

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
SOCIĀLO ZINĀTŅU FAKULTĀTE
SOCIOLOĢIJAS ZINĀTNES NODAĻA

**VARAS ATTIECĪBAS UN MEDIKALIZĀCIJAS DISKURSS AUGĻA
TŪPLA GUĻAS DZEMDĪBU VEIDA IZVĒLES PROCESĀ**

MAGISTRA DARBS

Autore: Kristina Bezručko
Studenta apliecības Nr: kb10085
Darba vadītāja: Asoc. Prof. Baiba Bela

RĪGA 2015

SATURS

Ievads.....	5
1. Medicīna kā sociālās kontroles institūts	10
1.1. Medikalizācijas jēdziena skaidrojums un attīstības vēsture	13
1.2. Medikalizācijas pozitīvās un negatīvās sekas.....	20
1.3. Medikalizācija kā rīks varas attiecību veidošanai starp medicīnas speciālistiem un pacienti.....	23
2. Varas attiecību koncepts un to skaidrojums	27
2.1. Medicīnas speciālistu un pacientu mijiedarbība no varas attiecību perspektīvas.....	30
2.2. Medikalizācijas diskursa loma varas attiecībās dzemdību veida izvēles procesā	33
Teorētiskās perspektīvas apkopojums un secinājumi.....	39
3. Metodoloģija.....	41
3.1. Diskursa skaidrojums un analīzes metode.....	41
3.2. Lauka darba apraksts	43
4. Iesaistīto pušu diskursi un varas attiecības lēmuma pieņemšanā par dzemdību veidu tūpla guļas gadījumā.....	47
4.1. Vadošie diskursi par tūpla guļas dzemdībām un varas attiecības medijos	47
4.2. Vadošie diskursi un varas attiecības sievietes pieredzē par tūpla guļas dzemdībām	52
4.3. Vadošie diskursi un varas attiecības medicīnas speciālistu viedoklī par tūpla guļas dzemdībām	70
Secinājumi	80
Pateicības	84
Izmantotie informācijas avoti	85
Pielikumi.....	89
1. pielikums. Jautājumu vadlīnijas sievietēm	90
2. pielikums. Jautājumu vadlīnijas medicīnas speciālistiem	91

ANOTĀCIJA

Darba mērķis ir izpētīt, kādas ir varas attiecības starp iesaistītām pusēm lēmuma pieņemšanas procesā par tūpļa guļas dzemdību veidu un kādi diskursi ietekmē galīgo lēmumu. Pētījuma veikšanas pamatā ir maldinošais priekšstats, ka ir nepieciešama ķeizargrieziena operācija, neņemot vērā, ka katrs dzemdību gadījums ir individuāls. Augļa tūpļa guļu joprojām mēdz uzskatīt par patoloģiju, kas savukārt veicina speciālistu varas pieaugumu par dzemdību veida izvēli, veicinot medikalizāciju.

Darbā ir aplūkotas medikalizācijas un varas attiecību teorijas. Izmantojot kritiskā diskursa analīzi, tika veiktas 16 intervijas un mediju analīze. Tika noskaidroti vadošie diskursi un analizētas varas attiecības lēmuma pieņemšanā par dzemdību veidu. Sievietēm trūkst informācijas par dzemdību iespējām, kā arī iniciatīvas informācijas meklēšanā.

Atslēgas vārdi: medikalizācija, varas attiecības, diskurss, kritiskā diskursa analīze, augļa tūpļa guļa, dabīgas dzemdības, ķeizargrieziena operācija

ANNOTATION

The aim of the thesis is to explore the power relations between the parties involved in the decision-making process of breech delivery, and what kinds of discourses influence the final decision. The research is based on a misleading notion of the need for a Caesarean section surgery without taking into account that each case is individual. Breech presentation still tends to be regarded as a pathology, which contributes to the power increase of specialists while choosing the way of delivery, promoting medicalization.

The paper deals with theories of medicalization and power relations. The CDA, which include 16 interviews, was used to find out the leading discourses and the power relations were analyzed in deciding the type of maternity. Women lack the information on birth options, as well as the initiative of finding information.

Keywords: medicalization, power relations, discourse, critical discourse analysis, breech deliveries, natural childbirth, Caesarean section

IEVADS

Medicīnas procesi, kas pieprasa sevišķu uzmanību un daudz lielāku profesionalitāti no speciālistiem, var tikt uzskatīti par sarežģītiem. Nereti šos sarežģījumus sauc par patoloģijām. Arī tādā nozīmīgā dzīves procesā kā dzemdības var pastāvēt sarežģījumi. Piemēram, pārāk liels auglis (vairāk nekā 5 kg), dzemdes rēta sievietei, augļa tūpļa guļa u.c. Medicīnā dzemdības ar iepriekš minētiem sarežģījumiem klasificē kā patoloģiskas. Šis uzskats valda arī sabiedrībā, kura bieži vien to pieņem par patiesu. Tas nereti apgrūtina topošajām māmiņām pieņemt lēmumu par dzemdību procesu, jo viņas ietekmē medicīnas speciālisti un arī sabiedrības nosodošie uzskati, ja topošās māmiņas rīkojas neatbilstoši medicīnas speciālistu ieteikumiem un norādījumiem. Tomēr arī speciālistu vidū nav viennozīmīga viedokļa par to, ko uzskatīt par patoloģiju un kā rīkoties šādā situācijā. Zinātniskajā pasaulē procesu, kad cilvēka ikdienas dzīves procesi nonāk medicīnas varā un nemedicīniskās problēmas kļūst par slimību, piešķirot patoloģijas statusu, sauc par *medikalizāciju*. Medikalizācija ir process, kad nemedicīniskās problēmas dēvē par slimību, tādā veidā dodot pilnvaru medicīnas speciālistiem pār cilvēku ķermeņiem (sīkāk sk. 1.1. nodaļu). Arī dzemdību procesu, kas šķiet viens no dabiskākajiem, bieži vien medikalizē. Kaut gan nereti mūsdienās jaunie vecāki izvēlas dzemdēt ārpus medicīniskām iestādēm, tomēr vairāki speciālisti joprojām uzskata, ka dzemdības ir tikai medicīnisks process un tam ir jānotiek medicīnas iestādē.

Lai precīzāk izprastu dzemdību medikalizācijas problēmu un sievietes iespējas pašām pieņemt lēmumu par dzemdību veidu, kā piemēru es izvēlējos **augļa tūpļa guļas gadījumu**, kas Latvijā veido 3-4% dzemdību gadījumu. Piemēru izvēlējos tāpēc, ka tas ir viens no izplatītākajiem iemesliem, kāpēc veic ķeizargrieziena operāciju. Ķeizargrieziena operācija augļa tūpļa guļas gadījumā ne vienmēr ir pamatota, jo nav nekādu citu indikāciju, lai veiktu ķirurģisku iejaukšanos. Reizēm, lai attaisnotu ķeizargrieziena operāciju nepieciešamību, augļa tūpļa guļu vēl joprojām daudzi medicīnas speciālisti uzskata par patoloģiju. Šo tēmu es izvēlējos arī tāpēc, ka savu meitu esmu dzemdējusi dabīgā veidā, kaut gan viņa atradās tūpļa guļā. Tā kā grūtniecības laikā, kad izdomāju dzemdēt pati, es saskāros ar negatīvo reakciju no apkārtējiem, izvēlējos noskaidrot citu sieviešu pieredzi. Personīgā pieredze kalpos kā palīgs sieviešu lēmuma pieņemšanas procesa loģikai, labākai izpratnei.

Augļa tūpļa guļa ir gadījums, kad bērns mātes vēderā atrodas ar kājām uz leju. Pastāv trīs augļa tūpļa guļas veidi – pilnā tūpļa guļa, kāju guļa un jauktā (tūpļa-kāju) guļa. Medicīnas speciālistiem ir atšķirīgi viedokļi par to, vai var dzemdēt dabīgi visos augļa tūpļa guļas veidos. Galvenais nosacījums, ja nav citu nosacījumu veikt ķeizargrieziena operāciju –sākumā jānāk ārā bērna dibenam, nevis kājām un lai bērnam nebūtu atliekta galva. Pārsvarā augļa tūpļa guļu

konstatē pēc 36. nedēļas, kad ir mazāka iespējamība, ka bērns apgriezīsies otrādāk. No 36. nedēļas labākajā gadījumā sievietes kopā ar medicīnas speciālistu izrunā iespējamus variantus, sliktākajā – medicīnas speciālisti lemj sievietes vietā. Aplūkojot vairākus pētījumus un novērojot Latvijas medijos pausto viedokli, var secināt, ka izplatītākais ir sliktākais variants, kad medicīnas speciālisti neņem vērā sieviešu viedokli un pieņem galīgo lēmumu paši.

Pēc Slimību profilakses un kontroles centra pēdējiem datiem, kas tika vākti 2013.gadā (SPKC, 2013) par mātes un bērna veselības aprūpi, 21% no visām dzemdībām tika veiktas ķeizargrieziena operācijas (2013. gadā), no tām plānotās – 10%. Tam ir vairāki iemesli – gan dzemdes rēta, gan augļa iegurnā priekšguļa (turpmāk tūpla guļa) u.c. Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas oficiālās mājaslapas bibliotēkas sadaļā var atrast klīniskās rekomendācijas ķeizargrieziena operācijai (GINASOC, 2008). Rekomendācijās ir norādīts, ka plānoto ķeizargriezieni ir ieteikts veikt, ja tiek konstatēta augļa tūpla guļa, neskatoties uz to, ka tālāk ir norādītas vairākas negatīvās sekas no ķeizargrieziena operācijas. Ir jāņem vērā tas, ka rekomendācijas tapa 2008. gadā un daudz ir mainījies kopš tā laika, tomēr šīs rekomendācijas vēl joprojām ir publiski pieejamas, kas var mulsināt sabiedrību. Latvijā ir aptuveni 3-4% dzemdību gadījumu, kad auglis atrodas tūpla guļā.

Savukārt 2014. gada Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdes protokolā ir teikts, ka viena no indikācijām akūtam ķeizargriezienam ir augļa tūpla guļa (Rezeberga, 2014). Tomēr Veselības ministrijas galvenā speciāliste ginekoloģijā un dzemdniecībā Dace Rezeberga¹ norāda, kaut arī vairākos gadījumos sievietes var dzemdēt pašas, speciālistu vidū joprojām ir saglabājies priekšstats, ka visos sarežģītumu gadījumos ir nepieciešams ķeizargrieziena. Pati speciāliste norāda, ka sākumā ir jāizvērtē grūtnieces spēja dzemdēt pašai un tikai tad pēc reālās nepieciešamības veikt ķeizargrieziena operāciju (Rezeberga, 2014). Tāpat D. Rezeberga norāda, ka jāizglīto gan speciālisti par sarežģītām dzemdībām un jāveicina viņu kompetence šajos gadījumos, gan sabiedrība, lai nerastos maldinošs priekšstats par ķeizargrieziena operāciju kā labāko veidu, kā nākt pasaulē bērnam (Rezeberga, 2014).

Pārsvarā gan literatūrā, ko bieži vien lasa topošās māmiņas, gatavojoties dzemdībām, gan medicīnas speciālistu vidū tiek ieteikts veikt ķeizargrieziena operāciju augļa tūpla guļas gadījumā. Savukārt tie speciālisti, kuri ir par dabiskajām dzemdībām, ir mazākumā, līdz ar to bieži vien viņu viedoklis netiek ņemts vērā pret dominējošo viedokli par ķeizargrieziena nepieciešamību. Līdz ar to sievietes gaidībās paļaujas uz medicīnas speciālistu viedokli, kurš tiek uzskatīts par autoritāti šajā jomā. Arī pašas sievietes bieži vien uztver savu stāvokli

¹ Dace Rezeberga ir Latvijas ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas prezidente; Veselības ministrijas vadošā dzemdniecības un ginekoloģijas speciāliste un galvenā ginekoloģe Rīgas dzemdību namā.

(grūtniecību) kā slimību, kas savā ziņā pastiprina medicīnas speciālistu varu lemt par sieviešu ķermeņu likteni, norādot uz to, kas ir patoloģija un kas nē. Attiecīgi šajā gadījumā tiek sadalītas lomas – no vienas puses ir medicīnas speciālisti, kuriem pieder šķietama vara spriest un lemt par sievietei nozīmīgā dzīves momenta norisi, kā arī par viņas pašas un viņas bērna veselību un pat dzīvību. Sabiedrība piešķir speciālistiem noteiktas varas „etiķetes”, absolūto medicīnisko zināšanu dēļ. Savukārt no otras puses ir sievietes, kuras uzticas speciālistiem bailēs no informācijas trūkuma par sarežģījumiem un priekšrocībām dzemdību norisē, kā arī „šīm elitēm”, kurām ir noteicošā vara pieņemt lēmumu sievietes vietā. Tomēr daudzi medicīnas speciālisti uzskata, ka sieviete ir vienīgā, kurai šajā procesā pieder tiesības pieņemt galīgo lēmumu. Līdz ar sniegto informāciju secinu, ka Latvijā nav veikti pietiekoši daudz pētījumu par šo tēmu, lai izglītotu sabiedrību par dzemdību veidu iespējam sarežģījumu gadījumā.

Augļa tūpļa guļas piemērs, manuprāt, vislabāk atspoguļo dzemdību procesa komplikēto izvēles veidu, kad nevar viennozīmīgi teikt, ka ir vai nav nepieciešama ķeizargrieziena operācija. Sievietēm trūkst informācijas par šāda veida dabiskajām dzemdībām, un tas apgrūtina sieviešu lēmuma pieņemšanu par dzemdību veidu.

Darba **mērķis** – izpētīt, kādas ir varas attiecības starp iesaistītām pusēm lēmuma pieņemšanas procesā par dzemdību veidu tūpļa guļas gadījumā un kādi diskursi ietekmē galīgo lēmumu.

Lai sasniegtu savu mērķi, es izvirzīju divus **pētnieciskos jautājumus**:

- kādus diskursus lieto speciālisti par dzemdībām augļa tūpļa guļas gadījumā un kādus – sievietes, un kāda ir to loma, pieņemot galīgo lēmumu par dzemdību veidu;
- kāda loma ir varas attiecībām starp sievieti un medicīnas speciālistiem lēmuma pieņemšanas procesā no brīža, kad tiek konstatēta augļa tūpļa guļa;

Lai atbildētu uz izvirzītiem pētnieciskiem jautājumiem un sasniegtu savu mērķi, man ir veicami vairāki uzdevumi:

- sniegt teorētisku pārskatu par varas attiecībām un veidot diskusiju par to;
- gūt izpratni par medikalizācijas jēdzienu un to pielietojumu dzemdību raksturojumam;
- tikt skaidrībā par pacientu – speciālistu attiecību skaidrojumu, apskatoties dažādus teorētiskos darbus;
- noskaidrot, kā notiek lēmuma pieņemšana par dzemdību veidu gadījumā, kad tas tiek medikalizēts;
- ar kritiskā diskursa analīzes palīdzību noskaidrot speciālistu un sieviešu lietotos diskursus un noskaidrot varas attiecības.

Mērķa auditorija ir sievietes, kurām uz dzemdību brīdi auglis atradās tūpļa guļā. Sieviešu vecumam un vecumam, kad viņas dzemdēja, nav nozīmes, jo tā dēļ, ka augļa tūpļa guļa nav izplatīts gadījums, arī respondentes atrast noteiktajā vecumā nav viegli.

Par teorētisko pamatu šī darba izstrādei tiks apskatīts sociālo zinātņu profesora Irvinga Zola (*Irving Kenneth Zola*) ieguldījumu darbā medicīnas socioloģijā „Medicīna kā sociālās kontroles institūts” (*Medicine as an institution of social control*). Šajā darbā I. Zola norāda, ka Amerikas medicīna ir pārņēmusi varu pār cilvēku ķermeņiem un tādā veidā nosaka, kas medicīnas jomā ir norma un kas nav. Autors norāda, ka šo medicīnas modeli ar laiku pārņēma arī citas valstis, kas veicināja medikalizācijas izplatību pasaules mērogā. Autora darbs cieši sasaistās ar M. Fuko „Klīnikas dzimšanu”, jo apraksta, kā nemanāmās zināšanas par cilvēka ķermeni ļauj pārņemt varu pār to. Maģistra darbā tāpat padziļināti tiks aplūkots medikalizācijas jēdziens, ko sniedza profesors P. Konrads un tiks aprakstītas medikalizācijas pozitīvās un negatīvās sekas.

Medikalizācijas teorija ir cieši saistīta ar varas attiecībām. Tāpēc tiks izmantota franču filozofa Mišela Fuko (*Michel Foucault*) varas attiecību teorija. Savos darbos M. Fuko vistuvāk apskatījās konceptus *vara un zinātne*, norādot, ka tās ir savstarpēji atkarīgas sastāvdaļas (Фукко, 2002). Darbā „Klīnikas dzimšana” (*The Birth of the Clinic*) M. Fuko norāda, ka medicīna kopš 19. gadsimta pārdzīvojusi straujās izmaiņas un medicīnas darbinieki izmantoja savas zināšanas par cilvēka ķermeni, lai iegūtu varu pār to (Foucault, 1973). Kā papildinājums šīm teorijām tiks apskatīti citu autoru darbi, kuri balstījās uz M. Fuko un I. Zola teorijām. Lai izprastu situāciju Latvijā, teorijas daļas noslēgumā tiks aplūkoti vairāki ārzemju pētījumi par līdzīgu tēmu. Šis pārskats palīdzēs saprast, kādā veidā notiek varas attiecības starp iesaistītām pusēm, un ļaus identificēt diskursus, kas pastāv par tūpļa guļas dzemdībām.

Izvērtējot Latvijā veiktos pētījumus, es secinu, ka šī tēma nav līdz galam izpētīta, jo pietrūkst pētījumu par dzemdībām ar sarežģījumiem un pacientu – speciālistu attiecībām. Līdz ar to var norādīt, ka šī pētījuma **novitāte** ir tajā, ka Latvijā trūkst pētījumu par komplikētām dzemdībām, kad nevar viennozīmīgi teikt, ka ir tikai viens iespējamais dzemdību veids. Savukārt šis pētījums atklās vadošos diskursus un kas tos pārvalda. Dažos ārzemju pētījumos par līdzīgu tēmu netiek ņemts vērā, ka arī pašas sievietes veicina medicīnas speciālistu varas pieaugumu. Tāpēc vēl viens novitātes faktors manā pētījumā ir tas, ka būtiski izpētīt sieviešu viedokli un varas attiecības lēmuma pieņemšanā un kas tos ietekmē. Līdz ar to var teikt, ka šis pētījums sniegs papildinājumu medicīnas socioloģijas jomā Latvijā par komplikētām dzemdībām.

Kā pētījuma analīzes metode šajā darbā tika izmantota kritiskā diskursa analīze. Šo metodi es izvēlējos, jo kritiskā diskursa analīze ļauj identificēt diskursus, kādi pastāv par noteiktu tēmu, un saprast, kādā kontekstā rodas šie diskursi. Pateicoties diskursu identificēšanai un izpratnei, kā to pielietoja respondenti, tiks atklāts, kādas ir varas attiecības starp medicīnas speciālistiem un pacientēm Latvijā.

1. MEDICĪNA KĀ SOCIĀLĀS KONTROLES INSTITŪTS

„Medicīna ir zelta zoss, kuru ir jānokauj, jo katru reizi, kad zoss izdēj zelta olu, kāds kļūst slims vai mirst...” (Richard Diaz)

Šajā nodaļā tiks apskatīts galvenokārt sociālo zinātņu profesora I. Zola darbs medicīnas socioloģijā – „Medicīna kā sociālās kontroles institūts”. Darbu es izvēlējos, jo mūsdienās pastāv dilemma par medicīnas speciālistu pieaugošo ietekmi uz cilvēku ķermeņiem. Nodaļas sākumā tiek izklāstītas I. Zola idejas par medicīnas progresējošo varu pār cilvēka dzīves procesiem un ietekmi uz tiem. Šo darbu es izvēlējos, jo tas ir pierādījums svarīgiem ieguldījumiem medicīnas socioloģijā, kas dod pamatu citiem pētniekiem pievērst pastiprinātu uzmanību medicīnas lomai cilvēku dzīvē. Par to arī liecina vairāku pētnieku, kuri aplūkoja medicīnu kā varas un kontroles mehānismu, atsauces tieši uz I. Zola darbu.

Nodaļas turpinājumā tiks skaidrots medikalizācijas jēdziens, kas atbilst I. Zola idejām par medicīnu kā varas un kontroles mehānismu, un tiks aplūkota medikalizācijas attīstības vēsture dažādos socioloģiskajos darbos. Vistuvāk šo jēdzienu, balstot to uz I. Zola idejām, apskatīja akadēmiķis P. Konrads savā darbā „Medikalizācija un sociālā kontrole”. Apcerē P. Konrads aplūkoja arī feminisma perspektīvas, skaidrojot medikalizācijas izplatību. Viens no spilgtākiem piemēriem ir, ka „sievietes ir tikai mašīnas, lai dzemdētu jaunu paaudzi un kurām nav varas lemt par pašu dzemdību procesu” (Conrad, 1992). Padziļināti ideju par to, ka ķermenis ir tikai mašīna, apskatīja medicīnas un kultūras antropoloģe Robija Devisa Floida (*Robbie Davis Floyd*). Savukārt, lai sniegtu pārskatu par medikalizācijas attīstības vēsturi, es izmantošu M. Fuko darbu „Klīnikas dzimšana”. Šie darbi sniegs pilnu ainu par medikalizācijas attīstību un ļaus pamatot mūsdienīgās varas attiecības starp medicīnas speciālistiem un pacientiem, atsaucoties uz vēsturisko kontekstu.

Savukārt pēc medikalizācijas interpretācijas dažādu pētnieku darbos tiks aplūkotas medikalizācijas pozitīvās un negatīvās sekas, ko galvenokārt sniedza P. Konrads darbā par devianci un medikalizāciju un I. Illičs savā darbā „Medicīnas atmaksa: veselības ekspropriācija”. Darba nosaukumā I. Illičs izmantoja Senās Grieķijas atmaksas dievietes vārdu Nemezīda, kura sodīja cilvēkus par sabiedrības un morāles normu pārkāpumu. Arī I. Illiča darbā bieži figurē idejas par pārkāpumu sodīšanu no medicīnas puses. Lai gan nevar viennozīmīgi teikt, ka šī sodīšana ir taisnīga.

Nodaļa beigsies ar medikalizācijas aplūkošanu kā rīku varas attiecību veidošanai starp medicīnas speciālistiem un pacientiem. Šī apakšnodaļa kalpos kā pāreja no pirmās nodaļas par medikalizāciju uz otro, kur tiks analizēta M. Fuko varas attiecību perspektīva. Šajā

apakšnodaļā tiks skatīts M. Fuko darbs „Klīnikas dzimšana”, kurā ir minēts par varas attiecībām no medikalizācijas diskursa, kas apvienos šī darba abas nodaļas. Nodaļas beigās tiks apkopoti secinājumi par medikalizācijas lomu.

Savu darbu I. Zola sāk ar apgalvojumu, ka „medicīna kļuva par nozīmīgu sociālās kontroles institūtu, kas pabīda malā tradicionālās reliģijas un likuma institūtus” (Zola, 1972, p. 487). Tiek veidota jauna vieta, patiesības krātuve, kurai pieder galīgais lēmums. Šis lēmums ir saistīts ar veselību (Zola, 1972). Autors turpina, ka „pārsvarā šī vieta veidojās nevis uz politiskās varas pamata, bet gan kā mājīgs fenomens, kas medikalizē cilvēku ikdienas dzīvi. Tādā veidā medicīna „uzlīmē etiķetes” cilvēkiem, dalot tos slimos un veselos” (Zola, 1972, p. 487). Autors uzreiz norāda, ka „viņa uzskati nav galīgais arguments, bet gan domas, kas ir procesā”.

Autors atsaucās uz Šveices medicīnas vēsturnieku Henriju Sigeristu (*Henry Ernest Sigerist*), kurš norāda, ka „medicīna ir ne tikai sociālā zinātne, bet arī nodarbības veids, kurš bija cieši saistīts ar sabiedrību” (Sigerist, 1943, kā citēts Zola, 1972, p. 488). I. Zola izdala vismaz divas medicīnas kā sociālās kontroles nozares – sabiedrības veselības joma un psihiatrija (Zola, 1972). Sabiedrības veselība vienmēr bija cieši saistīta ar varas un kontroles mehānismu izpausmēm no medicīnas speciālistu puses. Viņu varas līmeni paaugstināja arī atbalsts no valsts puses – veikt sabiedrības vakcināciju, paziņot par karantīnu utt. (Zola, 1972). Savukārt, turpina autors, ar psihiatrijas jomu bija sarežģītāk. Ja vēl pirms 20. gs. deviantu cilvēku sodīja, tad jau tuvāk 20. gs. sākumam nevis cilvēku dēvēja par deviantu, bet viņa uzvedību (Zola, 1972). Psihiatrija sāka spēlēt nozīmīgu lomu cilvēka ar deviantu uzvedību turpmākā likteņa noteikšanā.

Turpinot iepriekš minēto, medicīna jau sen saistās ar sociālo kontroli *de jure* un *de facto* (Zola, 1972). Pirmajā gadījumā *de jure* medicīnā nozīmēja medicīnas speciālistu atskaiti par slimībām atbilstošām iestādēm. Tātad viss tika dokumentēts un, izvērtējot šo atskaiti, tika kontrolēta sabiedrība – kuriem ir nepieciešama ārstēšana un kuriem nē (Zola, 1972). Otrajā gadījumā *de facto* nozīmēja, ka sākotnēji medicīna praktizēja sociālo kontroli – kam dot labākas zāles un kam nē. (Zola, 1972). Tas nozīmē, ka medicīnā bija diskriminācija starp trūcīgajiem un turīgajiem. Tas ir attiecināms arī mūsdienās – vairākos gadījumos, ja cilvēkam ir pietiekoši daudz naudas, tad arī attieksme pret viņu ir citādāka. Protams, to nevar vērst uz visām medicīnas iestādēm un medicīnas speciālistiem.

Fakts, ka „slims” cilvēks nevar intīmi kontaktēties ar citiem cilvēkiem (seksuālās attiecības, lai viņam būtu bērni), kamēr neizārstēsies, ir savā ziņā tā pati nosodīšana no pacienta viedokļa (Zola, 1972). Tas ir pretstatā ar medikalizācijas pozitīvām sekām, par kurām rakstīja P. Konrads un D. Šneiders (sk. 1.2. nodaļu). Vairāki autori ir vienojušies, ja indivīds

neuzskata sevi par slimu vai vispār par tādu neuzskatīja, sabiedrības skatījumā viņš joprojām paliek slims. Te uzsvars liekams medicīnas ietekmei – tai, pēc I. Zola, ir ietekmes mehānismi novērst no indivīda morālo nosodījumu (Zola, 1972). Tam varētu piekrist, ja situācija ar medicīnas jomu nebūtu sarežģīta. Manuprāt, medicīnai ir vislielākais ietekmes spēks tikai gadījumā, kad medicīnas speciālisti ir vienoti savos uzskatos. Tas ir tāpēc, ka mūsdienās bieži ir situācijas, kad daži speciālisti uzskata konkrētu gadījumu par slimību, bet daži nē. Tāpēc arī sabiedrībā ir atšķirīgi priekšstati par to, ko tomēr uzskatīt par slimību un ko nē. Protams, nevar noliegt, ka ir kāds dominējošais viedoklis, kas arī būs noteicošais. I. Zola apraksta situāciju, kad cilvēks neseko līdzīgi medicīnas rekomendācijām un ieteikumiem (Zola, 1972). Tāds cilvēks uzreiz tiek nosodīts, nokaunināts un uzskatīts par vainīgu. Sīkāk par to ir runāts maģistra darba 1.1. nodaļā, kur ir norādīti piemēri par augļa tūpļa guļas gadījumu. Var teikt, ka ne tikai indivīds, kurš neseko medicīnas speciālistu ieteikumiem, tiek nosodīts, bet arī cilvēki, kuri viņu atbalstīs. Citiem vārdiem sakot, tie, kuri arī neuzskatīs viņa stāvokli vai uzvedību par deviantu, tiks nosodīti.

Mēdz notikt arī tā, ka paši indivīdi sevi vaino par notikušo. I. Zola to skaidro kā savu personīgo atbildību (Zola, 1972). Profesors veica nelielu aptauju skolēnu vidū, lai noskaidrotu, ko tie domā par savu slimību. Lielākā daļa skolēnu ir norādījuši, ka darīja kaut ko nepareizi un tāpēc saslima. Savukārt, sniedzot atbildi uz jautājumu par veidu, kā izārstēties, visi skolēni norādīja, ka jāklausa ārstu ieteikumos (Zola, 1972). Kā es saprotu, tad autors gribēja pateikt, ka cilvēki bieži vien paši sevi vaino par to, kas ar viņiem ir noticis, un medicīnas speciālisti ir vienīgie, kuri var palīdzēt viņiem tikt ar to galā. Tāpēc cilvēki uztic sevis ārstēšanu medicīnas speciālistiem. Tas arī ir viens no veidiem, kas veicina medicīnas varas un kontroles palielināšanu pār sabiedrību, attīstot medikalizāciju.

