiędzy wzrostem masy ciała kobiety ciężarnej a wzrostem masy urodzeniowej dziecka, nie jest możliwe wskazywanie

absolutnych zaleceń żywieniowych dla wszystkich kobiet w ciąży, w sposób inny niż oparty o indywidualną analizę konkretnego przypadku [2]. Możliwe jest jednak dokonywanie pewnych generalizujących spostrzeżeń, o których poniżej.

Światowa Organizacja Zdrowia przyjmuje, że dodatkowy wydatek energetyczny w ciąży wynosi 300 kcal na dobę. Wzrost wydatku energetycznego przedstawia się szacunkowo mniej więcej w taki sposób: w ciągu pierwszych kilku tygodni od zapłodnienia jest on niewielki, następnie pod koniec I trymestru rośnie gwałtownie a w II i III trymestrze utrzymuje się względnie na stałym poziomie. Wzrost wydatku energetycznego w II trymestrze ciąży związany jest z powiększaniem się głównie masy ciała matki m.in. z powodu wzrostu ilości krwi, powiększenia macicy i gruczołów sutkowych oraz gromadzeniem się tkanki tłuszczowej. Wzrost wydatku energetycznego w III trymestrze związany jest z rozwojem i wzrostem płodu oraz łożyska. Przyjmuje się, że prawdopodobnie nie ma potrzeby zwiększania spożycia w I trymestrze, jeżeli nie stwierdzono niedowagi u kobiety przed poczęciem. Natomiast w II i III trymestrze z powodu wzrostu wydatku energetycznego zaleca się zwiększenie spożycia produktów o 300 kcal na dobę w stosunku do normy ustalonej zależnie od wieku, masy ciała i aktywności fizycznej. Normy polskie określają całkowite dzienne zapotrzebowanie kobiety ciężarnej na 2800 kcal [2]. Dobór potraw w jadłospisie ciężarnej powinien być łatwostrawny. Zaleca się od 4 – 5 posiłków dziennie.

Normy na poszczególne składniki pokarmowe dla kobiet ciężarnych i karmiących piersią przedstawiają się pokrótce w następujący sposób:

Norma na białko dla kobiety ciężarnej wynosi 95 g/osobę/dobę, a dla karmiącej piersią 110 g/osobę/dobę. Ze względu na to, że w drugiej połowie ciąży przyrost beztłuszczowej masy ciała płodu i matki jest największy, zapotrzebowanie na białko w tym okresie będzie właśnie największe. W jadłospisach powinno się dostarczać pełnowartościowe białko, jak np. chudy drób, ryby, cielęcinę [1].

Tłuszcze w diecie powinny pokrywać 30% zapotrzebowania energetycznego, w tym kwasy tłuszczowe nasycone 10%. Zwiększa się znacząco zapotrzebowanie na nienasycone kwasy tłuszczowe, które powinny pokrywać co najmniej 4,5% zapotrzebowania energetycznego a dla kobiet karmiących 6%. Kobieta w ciąży powinna spożywać tłuszcze w ograniczonych ilościach, za to z przewagą tłuszczów roślinnych, z dużą ilością NNKT bogatych w wit. E. NNKT czyli niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe, jak wynika z badań mają bardzo korzystny wpływ na rozwój płodu m.in. mózgowia, siatkówki. Główne źródła NNKT to olej sojowy, słonecznikowy, kukurydziany, oliwa z oliwek oraz ryby morskie, np. dorsz, łosoś, makrela [2].