„Medicīna ļoti strauji attīstās un paplašina savu jomu,”(...) secina I. Zola. Jau vairākus gadus pacientam nav obligāti jāsatiekas ar medicīnas speciālistu, lai saņemtu ārstēšanu. Ar tehnoloģiju attīstību tie var sazināties telefoniski vai ar datoru palīdzību, un pacients stāsta nevis kas viņam sāp, bet ko viņš ir darījis. Tādā veidā medicīnas speciālists var veikt secinājumus par pacienta veselības stāvokli, iesakot tam, piemēram, diētu (Zola, 1972). Tomēr medicīna attīstās, arī sadarbojoties ar citām jomām. Piemēram, ja mediķi uzskatīs, ka kardio treniņš vai diēta var palīdzēt sabiedrībai sirds slimību ārstēšanā, tad jau nākamajā dienā var iznākt žurnāls ar nosaukumu: „Saglabāt sirdi: diēta pēc ieteikuma?” (Zola, 1972). Protams, ka šādam kontroles veidam, paplašinot medicīnas ietekmi citās jomās, ir arī zināmas priekšrocības. Piemērs ir Amerikas gadījums, kad lielākā daļa sabiedrības pārstāja smēķēt, jo tika veiktas vairākas pretcigarešu kampaņas. Šobrīd var diskutēt par to, ka jaunās tehnoloģijas var aizvietot tradicionālo medicīnu. Jau salīdzinoši sen pastāv alternatīvā medicīna, pie kuras

vēršas cilvēki, ja neuzticas tradicionālajai. Tomēr tikai tradicionālās medicīnas varā ir tiesības veikt operācijas un izrakstīt medikamentus. Par to raksta I. Zola un I. Illičš, ka sadarbība starp medicīnas jomu un farmakoloģijas industriju ir viens no spēcīgākajiem sabiedrības pārvaldes mehānismiem (Zola, 1972; Illich, 1976). Vairāki autori vienojās par to, ka medicīnas joma iejaucas sabiedrības dabiskākajos procesos, tādos kā dzimstība un novecošana (Zola, 1972; Foucault, 2003; Illich, 1976; Conrad, 1992; Davis-Floyd, 2001). I. Zola norāda, ka daudzkārt no medicīnas varas ir atkarīgs cilvēka liktenis. Piemēram, Amerikā prezidenta amata kandidāta fiziskā un garīgā veselība bija svarīgs faktors pēdējās četrās vēlēšanās (jāatzīmē, ka raksts tapa 1972. gadā) (Zola, 1972). Tas nozīmē, ka no medicīnas speciālistu medicīniskā ziņojuma bija atkarīgs, vai cilvēks var vadīt valsti vai nē. Kas savukārt var kalpot par pamatu domai, ka medicīna ir visvarenākais sabiedrības kontroles mehānisms.

1.1. Medikalizācijas jēdziena skaidrojums un attīstības vēsture

Šajā apakšnodaļā tiks sniegts pārskats par medikalizācijas jēdziena interpretāciju dažādu autoru darbos un medikalizācijas attīstības vēsturi. Tas palīdzēs saprast, kā mainījās medicīnas loma cilvēku dzīves procesos. Turpmāk ar vēsturisko kontekstu būs vieglāk izprast esošo situāciju par medicīnas speciālistu un pacientu varas attiecībām.

Jēdziens *medikalizācija* jau no 1970. gada parādījās sociālo zinātņu literatūrā. Lai gan tulkojumā jēdzienam ir nozīme „padarīt par medicīnisko”, ar laiku tam tika piešķirta šaurāka nozīme. Termins pārsvarā tika izmantots medicīnas kritikas kontekstā, nevis kā neitrālais jēdziens, kas raksturotu kaut ko, kas kļūst medicīnisks (Conrad, 1992). Par pirmajiem autoriem, kuri sāka lietot šo jēdzienu, tiek uzskatīti I. Zola, Tomass Šašs (*Tomas Szasz*), kā arī Jessijs Pitts (*Jesse R. Pitts*) un Eliots Freidsons (*Eliot Freidson*). Jāpiemin ievērojamais autors, kurš rakstīja par medikalizācijas jēdzienu savos darbos, akadēmiķis P. Konrads.

Konrads norāda, ka lielākā daļa autoru vienojās, ka medikalizācijas jēdziens attiecas uz cilvēku problēmu procesu un rezultātiem, kuriem ir jābūt medicīnas uzraudzībā (Conrad, 1992). Pēc definīcijas, ko sniedza P. Konrads, „medikalizācija ir process, kura ietvaros nemedicīniskās problēmas tiek definētas un ārstētas kā medicīniskās no slimības un traucējumu perspektīvas” (Conrad, 1992, p. 209). Citiem vārdiem sakot, jebkuras cilvēku problēmas tiek dalītas pēc principa – slimība (vai traucējums) un norma. Par to, kādam tipam pieder konkrētā problēma pēc medikalizācijas teorijas, jāspriež medicīniskajam personālam. Kas būtībā izslēdz varbūtību, ka pacientam ir jebkāda vara ietekmēt lēmumu par problēmas identificēšanu.

Turpinot savu domu, P. Konrads medikalizāciju redz kā „cilvēka uzvedības definēšana par medicīnisku problēmu vai slimību, pilnvarojot vai atļaujot medicīnas profesijai nodrošināt

tās ārstēšanas veidu” (Conrad, 1992, p. 210). Vēl vienu definīciju sniedza profesors I. Zola – medikalizācija ir „process, kura rezultātā arvien vairāk un vairāk ikdienas dzīve nonāk medicīnas varā, ietekmē un uzraudzībā”. (Zola, 1972). Medikalizācija, pēc I. Zola, tiek raksturota kā sociālās kontroles forma, kura ir uzsākta un iemūžināta biomedicīnā kā līdzeklis, lai iegūtu varu (Zola, 1972). Abas šīs definīcijas pieņem, ka problēmai ir jānokļūst medicīnas profesijas varā. Medikalizācija paredz izmantot medicīnas valodu, lai definētu problēmu, medicīnisko ietvaru, lai saprastu to problēmu un medicīnisko iejaukšanos, lai to izārstētu. Pēc Konrada medikalizācija izraisa medicīnas sociālo kontroli (Conrad, 1992). Lai gan šeit var veikt diskusiju – vai tiešām medikalizācija izraisa kontroli, vai otrādi – medicīnas sociālā kontrole izraisa medikalizāciju? Kādreiz, kad medicīnai bija pilnvaras spriest par to, ko attiecināt pie normām un ko pie patoloģijām, veidojās medikalizācija – ārstiem un citam pilnvarotam medicīnas personālam bija tiesības lemt, ka nemedicīniskās problēmas ir medicīniskās.

Dažos avotos medikalizācija ir process, kura rezultātā cilvēku pieredzes tiek definētas kā medicīniskās problēmas. Medikalizācijas jēdziens tika attiecināts uz vairākām cilvēka dzīves jomām, piemēram, vairākiem veselības stāvokļa veidiem, sociāliem statusiem. Arī cilvēku uzvedība tiek attiecināta uz veselības aprūpes sistēmu, lai to pēc tam varētu izārstēt. Tomēr, ja izārstēt nav iespējams, tad vērst vieglākai un efektīvākai slimības pārvaldīšanai (Becker & Nachtigall, 1992). Joprojām var redzēt, ka medikalizācijas termins ir saistīts ar sabiedrības dzīves uzraudzības paaugstināšanu no medicīnas puses. Attiecīgi var runāt par to, ka medikalizācija un varas attiecības ir divas, cieši savstarpēji saistītas perspektīvas. Tāpēc šajā darbā turpmāk tiks apskatītas abas šīs teorijas. Tomēr norādīšu, ka daži manā darbā aplūkoti autori nerunā par šīm teorijām tieši, bet gan pastarpināti. Viens no piemēriem ir M. Fuko darbi, kuros bieži figurē medicīnas tēma, tomēr konkrēti par medikalizāciju ir runāts maz.

Stimuls medikalizācijai var rasties, ja sociālais statuss neatbilst sabiedrības kultūras sistēmām. Kad statuss tiek uzskatīts par neskaidru, deviantu vai kādā citā veidā marginālu pret sociālām normām un gaidām – to leģitimitāte tiek apšaubīta un sociālie noteikumi to pārvaldīšanai ir patvaļīgi (Becker & Nachtigall, 1992). Runājot par veselības aprūpes sistēmu, gadījumā, kad cilvēka sociālais statuss nav skaidrs, tad tas var kļūt par pamatu, kā pārvaldīt atšķirības no normām. Respektīvi, ja cilvēks kaut kādā veidā atšķiras no pārējiem, tad no medikalizācijas perspektīvas medicīnai ir vara noteikt viņa sociālo statusu – norma vai patoloģija. Daži autori uzskata, ka tāda slimību kategoriju izplatīšana noveda pie ierobežotāka uzskata par to, kas ir normas, un radījusi slimu un deviantu cilvēku vairākumu (Becker & Nachtigall, 1992). Tas sasaucas arī ar I. Illiča medikalizācijas kritiku, par kuru tiks runāts

nākamajā apakšnodaļā. I. Illičš raksta, ka cilvēku dzīves procesu medikalizācija noved pie situācijas, kad visa sabiedrība kļūst par mūžīgiem medicīnas pacientiem (Illich, 1976).

Savā darbā „Deviance un medikalizācija: no sliktuma līdz slimībai” P. Konrads kopā ar profesoru Džozefu Šneideru (*Joseph W. Schneider*) sasaista medikalizācijas attīstību ar medicīnas profesijas attīstību (Conrad & Schneider, 1992). Par piemēru autori izvēlējās ASV, kur, viņuprāt, ir visvairāk attīstījusies medikalizācija. Autori to sasaista ar faktu, ka amerikāņi bieži vien cenšas saistīt jebkuru veselības atšķirību kā novirzi no normas (Conrad & Schneider, 1992). Mūsdienās daudzas sabiedrības pārņem šo modeli- spriest par atšķirībām kā novirzi no pieņemamām normām jeb devianci.

Lai gan tiek uzskatīts, ka deviance ir novirze no ierastiem vai pieņemamiem standartiem, tomēr ir arī cita definīcija. Amerikāņu sociologs Ēriks Gūdijs (*Erich Goode*) uzskata, ka deviantu uzvedību nav tik viegli definēt. „Tā mainās no sabiedrības uz sabiedrību, no vienas sabiedrības daļas līdz otrai, no grupas uz grupu un no viena laika perioda līdz otram” (Goode & Nachman, 2009, p. 110) Deviantā uzvedība ir skaidrojama nevis caur indivīdu īpašībām, bet gan no sabiedrības uztveres (Goode & Nachman, 2009). Respektīvi, uzvedība tiek definēta kā devianta, ja lielākā daļa sabiedrības to uzskata par tādu. No šīs definīcijas var spriest, ka noteiktas cilvēku uzvedības formas ne obligāti pēc būtības ir deviantas, tās ir deviantas tikai tāpēc, ka lielākā daļa citu cilvēku to uzskata par nepieņemamu. No šāda viedokļa tiek ignorēta tā mazākā daļa sabiedrības, kura to neuzskata par deviantu. Jāatceras, ka nav vienotu normu visā pasaulē, piemēram, vienā sabiedrībā ir ar likumu aizliegta daudzsievitība un pat ir nosodāma, savukārt citā sabiedrībā tā nav aizliegta un ir praktizējama no seniem laikiem. Tas attiecas arī uz medicīnas jomu. Dažās sabiedrībās aborti, ķeizargriezieni nav pieļaujami (izņemot dažus gadījumus, kad, piemēram, tas ir nepieciešams, lai saglabātu sievietes dzīvību) savukārt Latvijā tas arvien vairāk kļūst izplatīts. Par to liecina Slimības profilakses un kontroles centra pēdējie dati, ka 2013. gadā ķeizargriezienu operāciju skaits joprojām ir ļoti augstā līmenī (21%, no tām 10% plānotas), pretstatā Pasaules Veselības organizācijas ieteicamajiem 15%. Runājot par Latvijas sabiedrību, pastāv noteiktas vadlīnijas, kā rīkoties medicīnas personālam noteiktajās situācijās. Piemēram, jautājumā par vēlamā dzemdību veida noteikšanu, ja tiek konstatēta patoloģija, tad ir ieteicama ķeizargriezienu operācija. Kaut gan ne vienmēr patoloģija ir bīstama un pieprasa mehānisko iejaukšanos. Attiecīgi medicīnas personālam pieder vara spriest par to, kā rīkoties gadījumā, kad tiek konstatēta patoloģija. Tādā veidā var runāt par topošo māmiņu devianto uzvedību no medikalizācijas perspektīvas gadījumā, kad tās atsakās no pieņemamām normām veikt ķeizargriezienu augļa tūpļa guļas gadījumā. Būtisks iemesls, kas arī veicina komplicēto dzemdību medikalizāciju, ir fakts, ka sievietēm trūkst informācijas par iespējamiem dzemdību

veidiem. Par to liecina arī pētījums augļa tūpļa guļas gadījumā (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Autori norāda, ka sievietēm trūkst informācijas par tūpļa guļu, kā arī trūkst atbalsta un viņas jūt spiedienu no sabiedrības puses (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Tā kā autori ir vecmātes un dzemdniecības profesori, viņi norāda, ja sievietēm būtu iespēja konsultēties ar speciālistiem par iespējamām dzemdību veidiem, tad tas varētu mazināt ķeizargriezienu operāciju skaitu.

Kā uzskata amerikāņu psihiatrs Tomass Šašs (*Tomas Szasz*), „medikalizācija nav ne medicīna, ne zinātne, tā ir semantiski-sociālā stratēģija, kas dod labumu vieniem cilvēkiem, bet kaitē citiem” (Szasz, 2007, p. xxvi). Tas tieši attiecas uz iepriekš minēto gadījumu par augļa tūpļa guļu. Medikalizējot dzemdību procesu, ieguvēji ir medicīnas personāls, tikai reizēm pašas sievietes. Tā ir medicīnas personāla atbrīvošanās no atbildības. Veicot ķeizargriezienu pēc vadlīnijām, ārsts rīkojas atbilstoši normām, un ir mazāka iespējamība, ka viņu nosodīs. Savukārt neatbilstoša rīcība bieži vien tiek nosodīta sabiedrībā, jo medikalizācijas dēļ arī sabiedrība kļūst savādā formā neuzkrītoši motivēta, kā pareizi jārīkojas dotajā situācijā. Tas ir noskaidrojams, apskatoties portāla *www.delfi.lv* forumā „Cālis”, kur sievietes dalās ar savu pieredzi un uzdod jautājumus. Gadījumā ar tūpļa guļu sievietes pārsvarā uzskata, ka jāveic ķeizargrieziens, nevis jāriskē ar mātes un bērna dzīvību. Kaut gan pašas sievietes atzīst, ka viņām nav pieredzes ar tūpļa guļas gadījumu. Tādā veidā var runāt par to, ka sievietes, kurām nav pieredzes ar augļa tūpļa guļas gadījumu, mēdz nosodīt tās sievietes, kuras nerīkojas atbilstoši noteiktām normām – attiecīgi vadlīnijām, kas paredz ķeizargriezienu operāciju tūpļa guļas gadījumā.

Par to arī raksta profesore Merija Nolana (*Mary L. Nolan*), kura uzsver, ka visdrīzāk, ja sieviete mēģinās pretoties medicīnas speciālistu ieteikumiem, tad viņa saskarsies ar kritiku no sabiedrības puses (Nolan, 2011, kā citēts Jonsdottir, 2012). Profesore iesaka, ka sievietēm ir jāpanāk kontakts ar medicīnas speciālistu, lai pieņemtu pareizo lēmumu (Nolan, 2011, kā citēts Jonsdottir, 2012), kas paredz, ka abas puses apspriedīs dažādus scenārijus, kā var notikt dzemdību process. Tomēr Islandes pētniece Odnija Jonsdotīra (*Oddny Vala Jonsdottir*) uzskata, ka tādā veidā medicīnas speciālisti zaudē kontroli pār sievietes ķermeni, jo šajā gadījumā sievietei pieder kontroles iespējas, jo viņa var rīkoties pilnīgi pretēji speciālista ieteikumiem. Tomēr dažreiz var gadīties arī tā, ka medicīnas speciālists ignorē sievietes vēlmes un pārņem kontroli, lai rīkotos atbilstoši vadlīnijām un pieņemamajām normām sabiedrībā (Jonsdottir, 2012). Sabiedrība mēdz domāt, ka bērnu dzimstība ir bīstams process, kas paliek drošs tikai medicīnas speciālistu rokās (Nolan, 2011, kā citēts Jonsdottir, 2012).

Arī pats dzemdību process tūpļa guļas gadījumā pieprasa daudz lielāku piesardzību, uzmanību un profesionalitāti. Ieguvēji, protams, atkal ir ārsti, jo, izvairoties no dabiskām

dzemdībām, ir ietaupīts laiks. Savukārt zaudētājas un cietējas ir sievietes, jo viņas paļaujas uz medicīnas speciālistu viedokli, kas ne vienmēr ir pareizs. Respektīvi, dažas sievietes, kurām veica ķeizargrieziena operāciju, bez kuras varēja iztikt, cieš gan fiziski, gan morāli. Tāpat medikalizācijas procesā sievietes zaudē tiesības lemt pašas, kā rīkoties, jo paļaujas uz speciālistiem. Par to raksta vairāki feminisma teorētiķi. Piemēram, R. Devisa Floida norāda, ka sieviešu ķermenis tiek uzskatīts par nepilnīgu mašīnu jaunas paaudzes atražošanai (Davis-Floyd, 2001). Tādā veidā, kā norāda autore, šī metafora kļuva par filozofisko pamatu mūsdienu dzemdniecības jomā (Davis-Floyd, 2001).

Turklāt preču ražošanai kļūstot par centrālo organizējošo sociālās dzīves metaforu, tā kļuva arī par dominējošo metaforu dzimšanai. Slimnīca kļuva par rūpnīcu, mātes ķermenis par mašīnu un bērns kļuva par industriālās ražošanas procesa produktu. Savukārt dzemdniecība pieprasīja, lai tiktu izstrādātas manipulācijas vadlīnijas un tehnoloģijas nepareizai dzimšanai, tādā veidā padarot visus dzimšanas procesus par modeļiem pēc konveijera principa. (Davis-Floyd, 2001, p. S6).

Protams, ir jāatceras, ka katrs gadījums ir individuāls. Un arī augļa tūpļa guļai ir vairāki faktori, kas nosaka, vai sieviete spēs dzemdēt pati vai nē. Pastāv trīs tūpļa guļas veidi, daži no tiem pieprasa, lai būtu ķeizargrieziena operācija, jo sieviete fiziski nespēs dzemdēt. Tomēr šajā maģistra darbā ir aplūkota tieši medikalizācijas perspektīva, jo tā paredz, ka jebkuram dzemdību gadījumam ir jānonāk medicīnas uzmanības lokā. Visos gadījumos ar augļa tūpļa guļu ir jāveic ķeizargrieziena operācija, balstoties uz literatūru un vadlīnijām. Tāpēc var teikt, ka medikalizācijas izplatības dēļ zūd individuālā pieeja katram pacientam.

Medikalizācija izpaužas vismaz trīs izteiktos līmeņos: konceptuālajā; institucionālajā un interakcijas līmenī. Konceptuālajā līmenī tiek izmantota medicīniskā vārdnīca (vārdu, jēdzienu krājums), lai sakārtotu vai definētu konkrēto problēmu; šajā procesā nav nepieciešami daudzi profesionāļi un ārstēšana netiek veikta. Institucionālā līmenī organizācijas var izmantot ārstēšanu, lai risinātu problēmu, kurā dotā organizācija specializējas. Ārsti var funkcionēt kā aģenti, kas kontrolē noteiktus labumus, kuri ir leģitīmi tikai organizācijās, kas izmanto ārstēšanas pieeju, bet tajā pašā laikā, kur ikdienas darbu paveic ne-medicīnas personāls. Interakcijas līmenī ārsti ir tieši iesaistīti. Šajā gadījumā medikalizācija izpaužas kā daļa no pacienta-ārsta interakcijas, kad ārsts pastāvošo problēmu definē kā medicīnisku (sniedz medicīnisku diagnozi) vai “sociālo” problēmu “ārstē” medicīniskas pieejas formā (piemēram, izrakstot trankvilizatora zāles nelaimīgai ģimenes dzīves ārstēšanai). Kļūst skaidrs, ka medikalizācija ir plašs definēšanas process, kas var un nevar tieši iekļaut ārstus un to veikto ārstēšanu (kaut arī visbiežāk ārstēšana tiek iekļauta). Subkultūras, grupas un indivīdi atšķiras savā gatavības pakāpē, kas attiecas uz medikalizēto definīciju pielietošanu, pieņemšanu vai noraidīšanu (Conrad, 1992, p. 211).

Tas nozīmē, ka medikalizācija var rasties ne tikai mijiedarbībā starp medicīnas speciālistiem un pacientiem, bet tā ir jāsaprot daudz plašākā nozīmē. Attiecīgi var runāt par to, ka augļa tūpļa guļa ir medikalizēta vairākos līmeņos: gan konceptuālajā, jo lielākā daļa medicīniskās un nemedicīniskās literatūras norāda uz ķeizargrieziena nepieciešamību, gan institucionālajā, jo augļa tūpļa guļas gadījumā sieviete tiek obligāti nogādāta dzemdību namā,

gan arī interakcijas līmenī, kad tūpļa guļas gadījumu definē kā patoloģisku un pieprasa medicīnisko iejaukšanos.

Pēc Konrada medikalizācija tāpat rodas deviantā uzvedībā un dabīgos dzīves procesos. Pie medikalizētās deviances attiecināmas dusmas, alkoholisms, homoseksuālisms, hiperaktivitāti u. tml. Savukārt pie dabīgiem dzīves procesiem, kuri tiek medikalizēti, attiecas seksualitāte, bērnu dzimšana, bērnu attīstība, novecošana u. tml. (Conrad, 1992). Tomēr jāpievieno šim apgalvojumam iepriekš minētais – bērnu dzimšanas process mēdz būt ne tikai dabīgais dzīves process, bet patlaban arī deviantā uzvedība. Kā jau iepriekš minēju, pēc deviances definīcijas var spriest, ka sieviešu uzvedība, kuras izvairās no paredzētā ķeizargrieziena, mēdz būt uzskatīta sabiedrībā par devianto.

Tomēr medikalizācijas process ne vienmēr ir saistīts ar medicīnas profesiju. Arī pacienti mēdz būt aktīvi iesaistīti medikalizācijā. Pierādījums ir pētījumos par bērnu dzimšanu, homoseksualitāti u. tml. Tāpēc var apgalvot, ka medikalizācija ir saistīta ne tikai ar medicīnas imperiālismu, kurā medicīnas profesijas ieņem dažādas lomas un pozīcijas procesā (Conrad, 1992).

Viens no tādiem piemēriem Latvijā, kur pacienti uzņemas aktīvo lomu medikalizācijas procesā, ir iepriekš minētais forums „Cālis”, kur pašas sievietes, balstoties uz medicīnas speciālistu vārdiem, iesaka topošajām māmiņām veikt ķeizargriezienu gadījumā ar augļa tūpļa guļu. Tā kā šīs sievietes nav saskārušās ar tādu gadījumu, var spriest, ka viņas paļaujas uz speciālistu viedokli. Šajā gadījumā tas attiecas uz varas sadalījumu – ārstiem un citiem speciālistiem pieder iespēja spriest par patoloģijām un normām, tāpēc arī sabiedrība uzskata viņu viedokli par pareizo. Uzskatot, ka tūpļa guļas gadījumā ir nepieciešama tikai ķeizargrieziena operācija, šīs sievietes veicina dzimstības procesa medikalizāciju.

Medikalizācija dalās trīs pakāpēs. Ir procesi, kuri ir pilnīgi medikalizēti, tādi kā nāve un dzimšana, daļēji medikalizēti - atkarība no narkotikām un menopauze, un minimāli medikalizēti, piemēram, seksuālā atkarība un dzīvesbiedra zākāšana (Conrad, 1992). Par šo apgalvojumu var strīdēties, lai gan ik gadu vairāki cilvēka dzīves procesi tiek medikalizēti, tomēr neviens neliedz cīnīties par savām tiesībām. Ja tas tiek attiecināts uz dzimstības procesu, tad neviens nevar piespiest sievieti veikt ķeizargriezienu, ja viņa to negrib. Protams, ja nav ārkārtas situācijas, kad fiziski nav iespējams dzemdēt pašai. Manuprāt, galvenais medikalizācijas veicināšanas process ir sabiedrības bailes. Piemēram, sievietei, kurai tika konstatēta augļa tūpļa guļa, ir bail no nezināmā, no tā, ka šī situācija nav ierasta. Attiecīgi vienīgais veids, kā sievietei nomierināties, ir paļaušanās uz zinošu speciālistu. Un tā kā speciālisti iesaka ķeizargriezienu, loģiski, ka sievietei būs bail lemt pašai par dabīgām dzemdībām. No šī viedokļa, protams, var piekrist Konradam, ka dzimstība ir viens no vairāk

medikalizētiem procesiem. Tomēr ir arī sievietes, kuras uzskata, ka viņām ir tiesības pieņemt lēmumu pašām, neatkarīgi no ārstu ieteikumiem. Ja nav nopietnu šķēršļu dzemdēt dabīgi, viņas izvēlas dzemdēt pašas. Nevienam speciālistam nav tiesību piespiest sievieti pret viņas gribu. Ārstam šajā gadījumā ir tikai konsultanta loma, kurš var tikai virzīt sievietes viedokli, nevis vadīt to.

Konrads, atsaucoties uz socioloģijas profesores Katrīnas Rīsmānes vārdiem (*Catherine Kohler Riessman*), norāda, ka dažādu iemeslu dēļ sieviešu dabīgie dzīves procesi mēdz būt vairāk medikalizēti, nekā vīriešu. It īpaši tie, kuri ir saistīti ar reproduktīvo uzvedību. Medikalizācija ir divpusējs process, pretējais ir demedikalizācija. Attiecīgi demedikalizācija ir process, kad problēma vairs nav definēta kā medicīniskā (Riessman in Conrad, 1992). Spilgts demedikalizācijas procesa piemērs ir homoseksuālisms un masturbācija. Vēl 18. gadsimta beigās tie tika uzskatīti par medicīniskiem traucējumiem un pat slimībām. Jau 20. gadsimtā masturbācija un homoseksuālisms zaudēja slimības statusus un vēlmi tos mēģināt ārstēt. Daži analītiķi uzskata, ka, izmantojot medicīnas praksē palīgus (piemēram, asistentus vai vecmātes) ārsta vietā, veicina demedikalizāciju (Fox, 1997). Tomēr Konrads uzskata, ka autore jauc jēdzienus *demedikalizācija un deprofesionālisms*. Es nevaru piekrist ne pirmajam, ne otrajam apgalvojumam. Pirmajā gadījumā ārsta palīgi arī tiek uzskatīti par medicīnas personālu, tikai zemākajā rangā. Kas attiecas uz vecmātēm, tad viņas ir īpaši speciālisti, nevis ārsta palīgi, - un mūsdienās pieņem dzemdības bez ārstiem, ja nav ārkārtas situācijas. Tāpēc nevar teikt, ka šis process kļūst par demedikalizāciju, jo arī vecmātes var būt konsultanti, kurām uzticas sievietes, un arī no vecmātēm ir daudzos gadījumos atkarīgs, kāds būs galīgais lēmums par dzemdībām. Savukārt Konrada uzskats par deprofesionālismu, manā skatījumā, arī nav gluži pareizs. Deprofesionālisms ir prasmju zaudējums (Толковый словарь Кузнецова, 2015). Ārsti dzemdību gadījumā pieņem dalību tikai tad, ja ir daudz sarežģītāki gadījumi, kurus vecmātes nevar atrisināt kvalifikācijas trūkuma dēļ. Tiek sadalīti pienākumi starp vecmātēm un ārstiem, bet tas nenozīmē, ka ārsti zaudē savas prasmes pieņemt dzemdības, ja nepiedalās dzemdībās bez sarežģījumiem.

Turpinājumā Konrads raksta, ka ASV tieši bērnu dzimšana tiek medikalizēta jau vairāk nekā gadsimtu. Pēdējos 15 gadus bērnu dzimšanas, feministu un patērētāju kustības apstrīdēja medicīnas monopoli pār dzemdībām. Tas veicināja dažādas reformas, piemēram, mājdzemdības, vecmātes līdzdalība dzemdībās u.c., tomēr bērnu dzimšana netika demedikalizēta. Bērnu dzimšana joprojām tiek uzskatīta par medicīnisku pasākumu, un medicīnas personāls joprojām piedalās tajā (Conrad, 1992). Šeit ir grūti saprast, kāpēc autors uzsver, ka dzimšanas process joprojām tiek pieskaitīts pie medicīniskā pasākuma. Manā skatījumā, neskatoties uz to, ka dzimstībai nav jābūt medikalizētai, tomēr nevar teikt, ka tas

nav vai kādreiz nebūs medicīnisks process. Lai gan grūtniecību nevar uzskatīt par slimību (no medikalizācijas perspektīvas), tomēr tai jebkurā gadījumā ir nepieciešama kvalificētā speciālista uzraudzība. Pat mūsdienās sabiedrībā izplatītās mājdzemdības prasa vismaz vecmātes klātbūtni. Un šī klātbūtne ir nepieciešama nevis tādēļ, lai paturētu dzimšanas procesu medicīnas lokā, bet gan drošības dēļ. Nezinošs cilvēks var vienkārši kaitēt dzemdējošai sievietei un var nezināt, kā rīkoties dažādās situācijās. Atļaušos nedaudz korigēt Konrada vārdus, ka dzimšanas procesam joprojām jāpaliek medicīnas personāla uzraudzībā, tomēr ne obligāti medicīnas iestāžu vietās.