Węglowodany z pożywienia powinny pokrywać 50–60% zapotrzebowania energetycznego i powinny być to węglowodany złożone. Ilość sacharozy nie powinna przekraczać 10% zapotrzebowania na energię, dlatego kobietom w ciąży zaleca się wykluczanie z diety słodczy, gdyż są one źródłem znacznych ilości sacharozy, tłuszczu i energii, a poza tym zawierają bardzo mało innych składników odżywczych [2]. Warto zwrócić uwagę na to, aby ilość błonnika wynosiła 20–40 g, gdyż odgrywa on dużą rolę nie tylko w zmniejszaniu cholesterolu surowicy, wiązaniu kwasów żółciowych i absorpcji wielu substancji toksycznych, ale także w zmniejszaniu uciążliwości zaparc tak częstych podczas ciąży [2]. Zaparcia mogą pojawiać się mniej więcej w trzecim miesiącu ciąży, gdy wydzielany przez łożysko progesteron zaczyna zwiększać odkładanie tłuszczu, hamuje szybkie opróżnianie jelita i zwiększa wchłanianie wody w jelitach do tego stopnia, że może być przyczyną zaparc [6]. Źródłem węglowodanów są produkty roślinne: zboża, suche nasiona roślin strączkowych, ziemniaki, które dostarczają

poza węglowodanami witaminę C, kwas foliowy, karoten, błonnik, żelazo i pirydoksynę [2]. Ważne jest także, aby w diecie nie zabrakło dużych ilości warzyw i owoców, które oprócz węglowodanów mają także znaczne ilości ważnych witamin.

Norma dla witaminy A dla kobiet w ciąży to 1250 µg, a dla karmiących piersią 1600 µg [1]. Przypuszcza się, że organizm kobiety posiada zabezpieczenia, aby nie powodować u płodu działania teratogennego związanego z niedoborami bądź nadmiarem witaminy A, ale pomimo tego należy zachować szczególną ostrożność, by nie przekraczać norm zapotrzebowania na witaminę A [2].

Norma na witaminę E w ciąży to 12 mg/dobę, a dla karmiących kobiet 14 mg/dobę [1].

Powiększana jest także norma dla witamin rozpuszczalnych w wodzie. Dla witaminy C u kobiety w ciąży wynosi 80 mg/osobę, a w okresie laktacji 100 mg/osobę, natomiast dla witaminy B12 – 4 µg/osobę [1].

W okresie ciąży zaleca się również zwiększoną podaż witamin z grupy B, a zwłaszcza kwasu foliowego, w celu zapobiegania wadom rozwojowym cewy nerwowej [1].

Wśród składników mineralnych należy zwrócić uwagę, aby ilość wapnia nie była mniejsza niż 1200 mg zarówno dla kobiety ciężarnej, jak i karmiącej piersią [1]. Najlepiej przyswajalnego wapnia dostarczają mleko i przetwory mleczne, jak jogurty naturalne i owocowe, kefir i twarogi. Wapń jest potrzebny do rozwoju kości dziecka i prawdopodobne niedobory wapnia są pozyskiwane z zapasów wapnia w szkieletcie matki.

Nie należy zapominać także o mikroelementach, jakim jest żelazo. Jego niedobory w ciąży są dość częste, spowodowane chociażby zwiększeniem objętości krwi matki, potrzebami płodu i łożyska. Żelazo jest magazynowane przez wątrobę płodu, gdyż mleko matki jest bardzo ubogie w ten pierwiastek. W produktach spożywczych występują hemowe źródła żelaza przyswajalne w 20% (z mięsa, przetworów mięsnych z krwią, przetworów z ryb i drobiu, wątróbek, nerek, serc) i niehemowe w 5% (żółtka jaj, pełne ziarna zbóż, warzywa zielone: nać pietruszki, szczypior, szczaw, korzeń buraka, boćwina, suszone owoce i warzywa [1]. Dobrym źródłem żelaza może być wątróbka kurczaka, która zawiera także magnez i witaminę A.