Daži autori uzskata, norāda Konrads, ka bērnu dzimšanas medikalizācija ir izplatīta tajās sabiedrībās, kuras dod priekšroku medicīniskai dzimšanai vai ja tai ir nepieciešama medicīniskā iejaukšanās (Conrad, 1992). Tas ir tikai loģiski, jo atbalsts medicīnai dod iemeslu tai iegūt varu pār sabiedrību. To var salīdzināt ar vēlēšanām – partijas, kurām sabiedrība dod priekšroku un atbalsta tās ar balsošanu, tiek pilnvarotas pārvaldīt šo sabiedrību. Tomēr jāņem vērā arī iepriekš minētais, ka dzimšanas process tomēr pieprasa vismaz nelielu medicīnas iejaukšanos. Tas ir domāts, nevis lai pārvaldītu sievietes, bet lai sniegtu tām palīdzību. Tāpēc šajā gadījumā sanāk apburtais loks.

1.2. Medikalizācijas pozitīvās un negatīvās sekas

Šajā apakšnodaļā tiks aplūkots pozitīvais un negatīvais medikalizācijas vērtējums. Šī apakšnodaļa maģistra darbam dos plašāku skatījumu par medikalizācijas lomu un ietekmi uz cilvēka dzīves procesiem. Tā kā lielākoties medikalizācijas jēdziens tiek lietots medicīnas jomas kritikas kontekstā, ir būtiski aplūkot arī medikalizācijas pozitīvās sekas. Pozitīvo seku izklāstu sniedza P. Konrads un D. Šneiders savā grāmatā par devianci un medikalizāciju. Pēc pozitīvo seku analīzes sekos medikalizācijas negatīvo seku analīze, ko sniedza Austrijas filozofs I. Illičs.

Pirmkārt, autori norāda, ka medikalizācija saistīta ar humāno pieeju, kā saprast un kontrolēt devianci. Piemēram, „alkoholisms vairs netiek uzskatīts par grēku vai morālo vājumu, tagad tā ir slimība” (Conrad & Schneider, 1992, p. 246). Daudzi apstākļi transformējas no grēka līdz noziegumam un pēc tam līdz slimībai. Austrālijas sociologs Braians Tērners (*Bryan Stanley Terner*) saista šo pāreju ar sabiedrības racionalizāciju (Turner, 1984, kā citēts Conrad, 1992). Otrkārt, tādēļ, ka deviantā uzvedība tiek uzskatīta par slimību, nevis grēku, tas mazina vai noņem vainu no cilvēka par viņa deviantām darbībām (Conrad & Schneider, 1992). Treškārt, medikalizācijai ir optimistiskā loma tajā ziņā, ka deviantās uzvedības definēšana kā slimība dod cerību, ka ar noteiktu ārstēšanos var tikt panākta izveseļošanās (Conrad & Schneider, 1992). Citiem vārdiem sakot, medikalizācijas pozitīvās

sekas varētu būt tās, kas dod cerību „slimam” cilvēkam un citiem apkārtesošajiem, ka viņš var izveseļoties. Tas nav iespējams, ja to joprojām uzskatītu par grēcinieku vai morāli vāju cilvēku. Tomēr bērnu dzimšanas gadījumā, neskatoties uz to, ka jau tika noskaidrots, ka šis process ir medikalizēts, sievietes, kuras atsakās pildīt mediķu rekomendācijas, bieži vien tiek nosodītas un tieši uzskatītas par grēciniecēm. Tas ir pretstatā ar to, ko saka P. Konrads un D. Šneiders, ka reiz process vai uzvedība ir medikalizēta, tad to vairs neuzskata par deviantu. Šeit var runāt par to, ja process vai uzvedība tiek saukta par slimību un cilvēks neseko līdzi mediķu rekomendācijām, tad process vai viņa uzvedība atkal tiek uzskatīta par deviantu.

Ceturtkārt, medikalizācija sniedz medicīnas profesijai prestižu spriest par deviances pakāpi un ārstēšanas veidu (Conrad & Schneider, 1992). Tomēr šeit var rasties pārpratumi, ņemot vērā manis iepriekš aprakstīto medikalizācijas jēdzienu. Drīzāk var teikt, ka medikalizācija dod nevis prestižu, bet varu medicīnas speciālistiem, kas arī varētu būt savā ziņā labi. Un visbeidzot, medikalizācija ir daudz elastīgāka un maigāka vara, nekā tiesas un juridiskie kontroles mehānismi. Tas nozīmē, ja ar likumu deviantam cilvēkam ir jāsež cietumā ilgstoši, tad medicīnas kontrole paredz viņa ārstēšanos, kas nemoka pašu cilvēku un ir daudz efektīvāks un ātrāks veids. (Conrad & Schneider, 1992). Lai gan šeit var arī piekrist, tomēr ir vairāki gadījumi, kad, neskatoties uz humāniem mērķiem, ceļš līdz izārstēšanai ir ļoti sāpīgs un ilgs. Par to arī runāja I. Zola par medicīnas kontroles mehānismiem (Zola, 1972). Piemēram, narkomānu ārstēšana – kad cilvēku tur slimnīcā (kas pēc savas iekšējās kārtības dažreiz nav nemaz maigāka par cietumu) un ārstē viņu ar dažādiem medikamentiem, kas sākumā var būt ļoti mokoši.

Savukārt, ja runā par medikalizācijas kritiku, tad I. Illičš ir viens no kritiskākajiem sociāliem teorētiķiem, kurš rakstīja par medikalizācijas „tumšo” pusi. Lai gan I. Illiča darbs ir visai kritisks, tomēr tas vēl labāk palīdzēs saprast, kāda ir loma medikalizācijas diskursam, kad jāpieņem lēmums par dzemdību veidu. Illičš apskatīja medikalizāciju no sociālkultūras perspektīvas, izdalot trīs medicīnas jatrogenēzes (no sengrieķu iatros – ārsts, gennao - veicināšana) tēzes. Jatrogenēze, pēc padomju Lielās medicīnas enciklopēdijas, ir termins, kas raksturo ārsta negatīvo ietekmi uz pacientu, kura dēļ pacientam rodas sarežģījumi jau esošā slimībā vai rodas jaunas slimības. Citiem vārdiem sakot, pacienta veselības pasliktināšanās ārsta nepiesardzīgās rīcības vai vārda dēļ. Šo terminu pirmais sāka lietot vācu psihiatrs Oswalds Bumke (Oswald Bumke).

Pirmā Illiča tēze ir „klīniskā jatrogenēze”, kas paredz, ka „mūsdienīgā medicīna nevis atbrīvo cilvēkus no ļaunuma, bet palielina to” (Михель, 2011, стр. 258). „Tā rodas no ārstu kļūdām, nelaiemes gadījumiem un pārvēršas par neārstējamo medicīniskās prakses perversiju” (Illich, 1976, p. 14). Citiem vārdiem sakot, medicīnas prakse tiek novirzīta no tās sākotnējās

idejas palīdzēt cilvēkiem, un tiek izkropļota vai korumpēta. Medicīnas iestādes tikai 19. gs. beigās sāka transformēties par vietām, kas sniedza palīdzību un ārstēja slimības. Pirms tam „medicīnas iestādes tika uzskatītas par bīstamām vietām” (Calnan, 2012, p. 24) Līdz ar to, ka medicīnas iestādes kļuva par vietām, kas sniedz palīdzību, arī sabiedrības attieksme pret tām ir mainījusies. Tas sasaucās ar M. Fuko ideju par arhitektūras ietekmi uz cilvēka uztveri – agrāk pilis un baznīcas simbolizēja varu (Фуко, 2002). Medicīnas iestāžu gadījumā ir līdzīgi – ja 20. gs. sākumā tās ir transformējušās par palīdzības un ārstēšanas sniegšanas vietām, tad ar laiku tās ieguva arī varu pār tiem, kuriem viņi sniedz šo palīdzību. Šo ideju attīsta arī antropoloģe R. Devisa Floida, kura savā darbā „Tehnokrātiskā, humānistiskā un holistiskā bērnu dzimšanas paradigma” raksta par medicīnas kā tehnokrātiskā modeļa attīstību. Antropoloģe raksta, ka daudzas medicīniskās iestādes ir paredzētas, lai atbalstītu un īstenotu tehnokrātiskos principus un ka tās bieži vien ir ļoti stingri reglamentētas (Davis-Floyd, 2001). Tas apliecina to, ka tehnokrātijas attīstība medicīnā veicina arī medikalizācijas attīstību. Citiem vārdiem sakot, jo vairāk sabiedrība atbalsta medicīnas tehnoloģiju attīstību un mehānisko iejaukšanos dabiskajos dzīves procesos, jo vairāk tas veicina medikalizācijas attīstību. Protams, no otras puses, nevar teikt, ka tas ir slikti, jo medicīnas attīstība arī veicina daudzu slimību mazināšanu vai pat izzušanu. Tomēr Devisa Floida norāda, ka „bērnu dzimšanas tehnokrātiskais diskurss tiecas kontrolēt sabiedrības vērtības, uzskatus un uzvedību” (Davis-Floyd, 1994, kā citēts Jonsdottir, 2012, p. 24). „Kad klīniskā jatrogenēze sasniedz savas intensitātes kritisko punktu, tad vienīgais veids, kā to apstādināt, ir medicīnas iestāžu samazināšana” (Illich, 1976, p. 13).

Otrā tēze ir „sociālā jatrogenēze”, kas paredz, ka tiek medikalizēta cilvēku dzīve kopumā. Šajā tēzē Illičs runā par ārstu monopoliju ārstēšanā un tādā veidā viņi ieguva pilnīgu kontroli pār visiem cilvēkiem. I. Illičs norāda, ka „sociāla jatrogenēze būtībā ir negatīvs *placebo* efekts, tas ir drīzāk *nocebo* efekts” (Illich, 1976, p. 39). Medicīnas pakalpojumi ik gadu sāk maksāt arvien vairāk, nekā iepriekš. Šeit autors runā par budžeta medikalizāciju – kopā ar farmaceitu kampaņām ārsti izveidoja diagnostisko imperiālismu. Medicīna, spekulējot ar to, ka, pateicoties tai, tika „palielināts cilvēku mūža ilgums, pārvērš cilvēkus par mūžīgiem, neizārstējamiem pacientiem” (Михель, 2011, стр. 258). Amerikas sociologs Eliots Freidsons (*Eliot Freidson*) uzskata, ka medicīnas profesionālā dominance un monopolizācija kļuva par nozīmīgu veidu, kā sniegt medicīnai juridisdikciju, lai „uzlīmētu etiķetes” veselības un slimības jēdzieniem (Freidson, 1970, kā citēts Conrad, 1992). Tādi autori kā I. Zola norāda, ka medicīniskā sociālā kontrole, iespējams, aizvietos visas pārējās kontroles formas (Zola, 1972).

Trešā tēze ir „kultūras jatrogenēze”, kas, pēc profesora Dmitrija Miheļa (*Дмитрий Викторович Михель*) uzskatiem, noved pie kultūras iznīcināšanas (Михель, 2011). Illičs norāda, ka cilvēks spēj pieņemt sāpes, slimības un nāvi, jo tie ir neizbēgami. Kas nozīmē, ka cilvēks paliek cilvēks un saglabā savas kultūras vērtības. Savukārt medicīna ievieš jaunas tehnoloģijas, pateicoties kurām cilvēks var pārvarēt ciešanas un pat nāvi (piemēram, mākslīgā dzīves uzturēšana). Vārds „ciešanas”, pateicoties medicīnai, kļūst bezjēdzīgs, jo to var pārvarēt, palielinot tādā veidā medicīnas varu (Illich, 1976). Medicīnas industrija kļūst par rīku, kā pārvarēt sāpes, ciešanas un pat nāvi, mazinot cilvēka individualitāti un kultūras vērtības (Illich, 1976). Tas sasaucas ar iepriekš minēto Devisas Floidas ideju par medicīnas tehnokrātisko attīstību, kuras dēļ rodas medikalizācija.

Vēl viens Illiča postulāts par medikalizāciju ir tas, ka veselība kļūst par politikas objektu. Autors ierosina cilvēkus pašiem rūpēties par savu veselību un pretoties „profesionālai medicīniskai mafijai” (Illich, 1976).

Attiecinot medikalizāciju uz mūsdienām, vairāki autori turpina jau iepriekš minēto autoru idejas. Veselības jomas pētnieks un žurnālists Rejs Moinahēns (*Ray Moynahen*) norāda, ka internets un pacientu varas palielināšana veicina demedikalizāciju (Moynahen, 2002). To apliecina arī iepriekš minētie nākotnes pētījumi par to, ka tradicionālā medicīna var tikt aizvietota ar jaunām tehnoloģijām. Jau šodien cilvēki meklē informāciju par slimību un ārstēšanas veidiem internetā, nevis sākumā konsultējas ar ārstu.

Tomēr daudzi citi veidi saglabā un pat palielina medikalizācijas izplatīšanu. Autors norāda, ka pacienti un medicīnas speciālisti var būt gan morāli, gan finansiāli ieinteresēti, lai definētu pacientus par slimiem (Moynahen, 2002). Kā piemēru var minēt gadījumus, kad cilvēks izvairās no sēdēšanas cietumā par slepkavību, jo medicīnas speciālists raksturojis viņu kā slimu. Attiecīgi to, kurš nespēj atbildēt par savu rīcību – vājprātīgs. Šobrīd katram zāļu veidam ir piemērojama kāda slimība (Moynahen, 2002, p. 3). R. Moinahēns norāda, lai gan medicīnas speciālistus uzskata par vainīgiem medikalizācijas izplatībā, tomēr tie ir drīzāk lielākie medikalizācijas upuri. Medicīnas speciālistu varā ir mainīt šo situāciju un atgūt pacientiem viņu tiesības un varu pār saviem ķermeņiem (Moynahen, 2002).

1.3. Medikalizācija kā rīks varas attiecību veidošanai starp medicīnas speciālistiem un pacientiem

M. Fuko ir izstrādājis konceptuālu ideju par varas attiecībām, un tāpēc ir vērts izskatīt viņa darbu, kur autors vistuvāk skar tieši medicīnas varas attiecības. Šī apakšnodaļa tiks veltīta M. Fuko idejai par medikalizāciju kā varas attiecību veidošanas rīku. Manam darbam šī apakšnodaļa dos apkopojumu jau apskatītām medikalizācijas idejām un ieviesīs jauninājumu

– medikalizācijas apskate caur varas attiecību prizmu. Tā būs pāreja uz nākamo nodaļu, kur varas attiecības tiks skatītas jau padziļināti.

Medicīnas tēma ir bieži sastopama franču filozofa M. Fuko darbos. Viens no tiem ir 1973. gadā angļu valodā pārpublicētā grāmata „Klīnikas dzimšana” („*The birth of clinic*”). Pēc M. Fuko Revolūcijas laikos pastāvēja divi galvenie mīti par medicīnu, kuri savijās savā starpā. Pirmkārt, mīts par medicīnisko profesiju, kas ir organizēta pēc garīdznieku tipa – „vara pār ķermeņiem pieder ārstiem, tāpat kā vara pār cilvēku dvēselēm pieder garīdzniekiem” (Foucault, 2003, p. 36.-37; Фуко, 1998, 63). Otrkārt, mīts par sabiedrību, kurā nebūs nekādu slimību un kura pati varēs sevi izārstēt. M. Fuko norāda, ka šie mīti ir medicīniskās prakses melnā un baltā pusē. Pirmais mīts raksturo pozitīvu medikalizācijas izplatīšanu, ieviešot terapeitiskā garīdznieka varu. Savukārt otrais norāda uz medikalizācijas negatīvo pusi, salīdzinot to ar slimības sublimāciju. Pieminot arī to, ka otrajā gadījumā medicīna kļūst nevajadzīga un pilnībā pazudīs (Foucault, 2003).

Primārais medicīnas uzdevums, kā uzskata M. Fuko, ir politiskais. „Cīņai pret slimībām ir jāsākas kā karam pret sliktu valdību” (Foucault, 2003, p. 33; Фуко, 1998, p. 66). Cilvēks var tikt izārstēts tikai tad, ja viņš tiek liberalizēts, jo medicīnai ir jābūt vajadzīgai ne tikai vien ārstēšanai. Ārstiem jābūt spējīgiem dot padomu jebkuram cilvēkam, kā līdzsvarot viņa dvēseli un ķermeni (Foucault, 2003; Фуко, 1998). Kaut arī autors atzīst, ka tā ir utopija, tomēr norāda, ka medicīna, sadarbojoties ar valsti, veicina to attīstību. Medicīna vairs nav tikai sausa un garlaicīga slimību analīze, tā ievieš cilvēku dzīvē pozitīvu mācību – kā sabalansēt darbu un izklaides, kā ievērot diētas (Foucault, 2003; Фуко, 1998). Tomēr tas ir ļoti apstrīdams ieguvums, jo, balstoties uz I. Illiča „sociālo jatroģenēzi”, var secināt, ka medicīna iejaucas visās cilvēku dzīves jomās.

Medicīnai ir jāspecializējas ne tikai ārstēšanā, bet arī informācijas izplatīšanā, kā cilvēkiem kļūst garīgi un fiziski veseliem. Tas viss ir nepieciešams, lai varētu pārvaldīt cilvēka un sabiedrības, kurā viņš dzīvo, fiziskās un morālās attiecības. M. Fuko atsaucas uz franču autora Fransuā Lanfenasa (*François Xavier Lanthenas*) vārdiem: „Beidzot medicīna būs tā, kam tai ir jābūt: zināšanām par dabisko un sociālo cilvēku” (Lanthenas, 1792, kā citēts Foucault, 2003, p. 40; Фуко, 1998, p. 68) Tomēr tas, ka medicīna iejaucas cilvēku dzīves jomā, var arī kaitēt, jo, piemēram, vairāki cilvēki var sākt to pašu diētu, kas ir ieteikta no moderna žurnāla, kur ir atsauce uz kādu ārstu-dietologu. Bet tas nenozīmē, ka diēta būs piemērota šiem cilvēkiem, tomēr tā dēļ, ka diētu iesaka speciālists, daudzi cilvēki mēdz uzticēties tai. Ar to pašu diētas piemēru var secināt, ja reiz tiek uzskatīts, ka liekais svars ir novirze no normas, tad tas uzreiz tiek medikalizēts. Tajā brīdī parādās varas attiecības – medicīnas speciālisti iesaka diētas, tiek veikti vairāki medicīniskie pētījumi, kas pierāda, ka

liekais svars kaitē cilvēkam un sabiedrība tiecas sekot līdzī ieteikumiem no medicīnas speciālistu puses, nosodot tos, kas ignorē tās rekomendācijas.

M. Fuko turpina savas pārdomas par medicīnas zināšanām un izpratni par veselību un normām. Kopš 18. gadsimta medicīna ir piedzīvojusi lielas pārmaiņas. Vēl 18. gadsimtā medicīna balstījās uz veselību, nevis normalitāti (*normality*). Tai nebija svarīga cilvēka organisma parastā funkcionēšana (Foucault, 2003; Фуко, 1998). Lai saprastu, kāpēc organisms saslima, medicīna vairāk orientējās uz cilvēka organisma spēka, vājuma un plūstamības kvalitātēm, kuras tika novājinātas slimības dēļ. Kad šīs kvalitātes tika novērtētas, tad jau tas kļuva par galveno medicīnas uzdevumu, lai tās atjaunotu. Šajā ziņā medicīna deva padomus cilvēkiem par veselīgas dzīves noteikumiem. Tādā veidā indivīds varēja kļūt pats sev ārsts (Foucault, 2003; Фуко, 1998).

Savukārt medicīna 19. gadsimtā gluži otrādāk – balstījās vairāk uz normalitāti, nekā veselību. Medicīna veidoja savas teorijas, koncepcijas un noteica, kā rīkoties, balstoties uz cilvēka organisma funkcionēšanas standartiem un savām zināšanām par cilvēka fizioloģiju. Tādā veidā indivīds un tā uzvedība tiek sadalīta pēc principa – normalitāte un patoloģija. Par to raksta arī P. Konrads, atsaucoties uz Fuko “Klīnikas dzimšanu”. Medicīniskās sociālās kontroles forma paredz, ka noteikti nosacījumi un uzvedības tiek uztvertas caur „medicīnas skatienu”. Attiecīgi ārstiem ir likumīga pilnvara pretendēt uz visām aktivitātēm, kas saistītas ar šiem nosacījumiem. Citiem vārdiem sakot, ārstiem ir pilnvara sniegt cilvēkiem sociālos statusus – slims vai vesels. Tipiskais piemērs ir bērnu dzimšana, kura, neskatoties uz vairākām inovācijām, joprojām ir medicīniskajā uzraudzībā (Conrad, 1992). Tomēr, neskatoties uz to, ka vairāki autori ir rakstījuši par medicīnisko sociālo kontroli, ļoti maz ir veltīta uzmanība salīdzinājumam starp medicīnisko un cita veida sociālo kontroli. Konrads citē Pastoru – „Reiz mobilizēta, medicīna kļūst par daudz aktīvāku, uzticīgu sociālās kontroles formu, nekā likums” (Pastor, 1978, kā citēts Conrad, 1992).

Pastāv saplūšana starp *politiskās ideoloģijas* prasībām un *medicīnisko tehnoloģiju* (Foucault, 2003). Ārsti un valstsvīri dažādā veidā, bet būtībā identisku iemeslu dēļ prasīja jebkura objekta, kas varētu traucēt viņu mērķu sasniegšanai, iznīcināšanu. Sākot no slimnīcām, kuras pārkāpa likumus; ārstu korporācijām, kuri traucēja centralizētās medicīnas zināšanas izplatīšanai, un beidzot ar fakultātēm, kuras atzīst „patiesību” tikai kā teorētisko struktūru. Turpinot šo domu, M. Fuko norāda– „pastāv vienīgā diktatūra pār cilvēkiem, kuras apspiestība nav pretīga tiem, kuri tai pakļaujas: tā ir ģēnija diktatūra” (Boissy, kā citēts Foucault, 2003, p. 45; Фуко, 1998, стр. 71). Citiem vārdiem sakot, paši cilvēki atbalsta to varu, kas ir balstīta uz specifiskām zināšanām. Sabiedrība uzticas medicīnas speciālistiem, jo tiem ir specifiskās zināšanas par cilvēka ķermeni, tāpēc vairākums piekrīt dalījumam uz

normalitāti (vesels) un patoloģiju (slims). Tomēr netiek ņemts vērā tas, ka speciālisti, izmantojot savu varu, ir tie, kuri veido šo dalījumu.

Zināšanas par slimību un palīdzība, kuru sniedz slimības gadījumā, sasniedz savu autonomiju. Līdz ar to ārsti kļūst par galīgā lēmuma pieņēmējiem palīdzības sniegšanā. Ārsts šajā gadījumā atrodas noteiktajā sociālajā pakāpē, kura ļauj viņam spriest par vajadzībām un sniegt nepieciešamo palīdzību. Šāda „palīdzības līdzekļu pārdale autorizē to izpildīšanas medikalizāciju” (Foucault, 2003, p. 48; Фуко, 1998, стр. 75). Tas nozīmē, ka ārstam pieder vara spriest par cilvēku likteni – kam sniegt palīdzību, kādā līmenī palīdzību sniegt un kādā veidā. To labi pierāda arī M. Fuko atsauce uz franču filozofu Pjēru Kabanisu (*Pierre Jean George Cabanis*), kurš uzskatīja, ka ārstam jābūt amatpersonai, kurai pilsēta var uzticēt cilvēku dzīvības. Ārsts tādā gadījumā uzņem uzrauga lomu pār sabiedrības morāli un veselību (Tenon, 1788, kā citēts Foucault, 2003, p. 49; Фуко, 1998, стр. 75).

2. VARAS ATTIECĪBU KONCEPTS UN TO SKAIDROJUMS

„Ar lielo varu jānāk arī lielai atbildībai” (Stan Lee)

Šajā nodaļā galvenokārt tiks aplūkota M. Fuko koncepcija par varas attiecībām. Medikalizācijas fenomens ir nedalāmi saistīts ar varas attiecībām, un tāpēc ir būtiski aplūkot maģistra darba ietvaros varas attiecību koncepciju un kā to skaidro socioloģijas zinātnieki. M. Fuko ir veltījis pastiprinātu uzmanību varas izpētei. Filozofs norāda, ka varas attiecības veidojas ne tikai starp valsts institūcijām un indivīdiem, tās ir jāskatās daudz plašāk. Nodaļa sāksies ar varas attiecību koncepta plašāku izklāstu un skaidrojumu kā arī tiks apskatītas varas attiecības medicīnas jomā.

Nodaļas turpinājumā tiks sniegts pārskats par medicīnas speciālistu un pacientu mijiedarbību no varas attiecību perspektīvas. Papildus tam tiks aplūkota kritika, ko sniedza medicīnas socioloģe Debora Laptona (*Deborah Lupton*). Socioloģe D. Laptona kritizē M. Fuko ideju sekotājus, kuri pārprata filozofa idejas un pasniedza pacientus kā „pasīvos ķermeņus pretstatā pieaugošam medicīnas panoptikas diskursam” (Lupton, 1997).

Nodaļas nobeigumā tiks apskatīta medikalizācijas diskursa loma varas attiecībās. Pēdējā apakšnodaļā tiks pievērsta padziļināta uzmanība tieši medikalizācijas lomai lēmuma pieņemšanā par dzemdību veidu. Šī apakšnodaļa kalpos par jau iepriekš aplūkoto ideju un perspektīvu apkopojumu, kas balstās uz ārzemju pētījumiem par līdzīgu tēmu. Pateicoties šim pārskatam, ar datiem tiks pierādīta medikalizācijas ietekme uz varas attiecībām starp sievieti un medicīnas speciālistiem. Apakšnodaļā tiks noskaidrots, kāda ir sieviešu un medicīnas speciālistu pieredze augļa tūpļa guļas dzemdību gadījumā. Tāpat tiks noskaidrots, kādi faktori ietekmē sieviešu lēmuma pieņemšanas procesu un kādi ir medicīnas speciālistu uzskati par augļa tūpļa guļas gadījumu. Citu pētījumu pārskats tāpat dos izpratni, kādi jautājumi tiek mazāk izpētīti un ar kuriem varēs papildināt manu pētījumu. Apakšnodaļā tāpat tiks runāts par dažādiem diskursiem, kuri pastāv par dzimstības procesu un kāda ir medikalizācijas diskursa loma.

M. Fuko darbi ir veltīti varas padziļinātai izpētei. Filozofs uzskata, ka, pirms sākt skaidrot, kas ir vara, ir jāsaprot, kas tā nav. Pēc M. Fuko, „vara nav institūtu un aparātu kopums, kuri garantētu iedzīvotāju pakļaušanos. Vara arī nav vispārīgā dominēšanas sistēma, ko realizē noteiktais cilvēks vai cilvēku grupa pār citiem” (Фукко, 1996, стр. 190-191). Vara ir visur, bet nevis tāpēc, ka tā kontrolē visu. Vara ir visur, jo tā rodas visur, izriet no dažādām attiecībām (Фукко, 1996). Filozofijas vārdnīcā „vara ir autoritārais spēks. Tā ir viena no sabiedrības sociālās organizācijas pamatfunkcijām. Tā ir spēja pārliecināt vai pakļaut

individus vienotai gribai” (Фролов, 1981, стр. 53). Savukārt M. Fuko neuzskata varu par noteiktu spēku, ko var piešķirt kādam konkrēti. „Vara ir vārds, ko dod sarežģītai stratēģiskai situācijai dotajā sabiedrībā” (Фуко, 1996, стр. 192).

Tā kā vara, pēc M. Fuko, pastāv visur, tad var arī redzēt, ka tā ir ne tikai saistīta ar valsts aparātu. Vara var būt starp sievieti un vīrieti, starp vecākiem un bērniem, starp medicīnas speciālistiem un pacientiem utt. (Foucault, 1977; Фуко, 2002). M. Fuko uzskata, ka sabiedrībā noteiktas vietas, piemēram, skolas un medicīnas iestādes, tiek uztvertas kā zināšanu izplatīšanas institūcijas. Tomēr realitātē šīs institūcijas ir domātas, lai saglabātu savu varu pār noteiktām sociālām šķirām (Foucault, 1980a; Фуко, 2002). Autors norāda, ka varas attiecības var pastāvēt ne tikai starp valsts aparātu un sabiedrību. Tomēr valsts vara un mikrovaras ir nedalāmi saistītas viena ar otru. Ne tikai valstij pieder varas pār tādām institūcijām kā skolas, medicīnas iestādes, cietumi utt. Arī otrādāk, piemēram, medicīnas institūcijas var ietekmēt valsts varu. Par to jau tika runāts maģistra darba pirmajā nodaļā gadījumā, kad no medicīnas speciālistu ziņojuma bija atkarīgs, vai kandidāti Amerikas prezidenta amatam ir atbilstoši. Respektīvi, vai viņi fiziski un garīgi ir veseli, lai vadītu visu valsti.