Podsumowując, kobiety w ciąży i karmiące piersią, powinny stosować racjonalnie dostosowane odżywianie uwzględniające ich aktywność fizyczną, wiek, stan fizjologiczny a także inne osobnicze cechy. Dieta powinna pokrywać zapotrzebowania związane z budową nowych tkanek dziecka i wydzielaniem mleka u tej, która urodziła. Matki karmiące powinny pić dużo więcej wody. Ich posiłki powinny być lekkostrawne przyjmowane 4–5 razy dziennie i zawierać różnorodne produkty żywnościowe pochodzenia roślinnego i zwierzęcego. Dodatkowo, jak poleca m.in. Polskie Towarzystwo Nauk Żywnościowych, powinno się spożywać codziennie produkty zbożowe, warzywa i owoce. Dwa do trzech razy dziennie spożywać mleko i jego przetwory. Mięso i jego przetwory jeść w umiarkowanych ilościach, dwa do trzech razy w tygodniu, wybierając mięso chude a w pozostałe dni jeść ryby. Ograniczać ilość spożywanego tłuszczu. Zamieniać przy przyrządzaniu potraw tłuszcze zwierzęce na roślinne np. oliwę z oliwek. Zminimalizować spożycie soli i w ciąży ograniczyć do minimum a nawet zrezygnować w ogóle ze słodczy i cukru. No i oczywiście zawsze pamiętać o aktywności ruchowej [1].

Warto jeszcze zwrócić uwagę, że żadna tabletką czy inna próba chemicznej suplementacji nie zastąpi właściwej diety, pomimo że coraz bardziej przekonujące reklamy łudzą czymś zupełnie odwrotnym. Bywa też tak, że ten sam ginekolog-położnik zaleca kobiecie zdrową dietę, jednocześnie zapisując leki spełniające rolę suplementu diety, których reklamy znajdujemy przed jego gabinetem.

BÓL PORODOWY JAKO POWRÓT DO NATURY

„Naturalny poród” jest dziś bardziej sprawą refleksji niż instynktu czy intuicji, jako to ma miejsce w Naturze. Najlepiej oddaje to samo słownictwo medyczne, w którym poród odbyty w szpitalu położniczym siłami natury określa się jako „poród fizjologiczny”, a nie jak to jest w słownictwie potocznym „naturalny”. Rodzenie siłami natury przebiega bowiem w zupełnie inny sposób i jest zupełnie inaczej odbierane przez kobiety rodzące w szpitalu i te, które rodziły siłami natury w domu. Medycyna, która w XIX wieku dokonała odczarowania naturalnego porodu, przenosząc go do sali operacyjnej, próbuje dziś „zaczarować” poród na nowo. Choć bolesny, trudny do zaakceptowania pod względem estetycznym i mało intymny (gdy przebiega w środowisku medycznym) ma stać się w świadomości społecznej porodem naturalnym. Paradoksalnie medycyna wycofuje się tutaj znacząco z jednego ze swych podstawowych zadań, jakim jest uśmierzenie bólu i zminimalizowanie cierpienia pacjenta. Ból porodowy traktowany jest przez wielu położników jako ból naturalny, potrzebny czy wręcz konieczny [9]. Ta starotestamentalna „kłątwa”, jaka ciąży na potomkiniach Ewy, w perspektywie porodu naturalnego zdaje się być nieuchronna. W przekonaniu wielu położników więź pomiędzy matką i dzieckiem umacnia się właśnie na skutek przebytego bólu i trudu (nieraz traumy) porodu, na co poszukuje się dodatkowych argumentów naukowo-medycznych. Przeważa opinia, że ból choć nieznoszny, znika wraz z pojawieniem się dziecka i możliwością kontaktu z nim. Medycyna tłumaczy to zjawisko „błyskawicznego zapomnienia bólu” wytwarzaniem się oksytocyny (hormonu miłości) w trakcie porodu naturalnego.