Arī mikrovaras ietvaros notiek abpusējās varas attiecības. M. Fuko norāda, ka ir noteiktas metodes un paņēmieni, kurus izmanto policija, lai realizētu varu pār sabiedrību. Šīs metodes ir acīmredzamas un visiem zināmas (Фуко, 2002). Tomēr ir arī noteiktas stratēģijas un metodes, kā vecāki veic savu varu pār bērniem, medicīnas speciālisti pār pacientiem utt. Tomēr varas attiecībās, tā kā tās ir abpusējas, arī bērniem ir vara pār vecākiem un pacientiem -pār medicīnas speciālistiem (Фуко, 2002).

Tomēr nevar pastāvēt absolūtās varas, kurai nebūtu nekādas pretestības. Varas attiecības, uzskata M. Fuko, ir tāpēc interesanti pētīt, ka tās ir mūžīga cīņa. Un jo vairāk ir pretestības, jo vairāk pastāvošā vara mēģina saglabāt savu dominēšanu pār protestējošiem (Фуко, 2002). Šī varas saglabāšana izpaužas dažādos veidos. Ja sākumā tiek mēģināts pārliecināt tos, pār kuriem ir vara, tad ar pretestības parādīšanos notiek pakļaušana. Vara ne obligāti sākotnēji paredz kaut ko negatīvu, tomēr, ja cilvēki sāk pretoties pastāvošās varas modelim, tad tā var pārvērsties par agresīvo varas modeli. Kā spilgtu piemēru var minēt varas modeli cietumā. Ir noteiktas varas un kontroles izpausmes, kas parāda, kam pieder vara cietumā – uzraugiem ir ieroči, cietumnieki sēž kamerās. Ir laika grafiks, ko jāievēro cietumniekiem – kad var satikties ar apmeklētājiem, kad iet ēst vai iet pastaigā utt. Kaut arī tā ir vara, tomēr tā nav agresīva pret cietumniekiem, savukārt kāds no cietumniekiem var sākt pretoties pastāvošai varai. Ja tā notiek, tad pastāvošā vara, lai saglabātu savu dominanci, pielieto agresiju pret protestantu – viņu var ieslodzīt izolācijas kamerā vai pret viņu var

pielietot spēku. Šis piemērs ir attiecināms uz visiem gadījumiem – arī vecāki var pielietot spēku pret saviem bērniem vai sodīt tos ar ierobežojumiem. No M. Fuko idejas var secināt, ka jo vairāk ir pretestības, jo vairāk pastāvošā vara būs agresīva. Protams, nevar arī teikt, ka tādas varas izpausmes ir sliktas.

Vēl viens veids, kā vara realizē savu dominēšanu pār citiem, ir diskursi. Viens no veidiem, kā īstenojas un izplatās diskursi par varu, ir indivīdu zināšanas. Citiem vārdiem, kādai noteiktai grupai ir specifiskas zināšanas, piemēram, medicīnas speciālistiem. Izmantojot savas specifiskās zināšanas, medicīnas speciālisti izplata sabiedrībā diskursus par normām un patoloģijām. Tas palīdz medicīnas jomai saglabāt savu varu, kontrolējot un nosakot indivīdu veselības stāvokli. Savukārt, kā jau tika runāts iepriekš, ja indivīds pretojas šai klasifikācijai un neuzskata sevi par slimu, tas izraisa sabiedrībā pārsvarā negatīvu reakciju uz šo pretestību. Par piemēriem var kalpot gadījumi, kad hiperaktīvu bērnu uzskata par slimu (Conrad & Schneider, 1992), savukārt viņa vecāki atsakās viņu ārstēt, jo viņu par slimu neuzskata. Tas ir saistīts ar to, ka tā dēļ, ka daļai sabiedrības nav šīs specifiskās zināšanas, sabiedrība paļaujas uz medicīnas speciālistu zināšanām, kas ne vienmēr ir perfektas. Tomēr šī paļaušanās apstiprina medicīnas speciālistu diskursu patiesīgumu. Tādā veidā padarot medicīnas speciālistus par pilnvarotām personām pār cilvēku ķermeņiem. Protams, ir jāņem vērā tas, ka vairākos gadījumos indivīdu klasificēšana kā *slims* ir attaisnota, tomēr ir arī gadījumi, kad šī klasifikācija ir nevietā.

M. Fuko uzskata, ka „vara un zināšanas ir nedalāmas, viņas iekļauj viena otru. Kā nav varas attiecību bez noteikta zināšanu lauka, tā arī nav zināšanu, kuras neveido un iepriekš nenosaka varas attiecības” (Foucault, 1977, p. 27). Pretstatā visiem negatīviem varas raksturojumiem, M. Fuko norāda, ka, ja varai būtu tikai piespiešanas un pakļaušanas funkcija, tad tā būtu ļoti trausla (Foucault, 1980a; Фуко, 2002). Pēc M. Fuko vara ir tāpēc spēcīga, jo īsteno arī pozitīvu ietekmi uz cilvēkiem. Tā rodas nevis no piespiešanas, bet no pašu cilvēku vēlmes pakļauties. Būtiskas ir arī zināšanas, jo vara rada zināšanas un otrādi. Tikai varas dēļ pār ķermeni radās zināšanas par to (Foucault, 1980a; Фуко, 2002). Kad vara pār cilvēku ķermeni nonāca medicīnas speciālistu rokās, tad beidzot varēja izpētīt ķermeņa īpašības un uzbūvi. Ja nebūtu sākotnējās pieejas ķermenim, tad nebūtu arī medicīnas teorētiskās bāzes. Tas, protams, ir ļoti pozitīvs fakts, jo, pateicoties medicīnas speciālistu varai, ir attīstījusies medicīna kā tāda. Tomēr mūsdienās daudzi medicīnas speciālisti spekulē ar šo vēsturisko kontekstu par savām specifiskām zināšanām un uzskata, ka arī vara pieņemt lēmumu par cilvēku ķermeņa likteni ir viņiem. Respektīvi, pieņemt lēmumu, vai un kādiem cilvēkiem ir nepieciešama operācija, vai ir nepieciešamas zāles utt.

Varētu runāt par to, vai tiešām, kā apgalvo M. Fuko, vara izriet no pašu cilvēku vēlmes pakļauties. Vai tomēr varai ir noteikti mehānismi, kā piespiest cilvēkus vēlēties pakļauties. No vienas puses liekas, ka cilvēkiem ir izvēle – pakļauties vai nē, tomēr ar noteiktiem paņēmieniem vara piespiež vēlēties pakļauties. Sanāk, ka tā ir brīvprātīgā piespiešana, jo neviens cilvēks negribētu pakļauties, viņš gribētu vadīt. Tāpēc arī notiek revolūcijas un apvērsumi. Pēc M. Fuko, kad notiek pretošanās, vara atrod veidu, kā sevi pārveidot, atrast jaunus spēkus un pa jaunam manifestēt sevi (Foucault, 1980a). Tas apliecina manis teikto, ka cilvēki nevar paši vēlēties pakļauties, ja viņus kaut kādā veida nevirza uz to. Sanāk, ka vara ir plūstoša un vienmēr atrod veidu, kā pakļaut sev cilvēkus.

M. Fuko norāda, ka vara ir veiksmīga tad, kad tā spēj maskēt sevi un kad tā spēj maskēt savus manipulācijas mehānismus (Foucault, 1980b). Filozofs uzskata, ka ir jāņem vērā visu veidu vara, ne tikai valsts vara. Brīdī, kad cilvēki pievērš uzmanību tikai valsts varas problēmām – diskriminācija, nabadzība utt., viņi mēdz ignorēt tikpat būtiskas mikrovaras problēmas (Фuko, 2002). Pēc M. Fuko mikrovaras attiecības ir tikpat būtiskas, kā valsts problēmas. Piemēram, medicīnas speciālistu un pacientu varas attiecības ir tikpat nozīmīgas, kā valsts vara pār sabiedrību, tikai šaurākā nozīmē. Ignorējot medicīnas pieaugošo varu, sabiedrība pati ļauj medicīnas speciālistiem iegūt lielāku varu pār cilvēku ķermeņiem.

2.1. Medicīnas speciālistu un pacientu mijiedarbība no varas attiecību perspektīvas

Šajā apakšnodaļā tiks aplūkota medicīnas speciālistu un pacientu mijiedarbība. Galvenokārt tiks analizēta D. Laptomas sniegtā kritika. Pateicoties šai analīzei, maģistra darbs tiks papildināts ar ideju par to, ka pacienti nav tikai pasīvās būtnes, kā viņus atspoguļo iepriekš minētos pētījumos.

Ir grūti izsekot medicīnas, kā arī citu iestāžu varas attīstības vēsturei. Tomēr M. Fuko norāda, ka, atsaucoties uz vēsturisko kontekstu, var saredzēt dažādas tās izpausmes. XIX gadsimtā sākās filantropijas attīstība: cilvēki sāka iejaukties citu cilvēku dzīvēs, viņu veselībā, ēdināšanas paradumos utt. No šīs iejaukšanās uzradās dažādas veselības aprūpes profesijas, jaunas zināšanas par cilvēku veselību un ķermeni (Фuko, 2002). Medicīnas diskursu sāka nodot no vienas jomas citā. Citiem vārdiem sakot – medicīnas speciālisti sāka kontrolēt ne tikai cilvēku veselību, bet arī dzīvi kopumā. Intelektuāļi-universāļi – tie, kuri pārstāvēja kopīgo ideju, kļuva par intelektuāļiem-speciālistiem, kuri specializējās tikai noteiktajā jomā. Intelektuāļi-speciālisti pārņēma zināšanas un medicīnas diskursus viens no otra. Neskatoties uz to, ka viņi specializējās noteiktajā jomā, tomēr viņu uzskati ir būtiski visai sabiedrībai (Фuko, 2002). Runājot par medicīnas speciālistiem – viņu uzskati ir būtiski arī sabiedrībai, jo no tiem

lielā mērā ir atkarīga sabiedrības veselība un dzīvība. Dažos gadījumos medicīnas speciālistu uzskati ne vienmēr ir perfekti. Par piemēru var minēt gripas epidēmiju, kad daudzi medicīnas speciālisti iesaka potēties pret gripu, lai pasargātu sevi no saslimšanas. Tomēr daudzi pretojas un ignorē speciālistu ieteikumus, ņemot vērā to, ka gripa vienmēr mutē un nav pilnīgas garantijas, ka arī pēc potes cilvēks nenaslims. M. Fuko ideja, ka vara maskējas, lai cilvēki vēlētos pakļauties, var tikt attiecināta arī uz slimību epidēmijām. Respektīvi, medicīnas speciālisti izplata informāciju par bīstamiem un dažreiz pat nāvīgiem iznākumiem. Tas ir maigās varas mehānisms – kad sabiedrība tiek pabrīdināta un viņai ir izvēle – pakļauties vai nē. Tomēr jāņem vērā tas, ka dažreiz informācija par slimības sekām ir pārspīlēta un tāda veida manipulācijas mehānisms ir piespiešana, tikai maskēta. Savukārt socioloģe D. Luptona uzskata, ka arī pacientiem nav pasīvā loma lēmuma pieņemšanas procesā.

Daudzi M. Fuko ideju sekotāji, kā uzskata D. Luptona, ir pārpratuši filozofa ideju būtību. Autore norāda, ka ideju sekotāji fokusējas tikai uz noteiktiem M. Fuko darbiem, kuros tika atspoguļoti cilvēki kā slimi un cietēji. Tāpēc arī vairāku medikalizācijas kritiku darbos cilvēki ir atspoguļoti kā pasīvie ķermeņi, kuri pakļaujas medicīnas pieaugošai varai (Lupton, 1997). Vairāku autoru darbos, D. Luptona turpina, medicīnas vara tiek atspoguļota kā agresīva un pakļaujoša. Tomēr pats M. Fuko nekad nebija norādījis, ka tā ir (Lupton, 1997). D. Luptona, citējot profesoru Krisu Šillingu (*Chris Shilling*), norāda, ka cilvēki nav tikai pasīvās būtnes, kuras viegli ietekmējas no medicīnas diskursiem. Ir daudz cilvēku, kuri pretojas medicīnas varai un pēc būtības, zināšanu diskurss ir abpusējs (Lupton, 1997). Respektīvi, gan cilvēkus ietekmē zināšanas, gan arī cilvēki ietekmē izmaiņas zināšanās. Vairāki pētījumi pierāda, ka medicīnas speciālistiem ir dažreiz grūti kontrolēt situāciju un saglabāt savu varu pār cilvēkiem. Atsaucoties uz pētījumu par Skotijas mātēm, D. Luptona norāda, ka pacienti bieži vien nekontaktējas ar ārstiem, noklusē informāciju vai ignorē ārstu ieteikumus (Lupton, 1997). Vairāki sociologi nespēj atzīt, ka medicīnas speciālistu un pacientu attiecības ietekmē to individuālās īpatnības. Par piemēru D. Luptona norāda savu pētījumu, kur atklāja, ka tādi faktori kā vecums, dzimums, nodarbinātības statuss ietekmē šīs varas attiecības. Respektīvi, daļa respondentu ir norādījuši, ka dominēja pār ārstiem, bet daļa norādīja, ka bija priecīgi uzticēt savu veselību un dzīvību speciālistu rokās (Lupton, 1997). Autore norāda, ka nevar uzskatīt tos pacientus, kuri seko visiem ārstu ieteikumiem, ka viņi ir pakļauti un ir pasīvi. Tieši otrādi, tie var būt cilvēki, kuri rūpējas par savu veselību un tāpēc uzskata, ka ārsti ir jāklausa (Lupton, 1997). Protams, ir jāpiekrīt D. Luptonai, ka ne vienmēr pacienti ir tikai pasīvās būtnes, kuras akli seko medicīnas speciālistu vadlīnijām un tādā veidā vairo medicīnas varu. Tomēr nevar arī noliegt faktu, ka ir situācijas, kad cilvēki nav pietiekoši informēti par savu veselības stāvokli un iespējamām ārstēšanas alternatīvām. Kad cilvēki seko medicīnas

speciālistu ieteikumiem, viņi paši sev izslēdz iespēju izvēlēties ārstēšanas veidu, uzticot šo izvēles iespēju medicīnas speciālistiem.

Cits pacientu veids ir tas, kurš grib būt „labs pacients” vai „tas, kurš seko ārsta ieteikumiem”, tādā veidā domājot, ka gūs atbalstu no medicīnas speciālistu puses (Lupton, 1997). Bet jebkurā gadījumā autores mērķis bija parādīt, ka pacienti arī ir emocionālas, racionālas būtnes, kuriem ir personīgs un emocionālais investējums tajā, kā viņus uztver citi (Lupton, 1997). Citiem vārdiem sakot, pacienti bieži vien dara kaut ko, vadoties pēc saviem personīgiem uzskatiem, lai ne tikai uzlabotu savu veselību, bet arī gūtu atzinumu no citiem, ka viņi visu dara pareizi. Daži pacienti mēdz būt pat ļoti naidīgi pret ārstiem, izgāžot savas dusmas un bailes uz speciālistiem (Lupton, 1997). Lai gan var piekrist D. Luptonai, ka pacientiem nav pasīva loma un, ja viņi seko ārstu ieteikumiem, tad tas ir viņu apzinātais lēmums. Tomēr nevar noliegt faktu, ka daudzi cilvēki baidās no negatīvās reakcijas par viņu pretošanos medicīnas speciālistu ieteikumiem. Tas var kalpot par vienu no iemesliem, kāpēc cilvēki grib būt „labi pacienti”. Tomēr, ja ņemt vērā M. Fuko idejas, tad D. Luptonai ir arī savā ziņā taisnība. Jo pēc M. Fuko varas attiecības ir abpusējs process, kas nozīmē, ka pacienti ne tikai pakļaujas, bet arī pakļauj sev medicīnas speciālistus.

Medicīniskai sadarbībai un tehnoloģijām var būt arī letāli iznākumi. Viens no tādiem piemēriem par medicīniskās kontroli ir genocīda laikā vācu ārstu sadarbība ar nacistiem, kas iekļauj „ģenētiski defektīvo” izskaušanu (Lifton, 1986; Conrad, 1992). Tas iekļāva arī medicīnisko iejaukšanos koncentrācijas nometnē, kas tika formulēta kā medicīniskās operācijas (Lifton, 1986; Conrad, 1992). Protams, lielākā daļa medicīnas sociālo kontroles formu nav tik ļaunas un nāvējošas. Tomēr gadījums ar nacistu ārstiem ir tiešs piemērs ekstrēmās un iznīcinošās medicīniskās sociālās kontroles izmantošanā.

Runājot par medicīnas speciālistu un pacientu varas attiecībām, ir jāņem vērā arī tas, ko M. Fuko un I. Zola raksta par arhitektūru. I. Zola ir runājis par to, ka medicīnas iestādes kļuva par lielākiem varas un kontroles institūtiem, kuri pārspēja pat baznīcas (Zola, 1972). Savukārt M. Fuko norāda, ka medicīnas iestādes, tāpat kā baznīcas un pilis simbolizēja varu (Фукo, 2002). XVIII gadsimta beigās ārsti bija galvenie telpas speciālisti. Ārsti lēma, kā izvietot slimus un veselus, kā nodrošināt labu telpu ventilāciju, kā sadzīvot dažādiem cilvēkiem un kā cīnīties ar migrāciju (kad slimības izplatās globālajā mērogā) (Фукo, 2002). Mūsdienās ir radušās jau vairākas profesijas, kas aizvieto ārstus telpu plānošanā. Tomēr medicīnas iestādēs joprojām ir noteikta kontrole, ko jāievēro pacientiem un apmeklētājiem. Piemēram, dažos dzemdību namos ir aizliegts nest ziedus pacientēm. Visās medicīnas iestādēs pacientu apmeklējumam ir atvēlētas noteiktas stundas. Protams, nevar teikt, ka šī kontrole ir negatīva, jo tādā veidā saglabājas balanss un robežas starp atļauto un aizliegto. Jāņem vērā

tas, ka šāda kontroles un varas izpausme ne vienmēr manifestē savu varenumu, bet arī rūpējas par cilvēku veselību. Citiem vārdiem sakot, aizliegums atnest puķes tikko dzemdējušai sievietei ir domāts nevis, lai parādītu, ka vara pieder medicīnas speciālistiem, bet lai pasargātu piedzimušo bērnu no alerģijas attīstības un mikrobu ienešanas.

2.2. Medikalizācijas diskursa loma varas attiecībās dzemdību veida izvēles procesā

Šajā apakšnodaļā tiks apkopotas visas iepriekš apskatītās un analizētās idejas par medikalizācijas pieaugošo lomu veidojoties varas attiecībām starp medicīnas speciālistiem un sievieti pacientes lomā. Idejas tiks apkopotas, aplūkojot līdzīgus pētījumus par dzemdību veidu izvēli augļa tūpļa guļas gadījumā. Pateicoties šiem pētījumiem, tiks apskatīts mūsdienu teorijas raksturojums.

Sieviešu izpratne par augļa tūpļa guļu ir atkarīga galvenokārt no dzemdniecības speciālistiem – no viņu uzskatiem par to normalitāti un viņu pieredzi, tāpat no ģimenes locekļiem un draugiem. Informētība par tūpļa guļu iekļauj sevī izpratni par to, kas ir normalitāte, risks un kādas ir kulturālās ticības sabiedrībā (Founds, 2005). Pētījums par sievietes un medicīnas speciālistu pieredzi augļa tūpļa guļas dzemdībās pierāda, ka atkarībā no medicīnas speciālistu viedokļa veidojas sievietes interpretācija par savu stāvokli – vai tas ir bīstams vai nav. Sievietes ir norādījušas, pirms saskārās ar situāciju, kad viņu auglis atradās tūpļa guļā, viņas nezināja, kas tas ir (Founds, 2005). Tas liecina par to, ka vairākas sievietes nav informētas par iespējamiem sarežģījumiem dzemdību gadījumā, jo viņām grūtniecības laikā nav konstatētas nekādas problēmas. Protams, no vienas puses tas ir labi, jo sievietes mazāk uztraucas, ka varētu būt kādi sarežģījumi, un nepievērš tiem pastiprinātu uzmanību. Tomēr no otras puses tas veicina sabiedrības maldinošos priekšstatus par dzimstības procesu kopumā. Tādēļ, ka sievietes nepietiekoši daudz interesējas par procesu kopumā, nevis tikai savu gadījumu, tas ietekmē viņu uzskatus. Respektīvi, ja sievietei ir konstatēta augļa tūpļa guļa, tad citas sievietes ieteiks viņai ķeizargrieziena operāciju, jo tā ir rakstīts grāmatās vai ieteikts no medicīnas speciālistu puses. Tomēr tās sievietes nevarēs pilnvērtīgi atbildēt uz jautājumu, kas tas ir, kāpēc tas tā ir un kādas ir dzemdību veida iespējas. To apliecina arī Sandras Foundas respondētņu vārdi, kuras atzinās, ka no sabiedrības puses tika runāts tikai par negatīvām sekām, ja sieviete mēģinās dzemdēt pati augļa tūpļa guļas gadījumā (Founds, 2005). Pētniece atklāj, ka reakcijas uz ziņojumu par augļa tūpļa guļu izraisīja sievietēs bailes un šausmas (Founds, 2005). Bailes par sava bērna veselību un pat dzīvību daudzas no tām motivēja veikt ķeizargrieziena operāciju (Founds, 2005). Par to, ka sievietēm trūkst informācijas un tas izraisa nemitīgas bailes, kas ietekmē gala lēmumu, liecina arī iepriekš

minētais dzemdniecības speciālistu pētījums (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Dzemdniecības speciālisti un antropologi savā pētījumā par sieviešu pieredzi augļa tūpļa guļas dzemdībās izanalizēja sieviešu rīkošanās stratēģijas, pieņemot lēmumu par dzemdību veidu. Pirmkārt, noskaidroja autori, sievietes cerēja, ka auglis apgriezīsies pareizi. Lai to veicinātu, daudzas sievietes veica vingrinājumus jeb ar speciālistu palīdzību mākslīgi mēģināja apriest augli (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Sievietes ir meklējušas informāciju par iespējamiem dzemdību veidiem un to sarežģījumiem. Tomēr pašas respondentes ir atzinušas, ka viņas lielā mērā iespaidoja sabiedrības un medicīnas speciālistu viedoklis (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Tas savukārt apliecina teorijā apskatītās varas attiecības un medikalizācijas lomu dzemdību veida izvēlē. Lai gan sievietēm bija iespēja izvēlēties dzemdību veidu augļa tūpļa guļas gadījumā, tomēr nozīmīgu lomu spēlēja speciālistu viedoklis, kas arī ietekmēja gala lēmumu veikt ķeizargrieziena operāciju. Arī sabiedrības viedoklis, kas izskanējis no medicīnas speciālistu diskursa, ir ietekmējis sieviešu lēmumu.

Autori norāda, ka pastāv milzīgas atšķirības starp sieviešu un medicīnas speciālistu atbildēm par sniegtās informācijas esamību. Respektīvi, ārsti ir norādījuši, ka ir pietiekami informējuši savas pacientes un medicīnas personālu par dzemdību veidu iespējām. Savukārt sieviešu pieredze liecina, ka viņām trūka šīs informācijas un tas lika viņām justies vientuļi, pieņemot galīgo lēmumu (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Šajā pētījumā iezīmējas fakts, ka sievietēm vismaz bija iespēja pieņemt lēmumu, atšķirībā no daudziem citiem manis apskatītiem pētījumiem, kur sievietēm nebija izvēles. Nobeigumā autori secina, ka sievietēm ir jāatrisina ne tikai sava emocionālā ietekme uz lēmuma pieņemšanu, bet arī ar sabiedriskais spiediens un medicīnas diskurss (Guittier, Bonnet, Jarabo, Boulvain, Irion & Hudelson, 2011). Tomēr panākt medicīnas speciālistu varas ietekmes mazināšanu ir grūti, jo pastāv vairāki faktori. Lai gan šobrīd vairāki autori norāda, ka ķeizargrieziena operācija nav nepieciešama, tomēr katrs gadījums ar augļa tūpļa guļu ir ļoti individuāls. Ir jāizvērtē visus faktorus, kas var traucēt sievietei dzemdēt pašai, un tikai tad, ja tie nav bīstami – dzemdēt bez iejaukšanās. Sievietēm, kuras ir izglītotas par tūpļa guļas iespējām un riskiem, nav pietiekošas zināšanas, lai izvērtētu visus šos faktorus. Tāpēc nevar mazināt medicīnas speciālistu lomu lēmuma pieņemšanas procesā par dzemdību veidu. Kā jau minēju iepriekš, neskatoties uz to, ka medicīnas speciālistu vara pār dzimstības procesu pieaug, tas ne vienmēr norāda uz negatīvo ietekmi.

Vēl viens pētījums par sieviešu attieksmi un informētību par dzemdību veida iespējām Irānā apliecina, ka sievietēm ir diezgan zems informētības līmenis (Ghotbi, Sene, Azargashb, Shiva, Mohtadi... & Yasai, 2014). Pētnieki sniedza sievietēm apgalvojumus par

ķeizargrieziena operācijām un vaginālām dzemdībām. Sievietēm bija jāatbild, vai viņas uzskata, ka apgalvojumi ir patiesi vai nepatiesi. No sniegtām atbildēm pētnieki konstatēja, ka tikai 7% no sievietēm ir labas zināšanas par dzemdību veidu iespējām un riskiem. Kopumā pētnieki atklāja, ka 84% no aptaujātām sievietēm tika veikta ķeizargrieziena operācija. Visizplatītākais iemesls ķeizargrieziena operācijai bija mātes vai bērna veselības problēmas (Ghotbi, Sene, Azargashb, Shiva, Mohtadi... & Yasai, 2014). Tomēr procentuāli visizplatītākais iemesls privātajā slimnīcā bija mātes personīgā izvēle (42%), kā arī publiskajās un privātajās slimnīcās ietekmes faktors bija medicīnas speciālista ieteikums (6% un 16%)(Ghotbi, Sene, Azargashb, Shiva, Mohtadi... & Yasai, 2014). Par visizplatītāko iemeslu, kāpēc sievietes izvēlējās ķeizargrieziena operāciju, ir bailes no sāpēm, kā arī rūpes par bērna un mātes veselību. Pētījums apliecina, ka sievietes paļaujas uz medicīnas speciālistu viedokli un, neskatoties uz to, ka sievietēm ir tiesības pieņemt lēmumu, taču to ietekmē speciālisti. Iemesls, kāpēc tā notiek gadījumos, kad nav nekādu indikāciju veikt ķeizargrieziena operāciju, ir fakts, ka sievietes ir maz informētas par dzemdību procesu kā tādu, ir maz informētas par to, ka viņām ir tiesības lemt par dzemdību veidu. Šī pētījuma gadījumā jāievēro, ka tas bija veikts islāmā, kur sievietēm ir noteikta loma un tiesības sabiedrībā, kas ir iemesls, kāpēc sievietes paļāvās uz medicīnas speciālistu viedokli.

Būtiskais, par ko runā arī citi pētnieki, ir uzlabot mijiedarbību starp sievieti un medicīnas speciālistiem. Šobrīd, analizējot vairākus pētījumus, var secināt, ka daudziem medicīnas speciālistiem ir izdevīgi nesniegt pietiekoši plašu informācijas klāstu, lai saglabātu kontroli pār sievietes ķermeni. Tas, protams, nenozīmē, ka šī kontrole ir negatīva. Negatīva ietekme ir tāda, ka sieviete jūt, ka viņai nepieder vara pār savu ķermeni un ka viņa nevar kontrolēt dzimstības procesu. Teoriju pierāda psiholoģijas grāmatu autore Mišela Kroslija (*Michele L. Crossley*), kura bija izplānojusi savu „ideālo dzemdību plānu”, bet galu galā nokļuva medicīnas speciālistu varā (Crossley, 2007).

Autore norāda, ka brīvība un izvēles iespēja ir tikai pakāpes jautājums (Crossley, 2007, p. 557). Sievietes atrodas „izvietotās brīvības” pozīcijā, kas nozīmē, ka jebkurā gadījumā viņas brīvība ir ierobežota (Crossley, 2007). Gadījumā ar dzemdību procesu sievietēm ir vara pieņemt lēmumu par dzemdību veidu. Tomēr šo lēmumu ierobežo gan pašas sievietes – jo paļaujas uz medicīnas speciālistiem, gan medicīnas speciālisti, kuri dažreiz spekulē ar savām specifiskām zināšanām. Protams, nevar teikt, ka šī ierobežotība ir slikta, tomēr gadījumos, kad nebija nepieciešamības veikt ķeizargrieziena operāciju, sievietes nevar pierādīt, ka varēja iztikt bez iejaukšanās.

Arī Latvijā veiktais pētījums portālā www.mammamunteti.lv liecina, ka daudzām sievietēm trūkst informācijas par grūtniecības norisi un dzemdībām. Pētījuma dati liecina, ka

sievietes, gaidot bērnu, visvairāk informāciju meklē internetā (33%), bet pie medicīnas speciālista pēc padoma dodas tikai 22%. Tas ir līdzīgs rezultāts, kā tām sievietēm, kuras meklē mātes vai draudzeņu atbalstu un padomus (20%) (Mammām un tētiem, 2014).

Pētījums par sieviešu gaidām un pieredzi dzemdībās liecina, ka dažādi diskursi ir ietekmējuši viņu izvēli par dzemdību veidu. To sieviešu diskurss, kuras izvēlējās ķeizargrieziena operāciju, bija „medicīnas speciālistu ietekme” un bailes par „nepasargāto bērnu” (Malacrida & Boulton, 2014). Respondentes ir norādījušas, ka dūlu loma ir aizstāvēt sieviešu tiesības lemt. Tāpēc vairākas respondentes ir norādījušas, ka uzticēja dūlām „advokātu” lomu, lai medicīnas speciālisti uzklātos sieviešu viedokli (Malacrida & Boulton, 2014). Var secināt, ka sievietes mēģina panākt savas tiesības būt uzklāstām ar dūlu palīdzību. Kas, no vienas puses, arī ir medicīnas speciālisti, tomēr dūlu uzdevums ir ne tikai sniegt sievietēm emocionālo un psiholoģisko atbalstu, bet arī aizstāvētu sieviešu tiesības.

Savukārt, intervējot medicīnas speciālistus, Founda atklāja, ka visi intervētie medicīnas speciālisti augļa tūpļa guļu definē kā nenormalitāti (*abnormality*). Tomēr vairāki speciālisti atzinās, jo plašāka ir pieredze pieņemt tāda veida dzemdības, jo labāk un drošāk tas izdodas (Founds, 2005). Respektīvi, var runāt par to, ka arī speciālistu vidū pietrūkst pietiekošas informācijas un pieredze augļa tūpļa guļas gadījumā. Tas varētu ietekmēt speciālistu viedokli, ka ķeizargrieziena operācija šajā gadījumā ir drošākais veids, kā bērnam nākt pasaulē.

Daudzi autori uzskata, ka kopš tika publicētas TBT (*Term Breech Trial*) vadlīnijas, vairāki dzemdniecības speciālisti sāka pievērst uzmanību šīm vadlīnijām (Roosmalen & Meguid, 2014; Hehir, O'Connor, Kent, Fitzpatrick, Boylan....& Malone, 2012). Šīs uzmanības dēļ vairāki speciālisti- pēc dzemdniecības profesoru Jossa van Roosmalena (*Jos van Roosmalen*) un Tareka Megvīda (*Tarek Meguid*) uzskatiem- zaudēja savas iemaņas pieņemt augļa tūpļa guļas dzemdības un izplatījās ķeizargriezieni operāciju skaits. Pētījums, ko veica Kathrika Devaradžana (*Kathrika Devarajan*) un kolēģi, apliecina TBT ietekmi uz augļa tūpļa guļas dzemdību pieņemšanas veidu. Autori salīdzināja dzemdniecības speciālistu atbildes par viņu pieredzi pieņemt augļa tūpļa guļas dzemdības pirms un pēc TBT ieviešanas² (Devarajan, Seaward & Farine, 2010). Rezultāti liecina, ka pēc TBT vadlīniju ieviešanas medicīnas speciālisti lielākoties veica ķeizargriezieni operācijas tūpļa guļas gadījumā. Tas veicināja speciālistu iemaņu zušanu, kā pieņemt tūpļa guļas augli vagināli (Devarajan, Seaward & Farine, 2010). Pastāv vairāki pētījumi par tūpļa guļas gadījumā nevēlamu vaginālo dzemdību veidu (Kok, Grsvendeel, Opmeer, van der Post & Mol, 2008). Tomēr pretstatā tiem pastāv arī vairāki pētījumi, kas pierāda, ka arī vaginālais dzemdību veids var pastāvēt tūpļa

² Klīniskās vadlīnijas, kas paredz, ka augļa tūpļa guļas gadījumā ir nepieciešams veikt ķeizargrieziena operāciju

guļas gadījumā (van Iddekinge, 2007; Goffinet, Carayol, Foidart, Alexander, Uzan, Subtil & Breart, 2005).

J. Rusmalens un T. Megvīds norāda, ka „šobrīd pasaulē ir divas dilemmas: pirmā, kā rīkoties ar augli, kad tas atrodas tūpļa guļā, it īpaši, kad tās ir pirmās dzemdības. Otrā, kā novērst māšu jatrogēnu saslīmšanu un mirstību, kuras dzemdē augli tūpļa guļā” (Roosmalen & Meguid, 2014, p. 1864). Citiem vārdiem sakot, kā novērst medicīnas speciālista negatīvo ietekmi uz sievieti. Tas savukārt rada sievietē tādu priekšstatu par viņas veselības stāvokli, kura dēļ viņas stāvoklis pasliktinās vēl vairāk. Autori uzskata, ka jāveicina medicīnas speciālistu zināšanu un prasmju uzlabošana pieņemot tūpļa guļas dzemdības un galvenokārt uz klausīt sievietes viedokli (Roosmalen & Meguid, 2014, 1864).

Piemērs no Brazīlijas pierāda, ka vairāk nekā puse aptaujāto dzemdniecības speciālistu uzskata, ka sievietēm jābūt tiesīgām izvēlēties pašām dzemdību veidu (57%). Tomēr saglabājas arī augsts rādītājs to speciālistu viedoklī, kuri uzskata, ka sievietēm nav jābūt tiesīgām lemt (39%) (Ferrari & de Lima, 2010).

Profesore Marija Zadoroznija (*Maria Zadoroznyj*) uzskata, ka pastāv dažādi diskursi attiecībā uz dzimstības procesu. Pirmais un spēcīgākais ir tehnokrātiskais jeb biomedicīniskais (Zadoroznyj, 1999). Par šo diskursu iepriekš minētā antropoloģe R. Devisa Floida rakstīja, ka sievietes šajā gadījumā tiek uzskatītas tikai par ražošanas mašīnām, bet bērni – par ražošanas produktu. Šis diskurss ir spēcīgs, norāda M. Zadoroznija, jo tas padara dzimstību par riskantu procesu. Tādā veidā, definējot dzimstību kā riskantu, tas pilnvaro medicīnas speciālistus kā vienīgos lēmuma pieņēmējus, jo tiem ir specifiskās zināšanas (Zadoroznyj, 1999). Arī „medicīnas skatiens”, par ko rakstīja P. Konrads, pēc feminisma diskursa padara dzimstības procesu par patoloģiju. Tādā veidā norādot, ka vienīgi medicīnas speciālistiem ir vara pieņemt lēmumu par dzemdību veidu (Crossley, 2007; Conrad, 1992).

Savukārt dabisko dzemdību diskurss paredz, ka sievietēm ir aktīvi jāpiedalās lēmuma pieņemšanā par dzemdību veidu. Autore norāda, ka, neskatoties uz to, ka šie diskursi ir šķietami atšķirīgi, tomēr tos apvieno ideja par kontroli (Zadoroznyj, 1999). Respektīvi, tehnokrātiskais diskurss paredz kontroli pār sievieti, savukārt dabisko dzemdību diskurss – sievietes kontroli pār sevi. Vēl divi diskursi, kas savstarpēji pārklājas, ir patēriņa un feminisma diskurss. Šo diskursu piekritēji uzskata, ka sievietei ir jāuzņemas lielāko daļu atbildības par lēmuma pieņemšanas procesu (Zadoroznyj, 1999). Tomēr no medicīnas perspektīvas sievietes pašas spiež medicīnas speciālistus veikt ķeizargrieziena operācijas, jo izmanto savu patērētāja varu. (Malacrida & Boulton, 2014). No vienas puses var piekrist šim apgalvojumam. Tomēr jāņem vērā, ka sieviete ir paciente, kas paļaujas uz medicīnas speciālistu viedokli un uzskata, ka tas sniegs viņai palīdzību.

M. Fuko par šo raksta, ka „indivīda darbība, izvēle un sevis izpratne attiecībā uz veselību un risku ir apvaldīta un konstruēta caur diskursiem, kas izriet no medicīnas un zinātnes institūtiem” (Foucault, 1991, kā citēts Malacrida & Boulton, 2014, p. 45). Tomēr autori Reičela Čadvika (*Rachelle Joy Chadwick*) un Dons Fosters (*Don Foster*) atklāja pavisam citu varas attiecību perspektīvu. Autori norāda, ka feministu ieguldījums pētniecībā par biomedicīnas varas un kontroles pieaugumu dzimstības procesā ir nozīmīgs. Tas ignorē citu veidu varas attiecības (Chadwick & Foster, 2012). Ir jāņem vērā ne tikai medicīnas diskursa ietekmi uz sieviešu lēmumu, bet arī vīriešu lomu šajā procesā (Chadwick & Foster, 2012).

TEORĒTISKĀS PERSPEKTĪVAS APKOPOJUMS UN SECINĀJUMI

Aplūkojot teorētisko perspektīvu, var secināt, ka medikalizācijas un varas attiecību perspektīvu aplūkošanā autori veido samērā negatīvu medicīnas speciālistu tēlu. Neviens autors neaplūkoja medicīnas darbiniekus ne tikai kā medicīnas varas mehānisma īstenotājus, bet kā tos pašus sabiedrības dalībniekus, kuriem rūp cilvēku dzīvības. Nevienā no darbiem tāpat netiek minēts, ka dažreiz medicīnas speciālistiem tomēr jābūt varai pieņemt lēmumu, jo viņi ir atbildīgi par pacientu veselību.

Jāņem vērā arī tas, ka tādi autori kā I. Zola un M. Fuko savus darbus rakstīja pirms 30-40 gadiem, kas nozīmē, ka nevar visus gadījumus attiecināt uz mūsdienām. Teorētiķiem būtu absolūtā taisnība par medikalizācijas iejaušanos sociālajā dzīvē, tādā veidā veicinot medicīnas speciālistu varas pieaugumu, ja vien medicīnas speciālisti būtu vienoti savos uzskatos. Citiem vārdiem sakot, ja visiem medicīnas speciālistiem būtu viena skaidra nostāja par to, kas ir norma un kas ir patoloģija, tas varētu veicināt viņu absolūto varu. Jo cilvēki uzticētos tam viedoklim, tomēr realitāte ir savādāka – arī speciālistu vidū ir asas diskusijas par to, kas ir norma un kas nav. Tāpēc arī daudzi cilvēki neuzticas speciālistiem un paši meklē atbildes uz jautājumiem dažādos avotos. P. Konrads savā teorijā norāda, ka medikalizācija veicina kontroles un varas izpausmi no medicīnas speciālistu puses. Tomēr šeit var rasties jautājums – vai medikalizācija veicina kontroli, vai tomēr jau esošā varas un kontroles izpausme no speciālistiem veicina medikalizāciju?

I. Illičs ar savu darbu sniedza ieguldījumu medicīnas socioloģijā, tomēr autors savā teorijā neņēma vērā daudzas nianšes, kas tiek skaitītas kā pozitīvās medikalizācijas sekas. Piemēram, medikalizācijas nodaļā sniegtais piemērs par medicīnas un citu jomu sadarbību Amerikā – pretcigarešu kampaņa, kas palīdzēja daudziem cilvēkiem atmet smēķēšanu. M. Fuko norāda, ka varai nav tikai piespiedu un pakļaušanas formas. Autors norāda, ja tā būtu, tad nepastāvētu varas kā tādas. Tomēr šeit var nepiekrīst autoram, jo nevar droši zināt, vai cilvēks pakļaujas brīvprātīgi vai piespiedu kārtā. Jo neviens cilvēks negrib pakļauties, viņš grib vadīt. Tajā pašā laikā autors ir pretrunāš pats ar sevi savā grāmatā „Klīnikas dzimšana”, jo norāda, ka vienīgā vara, ko var pieņemt sabiedrība bez spēcīgas pretestības, ir ģēnija diktatūra. Autors tāpat norāda, ka vara spēj sevi atmaskot un pa jaunam manifestēt, kad notiek pretošanās iepriekšējai varai. Kas atkal liecina par to, ka jebkurā gadījumā cilvēkiem nāksies pieņemt varu un pakļauties tai, jo tā jebkurā gadījumā spēs atrast jaunu veidu kā kļūt par varenu.

Lielākoties ārzemju pētījumos par līdzīgu tēmu tiek minēts, ka sievietēm trūkst informācijas par dzemdību veida iespējām. Netiek ņemts vērā fakts, ka dažreiz pašām sievietēm trūkst pietiekamas iniciatīvas, lai meklētu informāciju. Bieži vien ir tā, ka sievietes tikai paļaujas uz medicīnas speciālistiem, un gadījumā, ja rodas problēmas, tad vaino tikai viņus. Arī pašas sievietes ir atbildīgas par savu un sava bērna veselību un dzīvību, tāpēc arī viņām jābūt iniciatīvas pilnām meklēt informāciju par iespējām un draudiem pie komplikētām dzemdībām. Tas sasaucas ar to, ka pētījumos netiek pieminēts, ka arī sievietes ir atbildīgas par dzemdību rezultātiem, nevis tikai medicīnas speciālisti, jo arī no sievietes ir atkarīgs, kā noritēs dzemdību process.

Pētījumos un arī teorijas daļā netiek minēts tas, ka sievietes bieži vien nezina par savām tiesībām. Respektīvi, dažreiz sievietes domā, ka tikai medicīnas speciālistiem ir tiesības pieņemt lēmumu, bet viņām ir jāpakļaujas tam. Tas nereti izraisa sievietē emocionālo traumu, kad viņa gatavojas vienam procesam, bet sanāk pavisam cits. Piemēram, sieviete bija morāli gatava ķeizargrieziena operācijai, bet medicīnas speciālisti izlēma, ka viņa dzemdēs pati.

Ir būtiski ņemt vērā to, ka teorijas daļā ir daudz savstarpēji konfliktējošu argumentu par medikalizācijas ietekmi. Respektīvi – vai tā ietekme ir pozitīva, vai negatīva. Abos gadījumos var apstrīdēt visus par un pret argumentus, tāpēc ir jāņem vērā mana analīzes daļa un jāmēģina atrast atbildi.

Pētījumos par līdzīgu tēmu ir norādīts, ka sievietes bieži vien tiek nosodītas no sabiedrības puses par savu lēmumu dzemdēt pašām. Tomēr netiek ņemts vērā, ka arī citos gadījumos nosodījums ir diezgan augstā līmenī. Piemēram, arī mūsu sabiedrībā bieži vien tiek nosodītas sievietes, kuras izvēlas par labu ķeizargrieziena operācijai, bet nav izvēlējušās „dabīgo ceļu” un līdz ar to nav dzemdētājas kā tādas.

Var piekrist D. Laptonai, ka pacientus bieži vien uzskata par pasīviem ķermeņiem. Jo, izvērtējot aplūkotos pētījumus, var secināt, ka pētnieki neņēma vērā to, ka viens no iemesliem, kāpēc sievietēm tika veikta ķeizargrieziena operācija, ir viņu personīgā izvēle. Tomēr arī šis apgalvojums nav gluži korekts, jo sākumā ir jāsaprot, vai tiešām tā bija personīgā izvēle, vai tomēr sievieti virzīja uz tādu izvēli.

Manā analīzes daļā noteikti ir jāņem vērā M. Zadoroznijas ideja, ka jānoskaidro, vai sievietes bija pietiekoši aktīvas informācijas iegūšanā pirms lēmuma pieņemšanas un ko par to domā medicīnas speciālisti.

Analīzes daļā tāpat jāņem vērā M. Fuko ideja, ka varas attiecības nav vienpusējs process un ka arī sievietes ietekmē medicīnas speciālistus – vai veidosies dialogs un saruna, vai tiks protestēts pret medicīnas speciālistu lēmumu.

3. METODOLOĢIJA

3.1. Diskursa skaidrojums un analīzes metode

Maģistra darbam kā datu analīzes metodi es izvēlējos veikt kritiskā diskursa analīzi, pamatojot savu izvēli ar to, ka pētījuma teorētiskā ietvara pamatā ir varas attiecību teorija un būtiski ir aplūkot ne tikai to, ko saka respondenti, bet arī kontekstu kopumā. Kritiskā diskursa analīzi izvēlējos arī tāpēc, ka tā pievērš pastiprinātu uzmanību tām sociālajām grupām, pār kurām dominē pārējie (van Dijk, 2001). Manā gadījumā tās ir sievietes, kurām ir pieredze tūpļa guļas dzemdībās. Pirms aprakstīt, kas ir kritiskā diskursa analīze, ir jāsaprot, kas ir diskurss un diskursa analīze vispār.

Angļu valodas un lingvistikas profesore Barbara Džonstone (*Barbara Johnstone*) savā grāmatā skaidro diskursa jēdzienu. Autore norāda, ka diskursa analītiķi uzdod dažādus jautājumus un meklē dažādas atbildes (Johnstone, 2002). B. Džonstone, aplūkojot dažādus pētnieciskos darbus, secina, ka ar diskursa palīdzību var atrast atbildi uz jebkuru jautājumu. Tomēr, turpina autore, visus šos pētījumus apvieno galvenais – tie visi iekļauj sevī valodas un tās ietekmes uz pasauli pētīšanu (Johnstone, 2002). Būtībā, diskursa analīze ir valodas pētīšana un izpratne, kā cilvēki lieto dažādus valodas paņēmienus savā ikdienā (Johnstone, 2002). Tā kā diskurss ir cieši saistīts ar valodu, ir jāsaprot, ar ko atšķiras diskursa analīze no valodas analīzes. Autore norāda pavisam vienkāršu skaidrojumu – diskursa analīze pēta valodu nevis tikai kā abstrakto sistēmu, bet daudz plašāk (Johnstone, 2002). Diskursa analītiķi ir vairāk ieinteresēti izpētīt, kā cilvēki pamatojas uz savām zināšanām par valodu, kas ir balstīta uz viņu atmiņām par lietām, kuras viņi ir teikuši, dzirdējuši, redzējuši vai uzrakstījuši iepriekš. Diskurss ir gan zināšanas par to, kā lietot valodu, lai sasniegtu savus mērķus, gan to rezultāts – kā cilvēki veido jaunu diskursu, pamatojoties uz iepriekšējām zināšanām (Johnstone, 2002).

Diskursa analīze var tikt sadalīta divās teorētiskajās dimensijās (Phillips & Ravasi, 1998, kā citēts Phillips & Hardy, 2002). Pirmā dimensija paredz koncentrēšanos uz tekstu vai kontekstu. Otrā dimensija skatās, kā varas attiecību dinamika pievērš sev uzmanību pētījumā – kritiskā pieeja, vai kā pētījumi pievērš uzmanību sociālajai konstruēšanai, kas rada sociālo realitāti – konstruktīvisma pieeja (Phillips & Hardy, 2002). Kritiskā diskursa analīze atrodas starp konteksta un kritiskās pieejas dimensijām. Tas nozīmē, ka šī analīzes metode vairāk vērsta uz varas attiecībām caur teikto un pievērš pastiprinātu uzmanību kontekstam. Pēc Normana Fērklava (Norman Fairclough) un Rūtas Vodakas (Ruth Wodak) „kritiskā diskursa analīze fokusējās uz diskursīvās aktivitātes lomu nevienmērīgo varas attiecību veidošanā un atbalstīšanā” (Fairclough & Wodak, 1997, kā citēts Phillips & Hardy, 2002, p. 25). Kritiskā

diskursa analīze fokusējās uz kontekstu – kā diskursi privileģē vienus aģentus uz citu rēķina (Phillips & Hardy, 2002). Viena no kritiskā diskursa analīzes izplatītākajām pētīšanas tēmām ir sociālā kontrole – kā vieni aģenti kontrolē citus caur diskursiem (Phillips & Hardy, 2002).

„Diskursa nozīme nav ierobežota tikai ar tā vārdu vai teikumu nozīmi. Diskursam ir arī daudz „globālāks” saturs, tāds kā temats vai tēma” (van Dijk, 2004, p. 45). Temati tiek identificēti tekstos, lai ar viņu palīdzību varētu saprast diskursa jēgu. Būtībā šie temati ir kā virsraksti avīzēs, kuri ietver satura jēgu (van Dijk, 2004). Diskursa ideoloģijas bieži rodas, kad ir divas vai vairākas konfliktējošas grupas. Viens no paņēmieniem diskursa ideoloģijai ir Mēs un Viņi un stratēģija – neteikt labas lietas par Viņiem, neteikt sliktas lietas par Mums (van Dijk, 2004). Vietniekvārda „Viņi” izmantošana, dažreiz var liecināt par izvairīšanās no citas grupas acīmredzamās aizvairošanas. Šis sadalījums Mēs un Viņi bieži vien ir papildināts ar ilustrācijām un piemēriem, atspoguļots stāsta formā par Mūsu labo uzvedību un Viņu sliktajām darbībām (van Dijk, 2004). Vēl viens paņēmiens, ko bieži izmanto diskursa analīzē ir šķietamais noliegums – „Man nav nekādu iebildumu pret X, bet....” (van Dijk, 2004). Ir daudz dažādu acīmredzamu noliegumu piemēru. Vēl viens spilgts piemērs acīmredzamam noliegumam ir sevis padarīšana par upuri – „Nevis Viņus diskriminē, bet Mūs” (van Dijk, 2004). Veicot diskursa analīzi, ir būtiski ņemt vērā sekojošas diskursa īpašības, proti:

- ir svarīgi ņemt vērā, cik labi ir aprakstīta tēma, par kuru runā cilvēks. Vai viņš pasaka visu līdz galam vai tikai abstrakti. Atkarībā no tā, kā ziņa ir pasniegta, mainās arī diskursa uztvere;
- visiem teikumiem un argumentiem, ko pasniedz ziņas sniedzējs savā stāstā, ir jābūt saistītiem, proti – nevar būt situācijas, ka sākumā cilvēks saka vienu, bet pēc tam pavisam citu, kas ir pretrunā ar sākumā teikto;
 - no katra ziņas sniedzēja tiek sagaidīts, ka viņš būs atbildīgs par teikto;
 - teiktā skaidrība – var izvairīties no atbildes, sniedzot kaut kādu informāciju, kura nav tiešā atbilde uz jautājumu, bet tiek uztverta kā atbilde;
- *Topoi* paņēmiens – jau gatavas argumentācijas, ko bieži vien izmanto, lai apliecinātu „ar faktiem” savu viedokli. To veido standartizēti, plaši izmantojami teikumi (van Dijk, 2004).

Kritiskais diskurss ietver sevī dialektisko saikni starp dažādiem diskursīviem notikumiem un institūtiem jeb sociālam struktūrām, kurās izpaužas notikumi. No vienas puses dažādi institūti jeb sociālās struktūras ietekmē diskursu veidošanu, no otras puses paši diskursi ietekmē un veido sociālo un politisko realitāti (De Cillia, Reisigl & Wodak, 1999). Caur diskursiem sociālie aģenti veido zināšanas, situācijas un sociālās lomas (De Cillia, Reisigl & Wodak, 1999). Respektīvi, ar diskursu palīdzību var noteikt, piemēram, kas ir

normas un kas nav, kam pieder vara un kam nē. Vēl viena pieeja, kā var izmantot kritisko diskursu, ir diskursīvi-vēsturiskā pieeja, ko izstrādāja profesore Rūta Vodaka un kolēģi. Professore un kolēģi izmantoja trīs dimensijas, lai analizētu datus ar diskursīvi-vēsturisko pieeju:

- saturs/temats – identificēt galvenos tematus, par kuriem runā stāsta veidotāji,
- stratēģijas – kādas stratēģijas, paņēmienus izmanto stāsta veidotāji, lai sasniegtu noteiktus mērķus,
- lingvistiskās formas un nozīmes – kā lieto valodu un kā cilvēki veido savu stāstījumu.

R. Vodakas un kolēģu diskursa analīzes pieejā ir būtiski ņemt vērā vēsturisko kontekstu, jo pēc autoru uzskatiem ne tikai diskursi veido realitāti, bet arī vēsturiskais fons ietekmē diskursa veidošanu (De Cillia, Reisigl & Wodak, 1999). Manam darbam diskursīvi-vēsturiskā pieeja tāpat noderēs, jo gan sievietes, gan medicīnas speciālisti bieži atsaucās uz vēsturisko kontekstu, kad skaidroja savu nostāju par dzemdību veidu augļa tūpļa guļas gadījumā.

Materiāli, ar kuriem strādā diskursa pētnieki, saucas teksti. Lielākās grūtības, ar ko saskaras pētnieki, ir diskursa materiālu robežas (Johnstone, 2002). Autore kā piemēru piemin grāmatu – tas ir fizisks objekts, kam ir sākums un beigas. Savukārt materiāli, ar kuriem strādā diskursa pētnieki, var būt ne fiziski objekti, piemēram – audio vai video ieraksti (Johnstone, 2002). Kad šie materiāli ir savākti, pētnieki tos pārvērš par fiziskiem objektiem, transkribējot tos. Tomēr transkribēšanas procesā pētniekam var rasties grūtības ar robežu noteikšanu. Citiem vārdiem sakot, tā ir paša pētnieka izvēle, cik daudz materiāla izmantot savā analīzē atkarībā no tā, kādi un cik daudz ir pētniecisko jautājumu (Johnstone, 2002).

3.2. Lauka darba apraksts

Darbs tika uzsākts 2015. gada februārī. Kā datu vākšanas metodi es izvēlējos veikt daļēji-strukturētās intervijas. Šī izvēle ir pamatota ar to, ka analīzes metode ir kritiskā diskursa analīze un viens no svarīgākajiem nosacījumiem ir iegūt pēc iespējas vairāk teksta materiāla, ar ko strādāt analīzes gaitā. Intervijas jautājumu izstrādei par pamatu tika ņemti jautājumi no aplūkotiem pētījumiem par līdzīgu tēmu. Intervijas jautājumi tika sagatavoti, balstoties uz pētnieciskiem jautājumiem, papildus uzdodot „iesildīšanās” jautājumus. Savam darbam es izvēlējos daļēji-strukturētu interviju veidu, jo uzskatu, ka tas ir labs veids, kā iegūt atbildes uz pētnieciskiem jautājumiem – iepriekš sagatavojot vadlīnijas jautājumiem un papildināt tos intervijas laikā. Izmantojot daļēji-strukturētās intervijas, pētnieks uzdod jautājumus noteiktajā secībā, tomēr dodot respondentam brīvību izpausties (Kropļijs un Raščevska, 2010).

Pētniekam jau ir iepriekšējās zināšanas, kā viņš grib uzdot jautājumus un kādi jautājumi viņu interesē, palīdzot kontrolēt intervijas procesu un ar jautājumiem palīdzot respondentam nenovirzīties no tēmas (Kroplijs un Raščevska, 2010). Ar daļēji-strukturētu interviju palīdzību es iegūšu nepieciešamās atbildes, ļaujot respondentiem veidot savu stāstu, tikai nedaudz kontrolējot viņu virzienu.

Ar Māmiņu kluba latviešu auditorijas redaktore Kristīnes Damškalnes palīdzību portālā *www.maminuklubs.lv* tika izvietots aicinājums piedalīties pētījumā. Aicinājuma teksts iepriekš tika nosūtīts redaktorei un viņa Māmiņu kluba vārdā ievietoja tekstu portālā 24. februārī. Savukārt 25. februārī vecāku forumos *http://www.delfi.lv/calis/* un *www.mammamunteti.lv* tika aicinātas māmiņas piedalīties intervijā un ielikta saite uz *www.maminuklubs.lv* aicinājuma tekstu, lai potenciālās respondentes varētu iepazīties ar sīkāku informāciju par pētījumu. Tāpat saite tika ievietota manā Facebook profilā, kur ar ziņu dalījās mani draugi. Portālu *www.facebook.com* domubiedros („Наши мамы” un „Наши детки. Общаются города Латвии”) un *www.draugiem.lv* domubiedros (“Māmiņu grupa”) 26. februārī tika izplatīta informācija par pētījumu un ievietota saite uz aicinājuma tekstu no portāla *www.maminuklubs.lv*.

Savukārt medicīnas speciālistus es meklēju, galvenokārt pievēršot uzmanību Rīgas dzemdību nama speciālistiem, Stradiņa slimnīcas dzemdību nodaļas speciālistiem un "Stārķa ligzdas" speciālistiem. Meklēju arī ginekologus, pie kuriem nāk sievietes uzskaitē. Pēc kvotām es izvēlējos veikt intervijas ar dzemdniecības ārstiem, vecmātēm un ginekologiem. Pamatojot to ar savu personīgo pieredzi un atrasto informāciju internetā, konstatēju, ka atkarībā no amata šo medicīnas speciālistu viedoklis atšķiras. Medicīnas speciālisti tika uzrunāti personīgi un arī pēc tam, kad tika atrastas sievietes. Tas ir tāpēc, ka ar medicīnas speciālistiem ir vēl grūtāk sarunāt laiku, ņemot vērā, ka tas ir viņu darba laikā, kad viņi pieņem dzemdības vai konsultē sievietes. Tāpēc izvēlējos veikt intervijas ar medicīnas speciālistiem, lai varētu jebkurā brīdī, kad viņiem ir ērti, ierasties.