W zachowaniach okołoporodowych i dyskursie perinatalnym możemy zauważyć podobne tendencje eklektyczne, jakie dziś charakteryzują kulturę ponowoczesności. Obok tradycyjnie naturalistycznego nurtu w położnictwie, w ramach którego uznaje się, że „natura musi boleć”, a ból ma ogromne znaczenie medyczne (ponieważ jest ważnym sygnałem dla położnika odbierającego poród), pojawia się nowe ujęcie naturalności wraz z tendencją do wprowadzania do edukacji rodzących, technik opanowywania bólu, pochodzących z różnych kultur. Stanowią one wyraz nowej filozofii porodu. Dąży się w niej do zdjęcia „kłątwy” bolesności, przenosząc na grunt wschodnich technik relaksacji i opanowywania ciała przez ducha. W ramach tego nowego ujęcia, miłość rodzicielska i więź rodzinna powinna wytwarzać się nie tylko w jak najbardziej naturalnych warunkach, ale także wypływać z atmosfery miłości i spokoju. Wśród organizacji kobiecych są zatem takie, które walczą o prawo do znieczulenia farmakologicznego, ale także o możliwość zastosowania technik hipnotycznych do opanowania bólu porodowego. Wreszcie jednym z najodważniejszych i jednocześnie bardzo kontrowersyjnych pomysłów wydaje się być wykorzystanie „miłości” do budowania więzi emocjonalnej tzw. „Orgasmic Birth”. Jest to technika wykorzystująca napięcie seksualne do zminimalizowania (przekształcenia) bólu porodowego. „W trakcie porodu aktywne są cztery główne grupy hormonów. Są to hormony z grupy oksytocyn – hormony miłości, endorfiny – hormony przyjemności i transcendencji, adrenalina i noradrenalina (epinefryna i norepinefryna) – hormony pobudzenia oraz prolaktyna – hormon macierzyństwa. Te grupy hormonów są wspólne dla wszystkich ssaków, a ich źródła tkwią w głębi naszego ssaczego mózgu, w śródmózgowiu. Aby poród przebiegał optymalnie, te części mózgu muszą uzyskać pierwszeństwo funkcjonowania przed „nowym mózgiem”, czyli nową korą mózgową, tzw. umysłem racjonalnym. Dla zaistnienia tej zmiany pomocna jest atmosfera ciszy i prywatności, przyćmione światła, rozmowy ograniczone do minimum i nieoczekiwanie od rodzącej racjonalnego zachowania. W takich warunkach kobieta będzie

intuicyjnie wybierać ruchy, dźwięki, sposób oddychania i pozycje, które pozwolą jej najłatwiej urodzić dziecko. Taka jest bowiem jej genetyczna i hormonalna strategia. Obecnie obowiązujące praktyki położnicze wpływają niekorzystnie na ten układ hormonów. Środowisko szpitalne i stosowane rutynowo procedury utrudniają zaistnienie koniecznej dla naturalnego porodu zmiany w świadomości kobiety. Fizjologia hormonalna kobiety jest zaburzana między innymi przez: indukowanie porodu, stosowanie środków przeciwbólowych i znieczulenia, wykonywanie cesarskiego cięcia oraz oddzielanie dziecka od matki po porodzie”[10].

PODSUMOWANIE

Zdaniem dr Sarah J. Buckley rodzenie z ekstazą ma także swoje uzasadnienie medyczne. Sarah J. Buckley pisze: „Rodzić w ekstazie to zamysł naszego ciała i nasze prawo. Matka Natura w swej mądrości wyposaża kobietę w hormony porodowe, które wynoszą ją poza (ec) jej normalny stan (stasis), aby, wchodząc w macierzyństwo, mogła przeżyć transformację na każdym poziomie. W trakcie niezakłóconego porodu wyjątkowa kompozycja hormonów objawia się w pełni, zwiększając bezpieczeństwo matki i dziecka. Nauka stopniowo odkrywa coś, co jako matki wiedziałyśmy od dawna: sposób, w jaki przebiega poród ma długotrwały wpływ na matkę i dziecko. Poród ekstazy, poród, który wynosi nas poza nas same, jest darem na całe życie” [10]. We współczesnej medycynie okołoporodowej coraz częściej nauka staje się narzędziem usankcjonowania mądrości Natury. Medycyna odkrywa w tym momencie życia kobiety tzw. „dobrą Naturę” i mądrość tradycyjnej medycyny. Wydawałoby się, że przez to Nauka staje się bardziej naturalna. Jest to jednak tylko złudzenie. Medycyna, nawet w przypadku tak naturalnej kwestii, jaką jest poród, przekracza naturalność, jaka zawarta jest w ciele – ponieważ jej misją pozostaje zmaganie się z Naturą, po to, by kształtować postawy prozdrowotne, zmniejszające śmiertelność wśród noworodków i ich matek. W tym sensie medycyna zawsze pozostanie z gruntu „antynaturalistyczna” i kulturowa w sensie Ingardenowskim. Nasze badania pilotażowe pokazują, że pojęcie Natury, jakie spotykamy w przestrzeni medycznej-okołoporodowej, jest pojęciem wieloaspektowym i zdecydowanie „ukulturowionym”, pojęciem otwierającym nowe płaszczyzny badań antro-po-medycznych. Na koniec chcemy zaznaczyć, że w efekcie opisywanego przez nas procesu mamy do czynienia z czymś, co można określać mianem wtórnej naturalizacji kobiet, a także coraz częściej ich partnerów (szczególnie w momencie, w którym para stara się o potomstwo). Wnioskiem, jaki nasuwa się z naszych badań, jest ten, by mówić raczej o „ekologicznych” tendencjach w medycynie perinatalnej, co pozwoli uniknąć sprzeczności wynikających ze spotkania idei naturalistycznych i antynaturalistycznych oraz nawiąże do kulturowych tendencji w społeczeństwie postmodernistycznym, które formuje model świadomego bio-rodzica.