Runājot par respondentēm māmiņām, pirmajā dienā atsaucās tikai viena respondente, kura pati uzrakstīja man uz e-pastu, ka labprāt piedalīsies pētījumā. Neskatoties uz to, ka aicinājuma tekstus dažādos portālos apskatīja daudz cilvēku (vidēji 350 apmeklējumu katrā no portāliem), tomēr atsaucība bija ļoti minimāla. Tāpēc papildus tam ar atslēgvārdiem „tūpļa guļa” un „iegurņa priekšguļa” iepriekš minēto portālu forumos tika meklētas lietotājas, kuras norādīja, ka viņām bija pieredze augļa tūpļa guļas dzemdībās. Daļai no sievietēm tika nosūtīta personīga vēstule ar aicinājumu piedalīties pētījumā. Grūtības radīja tas, ka vairākos portālos nav iespējams nosūtīt personīgo vēstuli lietotājam (piemēram, Māmiņu kluba forumā), attiecīgi arī neizdevās sazināties ar daudziem lietotājiem. Tāpat apgrūtināošs bija fakts, ka

atrastās lietotājas, kuras norādīja par savu pieredzi, ir apspriedušas šo tēmu pirms 6-7 gadiem un jau šobrīd neapmeklē portālu, jo pēdējā aktivitāte bija pirms vismaz pāris gadiem.

Pateicoties Māmiņu kluba krievu auditorijas redaktorei Aleksandras Novakas ieteikumam, tika uzrakstīts personīgs blogs portālā www.maminklub.lv, kur es dalījos ar personīgo pieredzi par savām bērnu gaidām un augļa tūpļa guļas dzemdībām. Redaktore norādīja, ka tādā veidā sievietes tiks vairāk uzrunātas un iespējams atsaucība būs lielāka. Blogs tika uzrakstīts gan krievu, gan latviešu auditorijai, un nobeigumā tika ievietots aicinājuma teksts. Tā kā bloga ierakstus var komentēt, tad bija cerība uz to, ka potenciālās respondentes, komentējot manu blogu, piekritīs paust arī savu viedokli intervijā.

26. februārī uz e-pastu pienāca ziņa, ka mans izvietotais aicinājums forumā <http://www.delfi.lv/calis/> ir dzēsts, jo aptaujas/intervijas ir jāsaskaņo ar administrāciju, tāpēc vērsos pie portāla administrācijas ar lūgumu atļaut izvietot aicinājumu atkārtoti. Jau nākamajā dienā, 27. februārī, <http://www.delfi.lv/calis/> administrācija atļāva izvietot aicinājumu ar noteikumu, ka tas tiks dzēsts, kad nepieciešamais respondentu skaits tiks savākts. Tāpat 27. februārī ar Miķeļa Grīviņa palīdzību Latvijas Sociologu asociācijas www.facebook.com lapā tika izvietots aicinājums piedalīties pētījumā. Ar šo pētījuma ziņu dalījās vairāki asociācijas lapas sekotāji, kas palielināja iespējas atrast potenciālās respondentes.

Kopumā tika veiktas intervijas ar desmit sievietēm. Lielākā daļa no respondentēm pašas uzrakstīja man uz e-pastu un www.facebook.com, izrādot iniciatīvu piedalīties pētījumā. Iniciatīvu izrādīja arī māmiņas, kurām nebija tūpļa guļas dzemdību pieredzes, tāpēc sarunājām, ka arī viņām nosūtīšu pētījuma atskaiti. Savukārt pārējās respondentes es uzrunāju personīgi. Ar četrām respondentēm nebija iespējas tikt personīgi, tāpēc viņas rakstiski atbildēja uz jautājumiem. Savukārt ar vēl divām respondentēm mēs veidojām interviju ar www.facebook.com čata un *Skype* zvana palīdzību, jo ar viņām arī nebija iespējas satikties. Lielākās grūtības bija sarunāt noteiktu laiku, kad gan respondentes, gan es varu tikt vai sazvanīties. Jo vairākas sievietes ir jaunās māmiņas, kurām nebija iespējas ilgi runāt, lai gan visas laipni norādīja, ka viņām ir iespēja runāt tik, cik vajag. Intervijas ar sievietēm notika laika periodā no 28. februāra līdz 15. martam. Intervijas ilgums vidēji ir 45 minūtes. Tās intervijas, kas tika vāktas ar diktofona ieraksta palīdzību, tika transkribētas.

Savukārt ar medicīnas speciālistiem tika veiktas sešas intervijas. Lielākā problēma bija sazvanīt speciālistus personīgi, jo lielākoties internetā ir norādīti reģistratūras telefoni. Piezvanot pa tiem, dažreiz nācās ļoti ilgi aprakstīt, kas es esmu un kas man ir vajadzīgs. Dažas medicīnas iestādes jau reģistratūrā atteica man un nometa klausuli. Vēl viena problēma bija saskaņot laiku ar visiem speciālistiem, lai viņiem būtu ērti. Visi speciālisti bija ļoti laipni un mēģināja atrast laiku, lai sniegtu interviju, neskatoties uz noslogoto grafiku. Intervijas ar

medicīnas speciālistiem notika laika periodā no 7. marta līdz 19. martam. Intervijas ilgums vidēji ir stunda. Savukārt 7. aprīlī man uz e-pastu personīgi uzrakstīja Linda Rozenbaha, kas ir dūla un grāmatas „Gaidības un radības ar prieku” autore. Šī medicīnas speciāliste izrādīja interesi par manu pētījumu, norādot, ka viņai drīz iznāks otrā grāmata, kurā speciāliste ir veltījusi nodaļu augļa tūpļa guļās dzemdībām. Ar šo speciālisti sanāca intervija rakstiskā formā, nosūtot jautājumus un saņemot ļoti izvērstas atbildes. Speciāliste tāpat ir ielikusi citātus no savas topošās grāmatas, ļaujot ar atsauci tos izmantot manā darbā.

Divas no respondentēm sievietēm izrādīja vēlmi palikt anonīmas, tāpēc viņu vārdi ir aizvietoti ar citiem pēc viņu izvēles. Tāpat, lai gan vēl kāda respondente neiebilda, ka izmantoju viņas īsto vārdu, tomēr beigās izvēlējos to arī mainīt, jo viņa ir medicīnas speciāliste. Arī divi no medicīnas speciālistiem izrādīja vēlmi palikt anonīmi, tāpēc tiks norādīts tikai viņu amats. Respondenti tika pabrīdināti, ka analīzes procesā viņu teiktais būs aplūkots vairāk kritiski, par ko nevienam nebija iebildumu.

Papildus darbam izvēlējos veikt sabiedrības daļas viedokļu analīzi medijos. Tas, ka izvietuju aicinājumu piedalīties pētījumā, izraisīja asas diskusijas par dzemdībām tūpļa guļās gadījumā. Tāpēc iekļāvu savā analīzē komentārus no tiem portāliem, kuros izvietuju aicinājumu uz pētījumu – www.maminuklubs.lv, www.mammamuntetiem.lv, <http://www.delfi.lv/calis/> un www.facebook.com domubiedri. Šos portālus izvēlējos arī tāpēc, ka pēc Gemius Audience datiem 2015. gadā <http://www.delfi.lv/calis/> un www.mammamuntetiem.lv ir populārākie portāli, kurus apmeklē vecāki (Gemius Latvia, 2015). Savukārt www.maminuklubs.lv un www.facebook.com domubiedrus izvēlējos, lai atrastu vairāk informācijas, jo tikai ar informāciju no portāliem <http://www.delfi.lv/calis/> un www.mammamuntetiem.lv nepietiktu. Papildus meklēju viedokļus, ievadot meklēšanas lauciņā atslēgvārdus „tūpļa guļa” un „iegurņa priekšguļa”. Analīzes daļā izmantoju lietotāju, kas izteica savu viedokli un komentārus no iepriekš minētajiem portāliem. Šie dati nevar tikt uzskatīti par reprezentatīviem, jo tos veido pārsvarā sievietes un tikai tās, kuras dotajā brīdī komentēja ziņu. Tomēr laika posmā no 2010. gada līdz 2015.gadam ir vērojama noteikta tendence, par kuru tiks runāts analīzes 4.1. apakšnodaļā.

4. IESAISTĪTO PUŠU DISKURSI UN VARAS ATTIECĪBAS LĒMUMA PIENĒMŠANĀ PAR DZEMDĪBU VEIDU TŪPĻA GUĻAS GADĪJUMĀ

Savā maģistra darbā es izvēlējos veikt kritiskā diskursa analīzi, tāpēc šajā nodaļā tika sniegti iesaistīto pušu diskursu analīzes rezultāti. Papildus tam šajā nodaļā tika sniegts ieskats par diskursiem medijos, iekļaujot citu sieviešu viedokli no dažādiem portāliem, saistītiem ar dzemdībām, kā arī redzējumu par dzemdību veidu augļa tūpļa guļas gadījumā. Izmantojot kritiskā diskursa analīzi, es noskaidroju, kādi ir vadošie diskursi sieviešu un medicīnas speciālistu vidū, un aprakstīju, kam pieder vara veidot diskursus un lemt par dzemdību veidu.

Analīze tika veikta pēc T. van Deika un R. Vodakas kritiskā diskursa metodes, jo manā darbā ir būtiski noteikt, kādas ir varas attiecības starp medicīnas speciālistiem un sievietēm un kādus diskursus lieto iesaistītās puses. Kā jau tika minēts iepriekš – medikalizācija ir viens no spēcīgākajiem rīkiem, kā veidojas diskurss par normu un slimību. Tāpēc savā analīzē es aplūkoju, kā medikalizācijas diskurss veido sabiedrisko nostāju. Analīze ir sadalīta pa apakšnodaļām un katrā no tām ir aplūkoti sabiedrības, sieviešu ar pieredzi un medicīnas speciālistu diskursi. Es izvēlējos tieši šo secību, jo ir būtiski aplūkot, kāds ir viedoklis sievietēm, kurām nav pieredzes tūpļa guļas dzemdībās, un tad noskaidrot, kas sākotnēji veido šo diskursu, kurš nonāk līdz sabiedrībai un kam pieder vara veidot šos diskursus.

Katras apakšnodaļas beigās tiks sniegts neliels apkopojums un secinājumi par aplūkoto analīzi, kas secinājumu nodaļā tiks apkopotī un noslēgumā sniegti arī ieteikumi.

4.1. Vadošie diskursi par tūpļa guļas dzemdībām un varas attiecības medijos

Aplūkojot diskusijas ar dzemdniecību saistītos portālos, var secināt, ka visos iezīmējās viena un tā pati tendence Sievietes bez pieredzes tūpļa guļas dzemdībās, pauž diskursu „**ķeizargrieziens ir drošākais veids**” attiecībā uz tūpļa guļas dzemdībām. Šādu viedokli pauž gan tās sievietes, kuras komentēja vēl 2010. gadā ievietoto ierakstu: „Puikam - ķeizars. Meitai - ja nu tev asus piedzīvojumus dzīvē sakārojies, dzemdē. Tūpļa guļa ir indikācija ķeizaram, dzemdēsi tikai, ja pašai šausmīgi sagribēsies. Neviens tevi nevar piespiest dzemdēt. [...]” (Cālis, 2010). Lielākoties komentāri no sievietēm portālā Cālis nav uz naidu kurinoši un nav kategoriski attiecībā uz dzemdību veidu. Tomēr tik un tā ir vērsti uz to, ka izvēle dzemdēt pašai ir ļoti liels risks, kas nav pamatots un nav apdomāts līdz galam. Neskatoties uz to, ka dažos portālos sievietes ir norādījušas, ka viņām bija pieredze dzemdēt pašām un ka viss bija kārtībā, tomēr citas sievietes to saista vairāk ar veiksmes stāstu, nevis ar normu. Sieviešu

viedokli, pēc viņu pašu atziņām, lielākoties veidoja raksti no interneta par tūpļa guļu, neskatoties uz to, ka būtībā interneta vide nav labākais veids, kā meklēt atbildes uz jautājumiem, jo ir grūti atlasīt uzticamus avotus. Tomēr daudzas sievietes pārlicinoši kopēja komentāros citātus no rakstiem par pēcdzemdību traumām gan mātei, gan bērnam. Tāpat daudzas sievietes atsaucās uz to, ka bērnu mirstības koeficients tūpļa guļas dzemdībās ir augstāks, nekā galvas guļas dzemdībās. Protams, ir jāņem vērā tas, ka daudzi šie komentāri bija rakstīti pirms pieciem gadiem, kad vēl ļoti liela loma bija TBT diskursam, kas paredzēja, ka tūpļa guļas gadījumā ir jāveic ķeizargrieziena operācija. Tieši TBT analīzes dati liecināja, ka vairākām sievietēm un viņu jaundzimušajiem bija veselības problēmas pēc dzemdībām. Lai gan daudzi pētnieki atklāja, ka TBT autori nepareizi veica datu analīzi un attiecīgi arī secinājumi bija neprecīzi, tomēr šis diskurss ietekmēja cilvēku viedokļus pasaules mērogā, ka drošāk ir veikt ķeizargrieziena operāciju. Faktu, ka daudzas sievietes atsaucās tieši uz informāciju no interneta, apliecina arī 2014. gadā veiktais pētījums žurnālā "Mammām un tētiem" par grūtniecības un dzemdību informācijas avotu izmantošanu (Mammām un tētiem, 2014). Savukārt tas apliecina, ka ļoti spēcīgs diskursu avots ir tieši internets, jo jau šobrīd daudzi cilvēki sākumā meklē informāciju internetā un tikai pēc tam vēršas pie ārstiem. Tomēr joprojām nav skaidrs, kas veido šos diskursus, kas pēc tam parādās internetā. Kā jau iepriekš minēju, ir grūti atšķirt uzticamus avotus, kur ir speciālistu ieteikumi, no avotiem, kur ir pausts neprofesionālu viedoklis. Tāpēc nevar viennozīmīgi teikt, ka diskursus par normām un patoloģijām veido tikai un vienīgi medicīnas speciālisti.

Salīdzinot 2010. un 2015. gada veiktos ierakstus, pārmaiņas viedokļos nav konstatētas. Joprojām lielākoties sieviešu vidū ir stipra nostāja, ka ķeizargrieziena operācija ir vienīgais pareizais risinājums augļa tūpļa guļas gadījumā: „Es dzirdēju daudz bēdīgu stāstu par tādām dzemdībām! Es tā ar bērnu neriskētu, pati samaksātu par ķeizargriezienu. Bet ja nu kas noies greizi? [...]”³(Facebook domubiedri, 2015). Arī šodien sievietes atsaucas uz „daudz skumjiem stāstiem”, kas ne vienmēr ir pamatoti ar apliecinājumu, ka tiešām viss bija bēdīgi. „Murgs kaut kāds...kā var dzemdēt ar dupsi pa priekšu? Tikai ķeizargrieziens”⁴ (Facebook domubiedri, 2015). Pēc komentāriem, ko sievietes sniedza dažādos portālos, var spriest, ka sievietēm trūkst informācijas par dzemdību iespējām. Sievietēm tāpat trūkst informācijas, kādas var būt sekas pēc ķeizargrieziena operācijas. Jo, neskatoties uz to, ka gan internetā, gan medicīnas speciālisti skaidro ķeizargrieziena operācijas sekas, tomēr tās var būt daudz nopietnākas. Sievietēm ir liela pārlicība, ka bērni, kuri dzimst ar ķeizargrieziena operācijas palīdzību, nemokās, jo viņiem nav jāiet pa dzemdību ceļiem. Lai gan ir ļoti daudz pētījumu,

³ „Я слышала много печальных рассказов о таких родах! Я бы так ребенком не рисковала. заплатила бы сама за кесарево. А если что не так? [...]”

⁴ “Да бред какой-то... как можно рожать попой вперед????? полюбому кесарево”

kas liecina, ka ķeizargrieziena operācija ir vislielākais risks dzemdību procesā. Tomēr sievietes vadās pēc principa – izvēlēties mazāko ļaunumu, kas dažreiz nav racionāli izvērtēts. Būtisks fakts ir, ka šīs sievietes nesaskaras ar augļa tūpļa guļas pieredzi un tāpēc vadās pēc stāstiem, ko dzirdēja vai izlasīja citos avotos. Sievietes bieži vien izmanto *topoi* paņēmienu. Respektīvi, viņu komentāri ir lielākoties vai nu citāti no citiem avotiem, piemēram, „tūpļa guļa ir indikācija ķeizargriezienam”, „dabīgās dzemdības ir ļoti riskants pasākums”, vai nu standartfrāzes, kas radušās sarunās par dzemdībām: „tūpļa guļa ir patoloģija”, „tā nav normāla guļa”. Šis paņēmiens tika izmantots, lai pierādītu savu nostāju ar „faktiem” un pārliecinātu citas sievietes piekrist šim viedoklim. Analizējot tādu rīcību, var teikt, ka *topoi* paņēmiens ir izplatīts rīks, kā pārliecināt citus cilvēkus, un savā ziņā ir drauds, jo ar tādu paņēmienu bieži vien tiek maldināta sabiedrība. Respektīvi, sabiedrībā tiek veidots noteikts diskurss par tūpļa guļas dzemdībām, kas nav pamatots ar zinātniskiem faktiem, ka ķeizargrieziena operācija ir drošākais veids, kā bērnam nākt pasaulē. Jo, kā jau minēju iepriekš, daudzi pētījumi pierāda, ka dabīgas tūpļa guļas dzemdības nav riskantākas par ķeizargrieziena operāciju. Kā rezultātā daudzas sievietes gaidībās uzticas viedoklim par ķeizargrieziena operāciju kā drošāku dzemdību veidu, neskatoties uz to, ka šo diskursu veido mātes, kurām nebija tūpļa guļas dzemdību pieredzes. To apliecina arī manu respondentu teiktais, kas tiks analizēts nodaļā par sievietēm, kam ir pieredze ar tūpļa guļas dzemdībās diskursu.

Zīmīgi ir tas, ka sievietes, kurām nav pieredzes tūpļa guļas dzemdībās, izmanto savā diskursā sociālo un politisko kontekstu. Daudzas sievietes atsaucas uz to, ka Eiropas Savienība ierobežoja ķeizargriezienu skaitu un tāpēc tagad tūpļa guļas dzemdības notiek pārsvarā dabīgi. Sievietes pārsvarā atsaucas uz ziņu portāliem, tādiem kā *www.delfi.lv* un *www.tvnet.lv*:

Es atceros- lasīju Delfos, ka pagājušajā gadā Eiropa pārmeta mūsu mediķiem, jo mums pēc statistikas ir liels ķeizargriezienu skaits ar iemeslu un bez. Tāpēc laikam arī sūta māmiņas dzemdēt pašām ar tūpļa guļu. (Facebook domubiedri, 2014)⁵.

Lai gan oriģinālais avots, kur ir norādītas vadlīnijas ķeizargriezienu operāciju ierobežojumam, ir Pasaules Veselības organizācija (turpmāk PVO). Būtiski ir atzīmēt, ka vadlīnijas veikt ne vairāk kā 10-15% ķeizargriezienu operāciju valstī ir ieteicamas vēl kopš 1985. gada (Lancet, 1985, kā citēts Gibbons, Belizán, Lauer, Betrán, Merialdi & Althabe, 2010). Tas būtībā nozīmē, ka šīs rekomendācijas nav nekāds jauninājums, par ko vēlējās pārliecināt sievietes, kurām nebija pieredzes tūpļa guļas dzemdībās. Ir jāņem vērā, ka sievietes

⁵ Я помню читала на дельфях, что в прошлом году Европа наступала по голове нашим медикам т.к. у нас по статистике огромное кол-во КС по поводу и без. Вот наверное поэтому сейчас и отправляют мамочек с тазовым самих рожать

izmantoja nevis oriģinālo avotu, bet gan medijus. Kaut gan bieži mediji spekulē ar informāciju par kaut kādu notikumu ar mērķi izraisīt sabiedrībā asas diskusijas. Manuprāt, arī gadījumā ar ķeizargrieziena operāciju ierobežojumu ir līdzīga situācija. Aplūkojot ziņu portālos rakstus, uz kuriem atsaucās sievietes bez tūpla guļas dzemdību pieredzes, var veikt dažus secinājumus. Pirmkārt, portālā www.delfi.lv rakstā par ķeizargrieziena operāciju ierobežojumu nav teikts, ka tas ir Eiropas Savienības pieprasījums. Otrkārt, PVO izstrādātās rekomendācijās un Latvijas Republikas Veselības ministrijas vadlīnijās nav minēts, ka ierobežos ķeizargrieziena operāciju skaitu, neskatoties uz medicīniskām indikācijām. Respektīvi, ziņās nav teikts, ka tagad ierobežos ķeizargrieziena operācijas tajos gadījumos, kad tas tiešām ir nepieciešams. Vadlīnijas drīzāk attiecas uz tiem gadījumiem, kad sievietes brīvprātīgi, bez jebkādām indikācijām, izvēlas ķeizargrieziena operāciju pretstatā dabīgām dzemdībām. Tas arī lielā mērā veido tos procentus virs normas pēc PVO. Jāņem vērā, ka daudzi medicīnas speciālisti izvēlas veikt ķeizargrieziena operāciju, tādā veidā izvairoties no atbildības par sekām. To apliecināja lielā mērā arī mani respondenti – gan sievietes ar pieredzi, gan medicīnas speciālisti. Arī tie medicīnas speciālisti, kuri uzrauga sievietes grūtniecības laikā, rakstīja nosūtījumu uz ķeizargrieziena operāciju, kad pastāvēja risks. Kaut gan pēc pētījuma ietvaros intervēto medicīnas speciālistu atziņām ne vienmēr medicīnas speciālisti racionāli un objektīvi izvērtēja situācijas iespējas un draudus, bet izvēlējās viņiem vieglāko variantu – veikt operāciju.

Tā kā vēl pirms neilga laika augļa tūpla guļa tika uzskatīta par patoloģiju, tad ir tikai loģiski, ka sabiedrība vēl nav gatava pieņemt jauninājumus. Paliek vēsturiskais konteksts, ka tā ir bīstami dzemdēt pašai un ir labāk izvēlēties ķeizargrieziena operāciju, lai neriskētu ar savu un bērna veselību un pat dzīvību. Tāpēc šobrīd daudzas sievietes, kuras nesaskaras ar tūpla guļas dzemdībām, saista jaunās vadlīnijas ar ES ierobežojumiem, nevis ar to, ka pirms neilga laika atklājās, ka dzemdēt pašai bērnu tūpla guļā ir tikpat droši, kā dzemdēt bērnu galvas guļā.

Ņemot vērā to, ka savā darbā es aplūkoju varas attiecības starp medicīnas speciālistiem un sievietēm, atklājās, ka sadalījums **Mēs un Viņi** pastāv ne tikai starp iesaistītām pusēm. Arī daudzas sievietes bez pieredzes tūpla guļas dzemdībās savā diskursā strikti nodala **Mēs – kuras neriskētu ar bērnu** un **Viņas – kuras nedomā par sekām**. Būtiski ir norādīt, ka arī starp māmiņām pastāv varas attiecības, jo šajā gadījumā vara pieder lielākai daļai sieviešu, kas ir māmiņas bez pieredzes, jo viņu viedoklis tiek atbalstīts. Pretstatā māmiņām, kuras izvēlas dzemdēt pašas, jo viņu pieredzi un viedokli neņem vērā un uzskata viņu gadījumus par veiksmes stāstiem. Lai gan šajā gadījumā liekas, ka sievietes, kurām nav pieredzes, veidojot savu diskursu, neņem vērā, ka viņas ir atbildīgas par teikto. Iedrošinot

topošās māmiņas, kurām ir augļa tūpla guļa, viņas palīdz uzturēt visspēcīgāko diskursu – medikalizācijas diskursu. Respektīvi, joprojām tiek norādīts, ka tūpla guļa ir patoloģija un ka tā obligāti ir jāārstē – vai nu ārējā apgrīšana, vai nu ķeizargrieziena operācija.

Lai pārliecinātu topošās māmiņas izvēlēties par labu ķeizargrieziena operācijai, sievietes izmanto paņēmienu **Mēs - upuri un Viņi – miesnieki**, attiecībā uz lielāko dzemdību skaita ziņā iestādi Latvijā – Rīgas dzemdību namu. Sieviešu diskursā bieži figurē izteicieni, ka Rīgas dzemdību namā ir slikti speciālisti, jo viņi, „vadoties pēc ES rekomendācijām”, izvēlas dabīgās dzemdības. Lai sasniegtu lielāku pārliecību, sievietes bieži izmantoja diskursa paņēmienu – stāsta veidošanu. Atsaucoties uz paziņu vai citu cilvēku pieredzi, sievietes izteicās, ka tomēr ķeizargrieziena ir vienīgais pareizais risinājums tūpla guļas gadījumā. Stāsta veidošanā sievietes tāpat bieži pieminēja, ka viņu paziņas dzemdēja Rīgas dzemdību namā un pēcdzemdību sekas bija sliktas. Attiecīgi no sieviešu diskursa var secināt, ka ļoti liela nozīme ir medicīnas iestādes sociālajam kontekstam. Respektīvi, manas respondentes – gan sievietes, gan medicīnas speciālisti atzinās, ka Rīgas dzemdību nams ir viena no tām iestādēm, kur ir speciālisti, kuri prot pieņemt tūpla guļas dzemdības. Pieļauju, ka citās medicīnas iestādēs, kuras ieteica sievietes, piemēram – Bulduru slimnīca, tādu speciālistu nav. Tomēr pašas sievietes saista to nevis ar speciālistu trūkumu, bet gan tāpēc, ka Bulduru slimnīcā ir daudz kompetentāki speciālisti, tāpēc viņi izvēlas veikt ķeizargrieziena operāciju:

Noslēdziet līgumu ar Jūrmalas slimnīcu, tur Jūs tiešām neviens nemocīs un neriskēs ar bērnu, uztaisīs ķeizargrieziena operāciju. Bet Rīgas dzemdību namā tikai ekstrēmajos gadījumos taisa. Mocīs līdz pēdējam un izturēsies kā pret suni (Facebook domubiedri, 2014)⁶.

Lielu lomu spēlē arī fakts, ka visas sievietes, kuras ieteica Bulduru slimnīcu, ir norādījušas, ka viņām bija līgums ar medicīnas speciālistu. Tas var kalpot par skaidrojumu, kāpēc par Bulduru slimnīcas personālu atsauca ļoti pozitīvi. Savukārt tās sievietes, kuras negatīvi atsaucās par Rīgas dzemdību namu, spriežot pēc savas vai savu paziņu pieredzes, nenorādīja, ka viņām bija līgums. Attiecīgi tas varētu būt iemesls, kāpēc sievietēm ar līgumiem bija pastiprināta uzmanība, bet tām, kurām nebija – bija parastā attieksme. Par to tika runāts teorijas daļā par medicīnas *de facto* sociālo kontroli. Respektīvi – sievietes, kuras slēdz līgumu ar medicīnas speciālistiem, maksā par to naudu. Tāpēc arī attieksme pret šīm sievietēm ir pastiprināta un individuālāka. Savukārt pret tām sievietēm, kuras nepērk papildus pakalpojumus, ir attieksme kā pret pārējām sievietēm, kuru uzturēšanos slimnīcā apmaksā valsts budžets.

⁶ заключите договор с юрмальской больницей. там точно вас мучать и рисковать ребенком не будут и сделают кс. а в рижском роддоме только в экстр.случаях делают. будут мурьжить до последнего и относиться как к собаке

Neskatoties uz to, ka viens no visvairāk izmantotajiem avotiem, kur sievietes meklē informāciju par augļa tūpļa guļu, ir internets, tomēr daudzas arī norādīja, ka viņu viedokli ietekmēja medicīnas speciālisti, ar kuriem viņas aprunājās par dzemdībām. Pēc sieviešu paustā diskursa var spriest, ka viņām trūkst precīzu informācijas avotu, kas paskaidrotu, kādas ir dzemdību iespējas tūpļa guļas gadījumā, jo neviena sieviete nenorādīja, kādi ir riski. Augļa tūpļa guļu tiek pieņemts uzskatīt par patoloģiju arī tāpēc, ka joprojām medicīnas speciālistu vidū nav vienota viedokļa, kāds ir drošākais dzemdību veids šādā gadījumā. Attiecīgi arī sievietes, kurām nav pieredzes ar augļa tūpļa guļu, vadās pēc sava speciālista vai citu avotu diskursiem un izplata tos tālāk.

No sabiedrības daļas viedokļa medijos var novērot, ka viņu diskursam piemīt destruktīvā stratēģija. Sabiedrības daļas diskursā parādās galvenokārt sieviešu, kuras izvēlās dzemdēt pašas, nosodījums. Tādā veidā destruktīvā stratēģijas grauj sieviešu varu pieņemt lēmumu par dzemdību veidu, veicinot medikalizācijas attīstību un medicīnas speciālistu varas saglabāšanu. Destruktīvā stratēģija tiek aktīvi izmantota, kombinējot to ar saglabājošu stratēģiju. Respektīvi – destruktīvā stratēģija nosodīt un apšaubīt sieviešu izvēli dzemdēt pašām veicina medicīnas speciālistu varas pieaugumu un vadošā diskursa par labu ķeizargrieziena operācijas augļa tūpļa guļas gadījumā izplatību. Tādā veidā nemitīgi reproducējot diskursu par ķeizargrieziena operācijas nepieciešamību. Kopumā, aplūkojot sabiedrības daļas diskursu par tūpļa guļas dzemdībām, var apstiprināt M. Fuko vārdus. Proti, vienīgā vara, ko var pieņemt sabiedrība bez spēcīgas pretestības, ir ģēnija diktatūra. Attiecīgi pieņemt specifisko zināšanu speciālistu varu.

4.2. Vadošie diskursi un varas attiecības sieviešu pieredzē par tūpļa guļas dzemdībām

Šajā apakšnodaļā tika analizēts sieviešu, kurām bija pieredze tūpļa guļas dzemdībās, diskurss. Tika analizētas sievietes, kurām bija ķeizargrieziena operācija un dabīgas dzemdības. Tas palīdzēja salīdzināt un izvērtēt, kādas ir būtiskākās atšķirības viņu diskursa veidošanā. Kopumā no desmit intervētajām sievietēm sešas dzemdēja pašas un četrām bija ķeizargrieziena operācija. Divām no sievietēm bija akūtā ķeizargrieziena operācija. Savukārt no tām sievietēm, kuras dzemdēja pašas, divas sievietes bija uzstājušas uz ķeizargrieziena operāciju, bet medicīnas speciālisti viņām norādīja, ka var dzemdēt pašas. Septiņām intervētām sievietēm šīs bija pirmās dzemdības, savukārt trim sievietēm šīs bija otrās dzemdības.

Visām sievietēm, pirms sākt uzdot jautājumus par viņu lēmumu pieņemšanas procesu, es uzdevu jautājumu par veselības stāvokli grūtniecības laikā. Šo jautājumu uzdevu ar nolūku

uzzināt, vai bija kādas citas indikācijas, kas varētu ietekmēt lēmuma pieņemšanu par labu ķeizargrieziena operācijai. Respondentes norādīja, ka viņām grūtniecība noritēja ļoti labi un nebija nekādu problēmu. Vienīgās respondentes, kuras norādīja, ka viņām bija problēmas, ir Ilona un Elēna. Abām sievietēm bija ķeizargrieziena operācija- Elēnai plānotā, bet Ilonai akūtā. Grūtniecības sākumā bija nelielas problēmas – gan Ilonai, gan Elēnai bija jādzer preparāti, lai nenotiktu spontānais aborts. Tomēr jau otrajā un trešajā trimestrī arī šīm sievietēm viss bija kārtībā ar veselību. Tātad kopumā var teikt, ka respondentēm nebija nekādu veselības traucējumu, kas varētu ietekmēt norīkojumu uz ķeizargrieziena operāciju. Respondentes tāpat nebija norādījušas uz kādām citām indikācijām, kas varētu liecināt par ķeizargrieziena operāciju. Respektīvi, uz jautājumu par to, kāpēc viņām bija ķeizargrieziena operācija, viņas norādīja tikai to, ka bija bail riskēt. Vienīgā respondente, kura bija norādījusi, ka viņai bija ķeizargrieziens, jo bija liels bērns, ir Laura – bērns piedzima 3,900 kg. Sievietes, kurām bija ķeizargrieziena operācija, savā diskursā izteikti lieto saglabājošu stratēģiju. Proti, sievietes atbalsta dominējošo viedokli par labu ķeizargrieziena operācijai augļa tūpļa guļas gadījumā. Izteiktākā pozīcija lietot saglabājošo stratēģiju ir Ilonas diskursā, kur sieviete uzsver, ka pati esot medicīnas speciālists, tāpēc jau iepriekš zināja, ka var būt problēmas dzemdību procesā. Tomēr pati sieviete neiebilda, kad viņas uzraugošais ārsts norādīja, ka iespējams sievietei būs jādzemdē pašai. Sieviete lietoja vārdu salikumu „tās problēmas”, kas norāda uz to, ka jau iepriekš bija pārliecināta, ka dabīgas dzemdības augļa tūpļa guļas gadījumā ir patoloģiskas.

Es līdz pēdējam gribēju ķeizaru. Un es pati esmu mediķis un zināju, ar ko tas viss varēja beigties, un visas tās problēmas. Un es uzreiz biju par ķeizaru, nevis es baidījos no tām sāpēm, es vienkārši baidījos no tām problēmām. Jo man bija puisītis, ja vēl meitiņa, tad vēl tā, bet nu puisītis (Ilona, akūtā ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 26 gados).

Ļoti lielu lomu sieviešu lēmuma pieņemšanas procesā spēlēja diskurss par bērna dzimumu. Vairākos avotos, tai skaitā topošo māmiņu literatūrā, internetā un medicīnas speciālistu vidū ir izplatīts viedoklis, ka zēnus tūpļa guļā pašas nedrīkst dzemdēt. Jo izstumšanas procesā var kaitēt bērna dzimumorgāniem. Būtībā var teikt, ka visos iepriekš minētos informācijas avotos tiek pielietota destruktīvā stratēģija attiecībā uz tūpļa guļas dzemdībām, jo citu medicīnas speciālistu vidū ir izplatīts viedoklis, ka kaitēt dzimumorgāniem nav iespējams un ka dzemdēt var abu dzimumu tūpļa guļas bērnus (sk. 4.2. apakšnodaļu). Medicīnas speciālistu un arī sieviešu diskursā parādās spēcīgs arguments – vēsturiskais konteksts. Respektīvi, iesaistīto pušu diskursi dalās divās vēsturiskā konteksta dimensijās. Vienu diskurss ir – „**agrāk dzemdēja pašas, viss bija labi**”, savukārt otrs – „**agrāk dzemdēja pašas, bet bija daudz problēmu**”. Šie diskursi ir ļoti spēcīgi, jo viņi bieži

figurē sabiedrības diskursā par to, kāds tomēr būtu labākais dzemdību veids augļa tūpļa guļas gadījumā. Atkarībā no tā, ar kādu vēsturisko kontekstu apelē cilvēki, veidojas divi galvenie diskursi Latvijā attiecībā uz tūpļa guļas dzemdībām: „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**” un „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”. Attiecīgi arī stratēģijas, kuras izmanto dažādi diskursa veidotāji, ir atšķirīgas. Tie, kas atbalsta ķeizargrieziena operāciju, lieto saglabājošu un destruktīvu stratēģiju attiecībā uz dabīgām dzemdībām. Savukārt tie, kas atbalsta dabīgās dzemdības, lieto transformatīvo un tādā veidā konstruējošo stratēģiju.

Neskatoties uz to, ka dažas sievietes uzskata, ka pašas nedrīkst dzemdēt zēnus, tomēr viena no respondentēm dzemdēja zēnu pati. Bērniņš arī nebija no mazākajiem un pašai Kristīnei bija 31 gads, kad viņa dzemdēja. Neskatoties uz to, ka Kristīne izjuta ļoti lielu spiedienu no apkārtējiem, tomēr viņas spēcīgākais diskurss bija „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”. Arī Dace, kurai piedzima meita, līdz dzemdību brīdim bija pārliecināta, ka viņai būs dēls. Neskatoties uz to, ka bija gaidāms zēns, ko apliecināja arī ultrasonogrāfijā, Dace bija stingri pārliecināta, ka var dzemdēt pati. Arī Dacei bija negatīva pieredze ar mēģinājumu ietekmēt viņas lēmumu, jo paziņa mēģināja viņu pārliecināt, ka dzemdēt pašai ir bīstami, tāpēc paziņa izvēlējās par labu ķeizargrieziena operācijai.

Kristīne, Ilze B., Baiba un Dace bija tās respondentes, kuras izvēlējās dzemdēt pašas, nepieļaujot domu par ķeizargrieziena operāciju. Tomēr Baiba un Dace bija tās, kuru viedokli, pēc viņu atziņām, ietekmēja medicīnas speciālists – viņu uzraugošais speciālists. „Es, godīgi sakot, es ļoti uzticējos savai vecmātei un es ļoti klausījos, ko saka viņa. Tā kā citus speciālistus es mazāk klausījos, ko viņi teiks (Baiba, dzemdēja pati, dzemdēja 32 gados)”, „Es pati neizvērtēju draudus, jo uzticējos pieredzējuša ārsta lēmumam” (Dace, dzemdēja pati, dzemdēja 26 gados). Dace savā diskursā lieto vārdu „pieredzējis”, kas ne vienmēr nozīmē, ka ārsts ir profesionāls savā jomā. Atsaucoties uz teoriju, var teikt, ka D. Laptonai ir taisnība, ka sievietes nav tikai pasīvie ķermeņi, kuri pilda visus ieteikumus no medicīnas speciālistu puses. Drīzāk šajā gadījumā sievietes apzināti izvēlējās uzticēt lēmuma pieņemšanu par dzemdību veidu saviem uzraugošajiem speciālistiem, jo uzskatīja to par pareizu rīcību. Lai gan tas drīzāk attiecas tikai uz Baibu, jo Dace norādīja, ka viņas viedokli medicīnas speciālists nejaudāja: „Ārstējošā ārste manu lēmumu īpaši neprasīja. Iespējams, es būtu ar ārsti diskutējusi vairāk, ja mūsu viedokli par dzemdību veidu atšķirtos” (Dace, dzemdēja pati, dzemdēja 26 gados), lai gan Dace norādīja, ka pati izrādīja iniciatīvu informācijas iegūšanai par tūpļa guļas dzemdību iespējām. Tomēr Dace arī norādīja, ka medicīnas speciālisti konsultēja sievieti nepietiekami daudz, lai viņa varētu izvērtēt situāciju pilnībā. Apkopojot visu Daces sniegto informāciju, var secināt, ka tomēr lielā mērā parādās varas attiecības par labu medicīnas speciālistiem. Dace atzinās, ka viņa neiebilstu, ja viņas uzraugošais ārsts

izvēlētos ķeizargrieziena operāciju, jo viņa kategoriski uzskata, ka lēmums par dzemdību veidu ir jāpieņem medicīnas speciālistiem viņu specifisko zināšanu un pieredzes dēļ. Kaut gan pati sieviete ir norādījusi, ka, iespējams, nepiekrītu, ja viedokļi atšķirtos, tomēr pati par saviem vārdiem nav pārliecināta. Šeit ir saskatāma korelācija ar medikalizācijas teoriju. Proti, I. Zola ideja par to, ka paši pacienti veicina medicīnas speciālistu varas palielināšanu pār cilvēku ķermeņiem. Tāpēc par Daces gadījumu var teikt, ka viņas diskurss neattiecas ne uz vienu no iepriekš minētajiem, jo to veido lielākoties medicīnas speciālists.

Savukārt Baibas lēmums bija vairāk tendēts uz dabīgām dzemdībām, neatkarīgi no citu ieteikumiem. Lai arī Baibas uzraugošais speciālists norādīja, ka viņa var dzemdēt pati, tomēr neizslēdza iespēju, ka būs jātaisa ķeizargrieziena operācija. Pati Baiba norādīja, ka viņai bija vairāk bail no ķeizargrieziena operācijas, nekā no dabīgām dzemdībām tūpļa guļā. Šeit parādās, ka Baibu sabiedrības diskurss „**ķeizargrieziens ir drošākais veids**” neietekmēja, jo respondente bija pārliecināta, ka tas ir daudz riskantāks pasākums, nekā dzemdēt pašai. Respondentes ārsts uzņēmas vairāk padomdevēja, nekā galīgā lēmuma pieņēmēja lomu. Baiba ir norādījusi, ka viņas ārste ir izstāstījusi visas iespējas un draudus par tūpļa guļas dzemdībām, kā arī izstāstīja, kādas ir sekas pēc ķeizargrieziena operācijas. Gan Baiba, gan Dace norādīja, ka viņu zināšanas par augļa tūpļa guļu bija pietiekošas, lai viņas varētu pieņemt lēmumu par dzemdību veidu. Tomēr sievietēm bija dažādi avoti, no kuriem viņas ieguva šo informāciju. Baibas gadījumā tas bija medicīnas speciālists, kurš viņu uzrauga, bet Daces gadījumā informāciju nācās meklēt pašai. Var secināt, ka, neskatoties uz sieviešu līdzīgo situāciju, medicīnas speciālistu attieksme bija ļoti dažāda. Dace paļāvās uz medicīnas speciālista diskursu, kuru uzskatīja par vienīgo pareizo. Protams, ir jāņem vērā fakts, ka Baibai šīs bija otrās dzemdības, kas ir viens no iemesliem, kāpēc nebija ieteikumu veikt ķeizargrieziena operāciju.

Savukārt Kristīne un Ilze B. izvēlējās dzemdēt pašas, vadoties pēc saviem uzskatiem. Abas sievietes dzemdēja ģimenes radību namā "Harmonija", kas atrodas Krimuldas pagastā. Ir būtiski norādīt, ka pašas sievietes dzīvo attālināti no šīs iestādes – Limbažos un Jelgavā. Tas liecina, ka sievietes apzināti izvēlējās šo vietu pretstatā pieejamām slimnīcām savās pilsētās. Arī pašas sievietes atzinās, ka ļoti ilgi meklēja iespēju atrast atbalstu dzemdēt pašām:

Un tad es, protams, sāku, jo tuvojās dzemdību termiņš un ginekoloģe man, tā kā sāka uz to ķeizaru...nevis uz ķeizaru, bet būtībā meklēt to līgumu ar vecmāti, braukt uz slimnīcu. Jo mēs tā kā bijām domājuši braukt uz Siguldu un tur mēģināt. Protams, es tā kā biju lasījusi, es zināju, ja es braukšu uz slimnīcu, tad šīs tūpļa guļas dēļ vairāk vai mazāk vedinās uz ķeizaru. Un tā kā man tas ir pirmais bērniņš, tad arī man daktere stāstīja, ka– nu jā, mēs jau nezinām, kāda tu mums dzemdētāja un kas un kā...tā kā vairāk uz to ķeizaru. Bet es kā mamma, es biju izlasījusi grāmatu...Gaidības un radības ar prieku. Nu redz, un tā grāmata mani pamudināja uz tām dabīgajām dzemdībām un uz to, ka es tad varbūt pat slimnīcā negribu (Kristīne, dzemdēja pati 31 gada vecumā).

Būtiski ir atzīmēt, ka gan Kristīne, gan Ilze B. saskārās ar ļoti lielu nosodīšanu no sabiedrības puses, kad pieņēma lēmumu dzemdēt pašas. Sievietes atzinās, ka cilvēki apkārt mēģināja ietekmēt viņu lēmumu par labu ķeizargrieziena operācijai, izmantojot diskursu „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**” un argumentējot, ka augļa tūpļa guļa ir patoloģija. Šeit atkal parādās sabiedrības destruktīvās stratēģijas attiecībā uz Ilzes B. un Kristīnes lēmumu dzemdēt pašām. Respektīvi, sabiedrība nosodīja sieviešu lēmumus, uzstājot veikt ķeizargrieziena operācijas. Tomēr, kā atzinās sievietes, neviens cilvēks tā arī neargumentēja savu nostāju, kāpēc ir jāizvēlas operācija, nevis dabīgās dzemdības. Jāuzsver, ka tieši Kristīne un Ilze B. ir vienīgās no manām respondentēm, kurām bija ļoti liela apņēmība un pārliecība, ka viņas grib dzemdēt pašas. Sievietes atzinās, ka principiāli ignorēja visus iespējamus informācijas avotus par tūpļa guļas dzemdībām, tai skaitā internetu, medicīnas speciālistus un pat tuvus cilvēkus. Respondentes ir norādījušas, ka meklēja informāciju, kas atbalstītu viņu vēlmi dzemdēt pašām un izvēlējās Harmoniju. Tāpēc var teikt, ka šīm sievietēm vadošais diskurss bija – „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”. Abas sievietes vadīja ideja, ka dzemdībām ir jābūt bez jebkādas iejaukšanās. Tāpēc pašas sievietes izrādīja iniciatīvu un atrada medicīnas speciālistus, kuri atbalstīja viņu lēmumu. Tomēr ir jāņem vērā fakts, ka Harmonijas pakalpojumi izmaksā samērā daudz – fizioloģiskās dzemdības 700 eiro, salīdzinājumā ar bezmaksas pakalpojumiem valsts medicīnas iestādēs. Tāpēc būtisks ir arī ekonomiskais konteksts sieviešu diskursā – ne visas varēja atļauties tādu summu, lai slēgtu līgumu ar privāto medicīnas iestādi. Būtībā, parādās galvenā problēma saistībā ar ekonomisko kontekstu – valsts apmaksātas dzemdības ir tikai valsts slimnīcās. Tas nozīmē, ka nereti sievietēm ir jādara tā, ka liek medicīnas speciālisti valsts slimnīcās. Ja sieviete grib darīt savādāk un tam nepiekrīt valsts slimnīcas speciālisti, tad viņai ir jāmeklē citu iestādi, kas nav apmaksāta. Tomēr ne visas sievietes var atļauties privāto iestāžu pakalpojumus.

Gan Kristīnei un Ilzei B., gan arī pārējām sievietēm, kuras dzemdēja pašas, nācās saskarties ar medicīnas speciālistu varas izpausmēm. Kristīnes un Ilzes B. gadījumā sievietēm nācās saskarties ar to, ka viņu uzraugošie speciālisti uzspieda viedokli, ka labāk ir izvēlēties ķeizargrieziena operāciju. Savukārt Vladas uzraugošā ginekologa diskurss bija – „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”. Kaut gan pati sieviete norādīja, ka viņa no paša sākuma gribēja ķeizargrieziena operāciju, kad uzzināja par augļa tūpļa guļu. Tāpat arī Ilona un Ilze D., kurām atšķirībā no Vladas beigās bija akūtā ķeizargrieziena operācija. Šeit parādās varas attiecības, kur medicīnas speciālisti uzstāja uz sava – dabīgām dzemdībām, kaut arī pašas sievietes nebija tām gatavas, jo baidījās. Ilona un Ilze D. tāpat norādīja, ka viņām nebija pietiekoši daudz konsultāciju no viņu uzraugošajiem speciālistiem, kas radīja informācijas

trūkumu par tūpļa guļas dzemdību iespējām un draudiem. Vlada izrādīja iniciatīvu, un pati meklēja pieejamo informāciju, kā arī konsultējās ar citiem medicīnas speciālistiem. Tāpēc viņas lēmumu ietekmēja arī citi speciālisti, kas viņu nomierināja un pārliecināja, ka dzemdēt var arī pati. Būtiska loma Vladas gadījumā bija viņas mātei. Sieviete ir norādījusi, ka viņa pati dzima tūpļa guļā, tomēr viņas mātei bija ķeizargrieziena operācija. Tā kā Vlada ir vienīgais bērns, tad viņas mātes diskurss bija- „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**”, jo viņa vadījās pēc savas pieredzes. No tā var secināt, ka tām sievietēm, kuras nebija pārliecinātas par dzemdību veidu, bija grūti pieņemt lēmumu, jo pastāv dažādas stratēģijas un paņēmieni, kurus izmanto apkārtējie. Arī pašu sieviešu, kuras nebija pārliecinātas, diskursā bija pielietotas tās stratēģijas, kuras izmantoja viņu uzraugošie ārsti. Proti, tās sievietes, kuru ārsti ieteica ķeizargrieziena operāciju, tāpat kā ārsti pielietoja gan saglabājošo, gan destruktīvo stratēģiju.

Savukārt Ilze D. atzinās, ka pilnīgi nebija gatava dzemdēt pati, bet sanāca, ka viņu piespieda jau dzemdību namā, kaut arī uzraugošais ginekologs bija par ķeizargrieziena operāciju. No respondentēs vārdiem izriet, ka viņu Rīgas dzemdību namā neviens neklausījās un paši uz vietas lēma, kā rīkoties, neskatoties uz uzraugošā ārsta norīkojumu. Tas sasaucas ar I. Zola medikalizācijas teoriju, ka medicīnas iestādes veido savus unikālus varas institūtus. Tāpat arī tas ir cieši saistīts ar M. Fuko teoriju par varas attiecībām, kur autors norāda, ka būtisku lomu spēlē arī iestādes arhitektūra. Respektīvi, Rīgas dzemdību nams dažiem cilvēkiem saistās ar varas simbolizēšanu, jo tam ir savi iekšējie likumi un noteikumi. Arī gadījumā ar Ilzi D. notika tā, ka sieviete bija gatavojusies ķeizargrieziena operācijai, bet galīgo lēmumu pieņēma dzemdību nama medicīnas speciālisti. Arī Vladas un Ilonas situāciju var attiecināt uz varas izpausmes gadījumu no medicīnas speciālistiem. Abas sievietes atzinās, ka viņām uzraugošais ārsts nedeva norīkojumu uz ķeizargrieziena operāciju, jo ārsts norādīja, ka galīgo lēmumu pieņem dzemdību nama speciālisti:

Nu, vecmāte, es biju uzskaitē pie vecmātes. Viņa man teica, it kā agrāk bija uzreiz indikācija ķeizaram, bet nu tagad jau vairāk nē...Bet nu viņa pati bija vairāk par ķeizaru, un es dzemdēju Dzemdību namā un tur nav pieņemts, vienalga, vai tev ir vai nav tas ķeizars norādīts no ginekologa, viņi paši uz vietas izlemj. Līdz ar to tur nebija jēgas rakstīt kaut kādus papīrus par ķeizaru. Ja būtu šķērsguļa tad jā, bet tā kā tūplis, tad nu vaira nav indikācija ķeizaram. Un līdz ar to uz vietas viņi izlēma, ko ar mani darīt. Un uz vietas atzīmēja, ka tas ir atkarīgs no tā ārsta, kurš tevi pieņem, ja viņš ķeizaro, tad jā, ķeizars. Bet, ja nu dabīgi, tad nu mēģinām paši (Ilona, akūtā ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 26 gados).

Man diemžēl neviens neļāva izvēlēties ķeizaru, kaut arī mana ginekoloģe uzskatīja, ka ķeizars būtu bijis labākais lēmums manā situācijā. Bet, kā viņa man teica, tad viņai neesot „gala vārds”, galīgo lēmumu pieņēma Dzemdību namā. Noteicošais faktors- šīs man bija otrās dzemdības un tas, ka bērniņš solījās būt mazs. Patiesībā, man likās, ka Dzemdību namā īpaši neinteresēja, ka varētu būt riski gan manai, gan bērna dzīvībai, dzemdējot pašai, kaut arī attieksme bija visnotaļ jauka, tiešām izskatījās, ka viņi negrib

„ķēpāties” ar ķeizaru, un tas, ka pirmās dzemdības man bija smagas, izskatījās, ka nevienu īsti neinteresē. Īstenībā mēģināju uzstāt uz ķeizaru, bet vecmātes ieteikums bija galīgs – dzemdēsi pati! (Ilze D., akūtā ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 24 gados).

Visas trīs sievietes norādīja, ka viņas jutās briesmīgi, jo viņām nelāva piedalīties lēmuma pieņemšanā par dzemdību veidu. Sievietes salīdzināja sevi ar „eksperimentāliem trusīšiem” un atzinās, ka nejutās droši, ka viņām pieder vara pār savu ķermeni. Tas liecina, ka R. Devisas Floidas feminisma teorija ir attiecināma arī uz Latvijas dzemdniecības situāciju. Respektīvi, medicīnas speciālisti, kā arī dažas sievietes uzskata, ka lēmums jāpieņem tikai un vienīgi medicīnas speciālistiem. Savukārt sievietei ir jāpakļaujas šim lēmumam, jo speciālists zina labāk savu specifisko zināšanu dēļ. Tomēr daudzas manas respondentes – gan sievietes, gan medicīnas speciālisti- uzskata, ka dažreiz medicīnas speciālisti spekulē ar savām specifiskajām zināšanām un tādā veidā mēģina saglabāt varu. Attiecīgi pēc R. Devisas Floidas izriet, ka arī Latvijā mēdz pastāvēt viedoklis, ka sievietes ir tikai mašīnas, kuras ražo bērnus, tāpēc viņu viedoklis nav noteicošais. Protams, ir jāņem vērā, ka tas attiecas tikai uz radikāliem gadījumiem un tomēr neattiecas uz dominējošo viedokli. Kā norādīja M. Fuko, ārstam ir jāpilda uzrauga funkcija, kas rūpējas par cilvēku veselību, salīdzinot tos ar garīdzniekiem.

Būtiski ir atzīmēt, ka sievietes, kurām nebija iespējas lemt par dzemdību veidu, izteikti izmanto diskursu **Mēs un Viņi**. Sievietes, runājot par Rīgas dzemdību nama speciālistiem, izmanto vietniekvārdu Viņi, nevis ārsti vai speciālisti. Pieļauju, ka tāda distancētība saistīta ar to, ka tādā veidā sievietes manifestē savu apvainošanos un parāda savu attieksmi pret speciālistiem, neaizvainojot tos tiešā veidā. Izteiktāks tas ir Vladas diskursā, jo viņa lieto ne tikai vietniekvārdu Viņi, bet arī Šie. Kas, manuprāt, vēl spilgtāk parāda nepatiku pret medicīnas speciālistiem dzemdību namā. Arī Ilzes B. diskursā varēja pamanīt maskētu attieksmi pret medicīnas speciālistiem: „Un jā, tad tas medicīnas slānis to izmanto, ka viņi ir it kā tie, kuriem ir tā vara pieņemt lēmumu. Bet tas ir viņu darbs, viņi tā pelna maizīti.” (Ilze B., dzemdēja pati, 26 gados). Sieviete izteikti lieto vietniekvārdu Viņi kopā ar citiem vārdiem, kas atspoguļo diezgan naidīgu attieksmi pret dažiem medicīnas speciālistiem:

Tas dzemdību nams [*Miera ielā*] viņiem tā kā tāds templis, jo viņiem tur it kā vislabākie speciālisti, neonatologi, ginekologi un tur ir viss, viss, vislabākās aparātūras un viņi var tēlot no sevis Dievus un tas, un jā. Viņiem arī to finansējumu piešķir daudz, un tāpēc viņi var veikt to „objektīvo” izvērtējumu un kaut kādus ieteikumus dot. Es domāju, ka droši vien tas ir tas, kāpēc. Es neteiktu, ka pārsvarā. Bet ja nu viņi ir iecelti kā vienīgie, tad viņi arī jūtas. Un jā, nav tādi tā kā speciālisti normāli, tāpēc tā ir patoloģija (Ilze B., dzemdēja pati, dzemdēja 26 gados).

Ilzes D. un Ilonas gadījumā var teikt, ka abas sievietes bija koncentrējušās un gatavojušās ķeizargrieziena operācijai. Tā kā sievietes nebija morāli gatavas dzemdēt pašas un

viņu viedokli būtībā neviens neņēma vērā dzemdību namā, viss beidzās ar akūto ķeizargrieziena operāciju. Abas sievietes uzskata, ka tomēr labāk būtu veikt ķeizargrieziena operāciju uzreiz un attiecīgi viņu diskurss palika nemainīgs - „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**”. Iepazīstoties ar Ilzes D. un Ilonas diskursu, abas atzinās, ka sievietēm ir nepieciešama lielāka informētība un izglītība komplicētu dzemdību jautājumā. Tāpat sievietes ir norādījušas, ka medicīnas speciālistiem ir jāņem vērā sievietes vēlmi un morālo gatavību dzemdību veidam. Ir skaidrs, ka sieviešu diskurss ir atkarīgs no viņu pieredzes. Respektīvi – atkarībā no dzemdību rezultāta veidojas noteikts diskurss, kas pirms dzemdībām mēdz atšķirties. Piemēram, Vladas diskurss pirms un pēc dzemdībām ir izteikti mainījies, jo, neskatoties uz to, ka sieviete pirms tam uzskatīja, ka ķeizargrieziena operācija ir nepieciešama, tomēr jau pēc dzemdībām viņas diskurss ir- „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”. Tomēr joprojām nav skaidrs, kas ir sākotnējais avots, kas veido galvenos diskursus - „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**” un „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”.

Tāpēc papildus tam sievietēm tika uzdots jautājums par to, kā, viņuprāt, veidojas priekšstats par ķeizargrieziena nepieciešamību augļa tūpļa guļas gadījumā. Visas intervētās sievietes ir norādījušas, ka šis diskurss veidojās, balstoties uz citu sieviešu stāstījumiem. Respektīvi, var secināt, ka diskurss par dzemdību veidu ir lielā mērā atkarīgs no stāsta paņēmiena. Sievietes arī ir norādījušas, ka ir ļoti liela loma medijiem. Kā jau tika noskaidrots pēc žurnāla "Mammām un tētiem" datiem, lielākā daļa sieviešu sākumā meklē informāciju internetā un tikai tad vēršas pie medicīnas speciālistiem (Mammām un tētiem, 2014). Manas respondentes arī apstiprināja šo faktu un norādīja, ka medijos pārsvarā ir atspoguļoti tikai negatīvie dabīgo tūpļa guļas dzemdību gadījumi. Visas sievietes, kuras gribēja un dzemdēja pašas, tāpat ir norādījušas, ka medicīnas speciālistiem ir ļoti liela ietekme. Sievietes norādīja, ka viņu paziņu lokā daudzu sieviešu viedoklis bija atkarīgs no tā, kāds ir viņu uzraugošo speciālistu viedoklis. Pašas respondentes tādu pieeju izvērtē kritiski, jo uzskata, ka medicīnas speciālisti tomēr nav pietiekoši kompetenti cilvēki, lai vienmēr akli uzticētos viņu viedoklim. Zīmīgi, ka arī daudzas respondentes, kurām bija ķeizargrieziena operācija, uzskata, ka medicīnas speciālistu zināšanas nav izcilas, lai pilnīgi paļautos uz viņu viedokli. „Tomēr man šķiet, ka nav jākautrējas teikt ārstam savas domas, jo bieži vien ir tā, ka paļaujas uz ārstiem, jo viņi ir ārsti un zina labāk. Es teiktu, ka, pirmkārt, viņi ir cilvēki, un cilvēki mēdz kļūdīties” (Elēna, ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 26 gados).