PIŚMIENNICTWO

1. Ciborowska H., Rudnicka A.: *Dietetyka: żywienie zdrowego i chorego człowieka*. Warszawa: 2007, Wydaw. Lek. PZWL. – 2. *Żywienie człowieka zdrowego i chorego*, t. 2. Pod red. Gawęcki J., Hasik J. Warszawa: 2008, Wydaw. Nauk. PWN. – 3. Giddens A.: *Nowoczesność i tożsamość*. Warszawa: 2006, Wydaw. Nauk. PWN. – 4. Kepiński A.: *Lęk*. Wydawnictwo Literackie: Kraków 2005. – 5. Łaciak B.: *Obyczajowość polska czasu transformacji czyli wojna postu z karnawalem*. Warszawa: 2005, TRIO. – 6.

Perry V.: Cała prawda o hormonach. Warszawa: 2007, Wyd. Świat Książki. – 7. Piątek Z.: Naturalizm i antynaturalizm, nowa synteza. W: Aspekty antropocentryzmu. Kraków: 1998, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, 133. – 8. Ulman-Włodarz I., Poręba A., Kwiatkowska E., Szafarczyk A.: Poród z udziałem ojca - wpływ na kształtowanie więzi w rodzinie. W: Kliniczna Perinatologia i Ginekologia, 2007, t. 43, z.3, 52-56. – 9. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Poznań-Warszawa: 1980, Pallotinum. – 10. Buckley S. J.: Poród w ekstazie – przewidziany przez naturę plan porodu. Artykuł dostępny na: <http://www.fundacjarodzicpoludzkupl>; konsultowano 02.02.2009.

11. 20 lat porodów rodzinnych, gazeta.pl na: <http://miasta.gazeta.pl/lodz/1,35153,1522223.html>, konsultowano 03.02.2009. – 12. „Orgasmic Birth” Interview with Debra Pascali-Bonaro, na : <http://pregnancy.about.com/od/birthstories/a/orgasmicbirth.htm> konsultowano: 04.02.2009.

M. Gajewska, A. Kostro-Bieszk

BETWEEN NATURALISM AND SUPERNATURALISM
THE TRANSFORMATION OF THE IDEA OF “PARENTAL LOVE” IN CONTEMPORARY
MEDICAL DISCOURSE

Summary

In this article we point out the role and influence of medicine, and its philosophical bases (naturalism and supernaturalism) in creation of the social concept of parental love. In postmodern era, when reproduction is separated from sexual life of the human, parental love has become more a cultural idea than a biological act. At the same time, perinatal discourse has returned to the notion of nature. How is this possible? How do we understand the concept of natural birth today? We would like to show how the language of medicine adapts the notion of nature in perinatal discourse to create a new, cultural and creative model of parental love. A model, which is more reflective and aesthetic than the traditional and naturalistic concept of parental love. The conclusion is that nowadays we might experience a social revolution in mother's and father's roles because of ideological changes in perinatal medicine.

Adres: dr Magdalena Gajewska

Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej GUMed

maggajewska@gumed.edu.pl