Daudzas sievietes, it īpaši tās, kuras gribēja dzemdēt pašas, norādīja, ka viņas pašas izdarīja izvēli un negribēja, lai citi viņas ietekmētu, tāpēc izvēlējās meklēt iespēju, kā dzemdēt pašām. No tā var secināt, ka daudzām sievietēm, kurām ir augļa tūpļa guļa un kuras izvēlas ķeizargrieziena operāciju, trūkst informācijas par dzemdību iespējām. Sievietēm arī trūkst

iniciatīvas pašām meklēt šo informāciju, kas būtu precīza un uzticama. Dažas no manām respondentēm, kurām bija ķeizargrieziena operācija, ir norādījušas, ka negribēja lasīt neko daudz, jo negribēja vēl vairāk nobīties. Ķeizargrieziena operācijas izvēli ietekmēja arī fakts, ka visas sievietes cerēja, ka bērns tomēr uz dzemdību brīdi apgriezīsies. Savukārt Kristīne un Ilze B. mērķtiecīgi meklēja iespējas, kā dzemdēt pašām, izvērtējot visus iespējamus scenārijus. Abas sievietes bija morāli gatavas dzemdēt pašas, neskatoties uz apkārtējo mēģinājumu ietekmēt viņu lēmumu ar diskursu par dabīgo dzemdību risku. Tomēr sievietes arī norādīja, ka uzticējās vienai un tai pašai vecmātei, kura pieņēma dzemdības abām sievietēm – Aijai Mikovai. Viņas bija drošas, jo zināja, ja būs nepieciešamība, tad tomēr veiks ķeizargrieziena operāciju.

Ilze B. uzskata, ka cilvēku diskurss veidojas no viņu izglītības līmeņa. Respondente ir norādījusi, ka, viņasprāt, sievietes, kurām nav augstākās izglītības, nemeklē informāciju pietiekoši rūpīgi. Respektīvi, viņām nav pieredzes meklēt informāciju tā, kā to pieraduši darīt studenti augstskolās. Attiecīgi arī pretoties medicīnas speciālistu viedoklim, ja tas nesakrīt ar viņu pašu viedokli. No vienas puses var piekrist sievietei, jo, kā tika minēts teorijas daļā – medicīnas speciālisti mēdz iesaistīties arī cilvēka sociālajā dzīvē, un attiecīgi arī cilvēki mēdz uzticēties medicīnas speciālistiem. Tomēr no otras puses ir jāatceras D. Laptonas viedokli, ka pastāv iespējamība, ka sievietes pašas izvēlas uzticēties medicīnas speciālistiem, jo uzskata to par pareizu. Arī sievietes, kuras izvēlējās ķeizargrieziena operāciju, izvērtēja iespējamību dzemdēt pašas, nevis pilnīgi ignorēja to. Viņas ir norādījušas, ka konsultējās ar daudziem speciālistiem un tad pieņēma lēmumu, nevis tas bija momenta lēmums. Arī bailes par sava bērna dzīvību bija vadošais faktors, nevis kā daudzi uzskata- slinkums mēģināt dzemdēt pašām.

Tomēr nenoliedzami ļoti liela ir medicīnas speciālistu ietekme. Attiecīgi arī diskurss par dzemdību veidu veidojās no speciālistu diskursa. Daudzas respondentes norādīja, ka uzticējās medicīnas speciālistiem, jo jūta, ka nav kompetentas pieņemt galīgo lēmumu. Daudzas sievietes tāpat pamatīgi analizēja situāciju, kāpēc viņu bērns neapgriezās un par iespējamo iemeslu norādīja savu vainu– nepietiekoši vingroja, nesevoja iepriekšējām ārstu rekomendācijām, emocionāli ietekmēja bērna guļu utt. Šī vainas sajūta varēja kalpot par iemeslu uzticēt lēmuma pieņemšanu medicīnas speciālistiem, neiejaucoties procesā. Līdzīgi I. Zola pētījumam par skolēniem, kuri vainoja sevi par slimību un tāpēc uzticēja savu ārstēšanu medicīnas speciālistiem.

Ņemot vērā manu respondentu, atbildes varu spriest arī par medicīnas speciālistu diskursu. Uz jautājumu par to, kas ietekmēja viņu lēmuma pieņemšanas procesu, daudzas sievietes, izņemot Kristīni un Ilzi B., atbildēja, ka tas bija viņu uzraugošais ārsts vai arī māte.

Zīmīgi ir tas, ka manu respondentu mātes, kurām bija ietekmes spēks uz savām meitām, ir vecmātes. Respektīvi – viņas arī ir medicīnas speciālistes. Tas attiecas uz Līgu un Lauru, abām respondentēm mammas pēc profesijas ir vecmātes, un tas lielā mērā ietekmēja meitu izvēli par ķeizargrieziena operāciju. Laura ir norādījusi, ka savai mammai uzticas un ka tā ir vairākas reizes runājusi ar meitu par gadījumiem, kad var un kad nevar dzemdēt pati. Ir jāņem vērā arī tas, ka Laura ir norādījusi, ka viņas bērns solījās būt liels un turklāt vēl zēns, kas vēl vairāk pārliecināja sievieti par labu ķeizargrieziena operācijai. Savukārt Līga ir norādījusi, ka arī viņas māte bija vairāk par ķeizargrieziena operāciju. Kaut gan sieviete ir norādījusi, ka jau bija izlēmusi par labu ķeizargrieziena operācijai, tomēr atzinās, ka viņas viedoklis varēja mainīties, ja māte uzstātu uz dabīgām dzemdībām. Abas sievietes norādīja, ka vairāk uzklusēja mātes padomus kā speciālista viedokli, nevis kā ģimenes locekļa. Tāpēc tas vēl vairāk apstiprina medikalizācijas diskursu par to, ka medicīnas speciālistiem pieder vara, jo viņiem ir specifiskas zināšanas. Protams, nevar teikt, ka šī vara ir slikta. Kā jau minēja M. Fuko, ja varai būtu tikai pakļaušanas loma un negatīva ietekme, tad tā nepastāvētu. Jo būtu tik liela pretestība, ka vara pazustu. Tā kā visas manas respondentes ir norādījušas, ka viņām nebija nekādu problēmu ar bērnu veselību pēc ķeizargrieziena operācijas, tāpēc nevar teikt, ka operatīvā iejaukšanās ir sliktāks variants par dabīgām dzemdībām.

M. Fuko tāpat rakstīja, ka katrai varas izpausmei ir arī pretestība. Arī gadījumā ar augļa tūpļa guļu manām respondentēm Kristīnei un Ilzei B. bija vislielākā pretestības izpausme pret medicīnas speciālistu varu. Gluži kā Laurai un Līgai, Kristīnes māte arī ir vecmāte. Sieviete atzinās, ka viņai nācās saskarties ne tikai ar apkārtējo negatīvo reakciju uz viņas lēmumu dzemdēt pašai, bet arī ar mātes nosodījumu. Respondente norādīja, ka arī viņai bija grūti pieņemt lēmumu, neskatoties uz lielu pārliecību un vēlmi dzemdēt pašai. It īpaši tāpēc, ka viņas māte gan kā ģimenes loceklis, gan kā medicīnas speciālists bija pret to. Arī pēc dzemdībām Kristīne teica, ka viņas mātes diskurss nemainījās un joprojām tika apšaubīts meitas lēmums. Arī vecmāte Astrīda Millere norādīja, ka tāda pretestība nereti notiek starp medicīnas speciālistiem un viņu bērniem. Speciālistes diskursā var pamanīt pretējo destruktīvās stratēģijas pusi – pretestība pret pastāvošo medicīnas speciālistu varu. Lai pārliecinātu par savu diskursu, speciāliste izmanto piemēru par medicīnas speciālistu bērniem. Vecmāte atzina, ka nereti pie viņas nāca tās sievietes, kurām bija konfliktsituācijas ar saviem ģimenes locekļiem par medicīnas jautājumiem:

Un daudz ir gadījumu, kad pie manis nāk ginekologu meitas, un ir pat tas trakums, ka māte ir ginekologs un prasa, lai parāda Mātes pasi un visu laiku kontrolē. Bet jā, tās mammas diezgan...ietekmē, un ka tie bērni domā savādāk. Un tā ir visās profesijās. Un ir zināmi gadījumi, kad ārstiem ir kauns par to, ka viņu bērni dzemdēja paši...turklāt mājās. Man bija viena meitene, viņai 35 gadi un viņai bija tūpļa guļa un viņa ļoti labi piedzemdēja pati un viņai krustmāte piezvanīja, ka viņai vispār kauns, ka viņa ir

krustmeita. Nu, diemžēl ir ar tiem mediķiem, ka bērni negrib ar viņiem...varbūt bērni jau no bērnības redzēja viņu darbu, un tas viņus neapmierināja. Un viņi ir novērojuši to mediķu darbu un grib savādāk...(Astrīda Millere, Stārķa ligzdas un Harmonijas vecmāte).

Lielā mērā var piekrist A. Millerei, ka šāda pretestība rodas no sociālā un vēsturiskā konteksta – bērnu pieredzes vērot savu vecāku darbu un nepiekrist šāda veida rīcībai. Kā rezultātā rodas vēlēšanās pašiem pieņemt lēmumu un izvēlēties to, ko uzskata par pareizu. Tomēr kā jau tika minēts M. Fuko varas attiecību teorijā, vara vienmēr atrod veidu kā sevi izmainīt un manifestēt pa jaunam. Arī gadījumā ar augļa tūpļa guļu, joprojām Latvijā saglabājas priekšstats, ka tūpļa guļas gadījumā dzemdības ir jāpieņem ārstam, nevis vecmātei. Kaut tikai neilgu laiku arī Latvijā tiek praktizētas dzemdības tikai ar vecmāti pēc līguma vai pat mājdzemdības. Tomēr tādu dzemdību skaits ir ļoti minimāls un tas tiek bieži apšaubīts sabiedrībā. Respektīvi, joprojām saglabājas dominējošais viedoklis, ka komplicētām dzemdībām ir jānotiek medicīnas iestādēs un medicīnas speciālistu uzraudzībā. Lai saglabātu šādu varas un kontroles mehānismu gan medijos, gan literatūrā tiek izplatīta informācija par nelaimes gadījumiem, kad sievietes dzemdē mājās vai dzemdē pašas augļa tūpļa guļā. „Man nebija tādas sajūtas, ka mani piespiež. Protams, ka man arī neko daudz nestāstīja par tām dzemdībām” (Līga, ķeizargrieziņa operācija, dzemdēja 28 gadus). Līgas vārdi apliecina ideju par varas maskēšanu, par ko rakstīja M. Fuko. Respektīvi, pati sieviete nejutās, ka viņu piespiež uz ķeizargrieziņa operāciju, tomēr tajā pašā laikā sieviete norādīja, ka viņai netika pietiekoši daudz izstāstīts, lai viņa varētu pieņemt lēmumu racionāli.

Zināma loma ir ne tikai medicīnas speciālistiem ģimenes lokā, bet arī respondentu vīriem. R. Čadvikas un D. Fostera pētījums liecina, ka augļa tūpļa guļas gadījumā (kā arī citu komplicēto dzemdību procesā) varas attiecības ir ne tikai starp medicīnas speciālistiem un sievietēm, bet arī ģimenes kontekstā – starp vīriešiem un sievietēm. Manas respondentes ir norādījušas, ka vīram bija liela nozīme lēmuma pieņemšanas procesā. Piemēram, Kristīne ir norādījusi, ka viņai nācās rīkoties pret savas mātes vēlmēm, bet viņa nebija pārliecināta, ka tāpat rīkotos, ja viņai nebūtu atbalsta no vīra puses. Respondente atzina, ka bija ļoti pateicīga vīram par atbalstu, neskatoties uz tik lielu pretestību no apkārtējiem. Tas vēl vairāk viņu pamudināja rīkoties atbilstoši savai pārliecībai. Arī Ilzes B. gadījumā viņas vīrs atbalstīja savas sievas lēmumu, jo uzticējās tam. Savukārt Līgas vīrs vēl vairāk pārliecināja sievieti izvēlēties ķeizargrieziņa operāciju, jo bija pret to, lai sieviete dzemdētu pati. Kaut gan Līga uzskata, ka vīriešiem nevajadzētu iejaukties sieviešu fizioloģisko jautājumu risināšanas procesos, pieminot gadījumu ar abortu likumiem Saeimā. Savukārt Baiba norādīja, ka viņas vīrs pameta viņu, kad tā vēl bija stāvoklī un tāpēc norādīja, ka nevar zināt, kā viņa rīkotos, ja

vīrs būtu pret dabīgajām dzemdībām. Tāpēc tūpļa guļas dzemdību gadījumā tiek ņemts vērā ne tikai medicīnas, bet arī ģimenes konteksts.

Būtībā, aplūkojot visas manu respondentu atbildes, var secināt, ka tomēr uzraugošie speciālisti vairāk bija par ķeizargrieziena operāciju. Sievietēm šajā jautājumā viedokļi ir diezgan atšķirīgi, tomēr var saskatīt zināmas korelācijas. Tās sievietes, kurām līdz pēdējam brīdim nebija zināms dzemdību veids, uzskata, ka galīgais lēmums ir jāpieņem medicīnas speciālistiem. Tomēr visas šīs sievietes uzskata, ka tieši uzraugošajam speciālistam ir tiesības pieņemt lēmumu, nevis tam, kurš pieņem dzemdības, jo šis speciālists ir ar sievieti no viņas grūtniecības sākuma līdz pašām beigām un, rūpējoties par viņas veselību, pārzina visas viņas īpašības. Tāpēc var secināt, ka daļēji tā ir valsts ekonomiskā un politiskā konteksta problēma, jo valsts apmaksā sievietes dzemdības slimnīcā, kas nozīmē, ka sievietes dzemdības var pieņemt jebkurš speciālists, kas dotajā brīdī ir veic savus darba pienākumus: „Principā, viņa, pieņemot lēmumu, pakļāva briesmām gan manu, gan bērna dzīvību, jo, pavirši uzmetot acis man un manai Mātes pasei, viņa nevar pieņemt objektīvu lēmumu par dzemdību veidu.” (Ilze D., akūtā ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 24 gados.) Gadījumā ar Ilzi – viņas uzraugošais ārsts bija par ķeizargrieziena operāciju, jo, apspriežoties ar sievieti, pieņēma lēmumu, ka viņas gadījumā tas būtu labākais risinājums. Tomēr dzemdību namā sievietei lika dzemdēt pašai, kas gan morāli, gan fiziski ietekmēja viņas stāvokli, un rezultātā bija akūtā operācija. Lai dzemdības varētu pieņemt speciālists, ar kuru sieviete ir konsultējusies un ir pieņemts kopīgs lēmums, sievietei pašai ir jāmaksā. Dažreiz līgums ar medicīnas speciālistu ir samērā dārgs process, ko ne visas pacientes var atļauties. „Nu, es tikai ar savu dakteri. Un tad mēs vēl braucām uz Dobeles slimnīcu un ir tā, ja ir tas nosūtījums citā slimnīcā un sievietes grib tomēr dzemdēt pašas un es tā kā gāju, lai aprunātos, vai būs tā, vai man liks dzemdēt pašai.” (Līga, ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 28 gados.) Tāpēc dažas no manām respondentēm atzinās, ka meklēja medicīnas iestādi, kur darīs tā, kā viņas vēlas: „Un es gribēju skaidru plānu, tāpēc nebraucu uz dzemdību namu un negribēju to loteriju – atļaus, neatļaus.” (Ilze B., dzemdēja pati, dzemdēja 26 gados.)

Sieviešu diskursa veidošanā var arī skaidri pamanīt sociālā konteksta lomu. Piemēram, Ilona pēc izglītības ir medicīnas speciālists, un tas var kalpot par iemeslu, kāpēc sieviete uzskata, ka medicīnas speciālisti ir tiesīgi pieņemt galīgo lēmumu. Pati sieviete arī atzinās, ka viņai augstskolā mācīja, ka augļa tūpļa guļa ir indikācija ķeizargrieziena operācijai. Tā kā pati sieviete ir ļoti jauna – 27 gadi, tas nozīmē, ka viņai vēl nav lielas pieredzes un viņu lielā mērā ietekmēja augstskolas diskurss, ka „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**”. Tas būtībā parāda tendenci, ka jauno speciālistu diskurss veidojas par labu ķeizargrieziena operācijai, ko

apliecina arī mani respondenti- medicīnas speciālisti. Var izdarīt secinājumu, ka Latvijā trūkst tādu jauno speciālistu, kuri spētu pieņemt dabīgās tūpļa guļas dzemdības.

Savukārt sievietes, kuras jau no paša sākuma zināja par augļa tūpļa guļu, uzskata, ka galīgais lēmums ir jāpieņem tikai un vienīgi sievietei. Visas šīs sievietes bija pārliecinātas, un viņas meklēja iespēju, kā to realizēt. Savukārt Līgas gadījumā sieviete ir norādījusi, ka viņas lēmums varētu mainīties, ja viņai blakus būtu atbalsts par labu dabīgajām dzemdībām: „Droši vien, ka es varētu mainīt savu viedokli, to lēmumu, kādā veidā dzemdēt bērnu. Tas arī rada to nedrošību, ka nav to speciālistu, kuri spēj pieņemt tādas dzemdības.” (Līga, ķeizargrieziena operācija, dzemdēja 28 gados.) Respondentes diskursā parādās viens no svarīgākajiem sociālajiem kontekstiem, kāpēc sievietes izvēlas ķeizargrieziena operāciju – speciālistu trūkums. Visas sievietes ir norādījušas, ka tā ir lielākā problēma valstī saistībā ar dzemdību procesu. Tā kā augļa tūpļa guļa ir samērā rets gadījums, daudziem speciālistiem trūkst pieredzes un tāpēc veic ķeizargrieziena operāciju. Arī Laura ir norādījusi, ka viņas māte atteicās pieņemt tūpļa guļas dzemdības, jo tūpļa guļas dzemdību procesā ir svarīga pieņemšanas tehnika, kas atšķiras no galvas guļas dzemdībām.

Kā uzskata M. Fuko, varas attiecības ir visur, un katram indivīdam ir savas varas attiecības ar citiem cilvēkiem, kur viņš gan dominē, gan pakļaujas. M. Fuko arī rakstīja par to, ka varas attiecības nekad nav vienpusējas. Tomēr daudzi indivīdi joprojām domā pretēji. Arī starp medicīnas speciālistiem un sievietēm varas attiecības svārstās. Daļa manu respondentu sieviešu izrādīja lielu iniciatīvu un bija ieinteresētas iegūt informāciju un uzskatīja savus uzraugošos ārstus tikai par padomdevējiem, nevis par galīgā lēmuma pieņēmējiem. Attiecīgi var secināt, ka tomēr nevar viennozīmīgi teikt, ka varas attiecības starp sievieti un medicīnas speciālistiem ir vienmēr vienpusējas par labu speciālistiem. Neskatoties uz specifiskām zināšanām un zinošā speciālista tēlu sabiedrībā, joprojām ir tādas sievietes, kuras nav gatavas sekot visiem speciālista ieteikumiem un vēlas pašas vadīt dzemdību veida izvēles procesu. Tas ir lielā mērā atkarīgs no uzticēšanās līmeņa un no paša indivīda. Nevar arī viennozīmīgi teikt, ka sievietes, kuras pilnīgi uzticas saviem uzraugošiem speciālistiem, rīkojas pasīvi un neizrāda nekādu interesi par dzemdniecības procesu. Savukārt kā uzskata M. Nolana, tās sievietes, kuras daudz konsultējas ar speciālistu, pieņem pareizo lēmumu. Autore uzskata, ka kritikas un nosodīšanas mazināšanas panākšanai, sievietēm ir jāuzlabo kontakts ar speciālistu un jāizvērtē situācija racionāli, tikai tad pieņemot lēmumu. Tomēr tas ne vienmēr tā notiek, kā norāda O. Jonsdotīra, jo autore uzskata, ka tādā veidā medicīnas speciālisti zaudē savu varu par sievietes ķermeni. Arī dažas manas respondentes atzinās, ka daudzi speciālisti neuzklausa viņu viedokli – ne uzraugošie, ne tie, kuri pieņēma dzemdības. Var secināt, ka O. Jonsdotīrai daļēji ir taisnība, un speciālisti tādā veidā grib paturēt varu. Arī sabiedrībā attiecīgi

veidojas viedoklis par medicīnas speciālistu varu. Kā norādīja M. Nolana - sabiedrība mēdz domāt, ka bērnu dzimstība ir bīstams process, kas kļūst drošs tikai medicīnas speciālistu rokās (Nolan, 2011, kā citēts Jonsdottir, 2012). Tādējādi var secināt, ka arī Latvijā sabiedrība aktīvi veicina medikalizācijas attīstību, atbalstot medicīnas speciālistu varu. Protams, ir jāņem vērā, ka tas nemaz nav slikti, jo medicīnas speciālistiem ir vairāk zināšanu par dzemdību procesu un šajā procesā nevar būt pilnīga neiejaukšanās no medicīnas puses. Sākot no grūtniecības sākuma, sievietes apmeklē ultrasonogrāfijas speciālistus, lieto vitamīnus, apmeklē ginekologa izmeklēšanu, kas arī veicina medicīnisko iejaukšanos. Tomēr tas ir drīzāk saistīts ar veselības kontroli un uzlabošanu gadījumā, ja tāda ir nepieciešama, nevis ar varas izpausmi. Manis apskatītajos pētījumos par līdzīgu tēmu netiek minēts, ka arī ārsti ir aplūkoti nevis kā varas veidotāji, bet speciālisti, kuriem rūp viņu pacientu dzīvības. Uzņemoties kontroli par cilvēku veselību, līdz ar varas ieguvumu viņi iegūst arī atbildību par saviem pacientiem. Par to norāda arī manas respondentes. Piemēram, Baiba, Vlada un Laura uzskata, ka sabiedrība ir pieradusi vainot nevis pacientu, ja notika kaut kas slikts, bet medicīnas speciālistus. Lai gan visas manas respondentes ir norādījušas, ka atbildība ir jāuzņemas ne tikai medicīnas speciālistiem, bet arī sievietei. Mēdz būt tā, ka dzemdību procesā sieviete ir pilnīgi ignorējusi speciālista ieteikumus un rezultātā viņas bērns ir guvis traumas. Šajā gadījumā atbildību pārsvarā uzņemas medicīnas speciālisti. Tas daļēji sasaistās ar R. Moinahēna rakstu, ka medikalizācijas procesā par upuriem kļuva ne tikai pacienti, bet arī lielā mērā medicīnas speciālisti. To es skaidrotu tā, ka arī Latvijā medicīnas speciālistiem ir noteikts tēls, tāpēc sabiedrība sagaida no viņiem, ka speciālisti būs pilnīgi atbildīgi par saviem pacientiem un ka darīs visu iespējamo un neiespējamo. Tomēr daudzi cilvēki neņem vērā to, ka paši pacienti dažreiz ignorē speciālistus. No teorijas izriet, ka arī Latvijā ir izteikts patēriņa diskurss, kad pašas sievietes pieprasa no ārstiem ķeizargrieziena operāciju, pat ja tā nav nepieciešama. Gadījumā ar augļa tūpļa guļu daudzas no manām respondentēm izvēlējās ķeizargrieziena operāciju, neskatoties uz to, ka viņām nebija nekādu citu indikāciju. Kaut arī patēriņa diskurss tāpat paredz, ka pašām sievietēm ir jāuzņemas lielāka loma dzemdību veida izvēlē. Tomēr ir jāņem vērā tas, ka dažreiz sievietēm trūkst pilnas informācijas par iespējām un draudiem, lai pašas izvērtētu situāciju un pieņemtu pareizo lēmumu.

Medikalizācijas teorijā tika norādīts, ka medicīna iegūst vēl lielāku varu, kad sadarbojas ar citām jomām, piemēram, ar tehnoloģijām. Augļa tūpļa guļas gadījumā viens no tehnoloģijas paņēmieniem ir augļa ārējā apgriešana. Es jautāju savām respondentēm, vai viņas mēģināja veikt augļa apgriešanu un kāds ir viņu viedoklis par šo pasākumu. Lielākā daļa sieviešu kategoriski norādīja, ka to nedarītu, jo uzskata to par ļoti riskantu pasākumu. Kā norāda respondentes, šis pasākums negarantē 100% rezultātus. Pēc sieviešu stāstītā var

secināt, ka viņas nedarīja to, jo uzskatīja, ka viņu bērniem ir savi iemesli, kāpēc viņi tā guļ. To viņi saista vairāk ar emocionālo kontekstu – bērns nav gatavs iet pasaulē. Arī "Stārķa ligzdas" vecmātes atbalsta šādu viedokli. Vēl viens būtisks faktors, kas ietekmēja sievietes, ir mediju informācija par apgriešanas stāstiem, kuri lielākoties ir neveiksmes stāsti – labākajā gadījumā, ka bērns neapgriezās. Interesants fakts, ka sievietes, kuras dzemdēja pašas, uzskata, ka medijos pārsvarā informācija par tūpļa guļas dabīgajām dzemdībām ir speciāli tikai negatīvajās nokrāsās, lai izvēlētos ķeizargrieziena operāciju. Tāpēc šīs sievietes norāda, ka nelasīja negatīvos piemērus, jo nepiekrita, ka augļa tūpļa guļa ir risks. Tomēr tajā pašā laikā šīs sievietes ir norādījušas, ka augļa apgriešana, viņuprāt, ir liels risks, jo viņas lasīja par daudziem negadījumiem medijos. No tā var secināt, ka sievietes pašas izvēlas, kam ticēt un kam nē. Augļa apgriešana izraisa viņās nemitīgas bailes, jo tā ir samērā jauna tehnoloģija. Liela loma, manuprāt, ir "Stārķa ligzdas", "Harmonijas" un citu organizāciju vecmāšu diskursam par augļa ārējo apgriešanu. Veicot interviju un aplūkojot intervijas internetā, var novērot, ka pārsvarā vecmātes neiesaka veikt augļa apgriešanu tikai tāpēc, ka tā ir varas izpausme pret bērnu. Tā kā "Stārķa ligzda" un "Harmonija" ir vadošās organizācijas, kas atbalsta dabīgās dzemdības, viņu diskurss varēja tieši ietekmēt arī sieviešu viedokli par augļa apgriešanu. Savukārt Vlada un Ilona ir tās respondentes, kuras apmeklēja augļa ārējo apgriešanu, kas abām sievietēm beidzās neveiksmīgi. Daudzas sievietes norāda, ka šāda veida iejaukšanās ir ne tikai riskanta, bet arī bezjēdzīga. Vlada ir norādījusi, ka viņas gadījumā medicīnas speciālisti izturējās pret viņu visai nejauki, un apgriešanas procesā viņa juta vislielāko varas izpausmi no speciālistu puses:

Es esmu vainīga – es neatslābinājos. Tur attieksme bija sliktāka, nekā rupja – kā pret vergu izturējās. Es pat domāju uzrakstīt sūdzību internetā, lai citi iedomātos par šo iestādi. Uz vīru arī kļiedza, ka tā vispār nav viņa darīšana. Vispār, nedaudz pamēģināja un teica – ejiet no šejienes, ja nevarat atslābināties. Un viņiem bija jāieraksta Mātes pasē, ka apgriešana neizdevās, un viņi teica, ka uzrakstīs, ka es atteicos no tā. Un viņi man izrakstīja tabletes, lai dzemdi atslābinātu...beigās jēgas no tām tabletēm arī nebija⁷ (Vlada, dzemdēja pati, dzemdēja 23 gados).

Būtiski ir sievietes vārdi par atbildības noņemšanu. Sieviete norādīja, ka viņai lika parakstīt dokumentu, ka gadījumā, ja kaut kas neizdosies augļa ārējās apgriešanas procesā, tad medicīnas speciālisti par to atbildību nenes. Protams, ir jāņem vērā, ka tas ir atkarīgs no speciālistiem, kas to dara. Arī šajā rīcībā var pamanīt dažu Rīgas dzemdību nama speciālistu

⁷ Я виновата – я не расслабилась. Там отношение было хуже, чем хамское, как с рабом обращались. Я даже думала написать в интернете жалобу, чтобы другие задумались насчет этого заведения. На мужа тоже наорали, что вообще не его дело было. В общем, они немного попробовали, и потом просто сказали – идите отсюда, раз не можете расслабиться. И они должны написать в этом Мамином паспорте, что переворот не удался, и они сказали, что напишут, что я отказалась от него. И они мне прописали таблетки, чтобы матку расслабить... в итоге толку от этих таблеток тоже не было.

varas izpausmi. Tomēr katrai iestādei ir savi noteikumi, kam pacientiem vai nu ir jāpiekrīt, vai nu ir jāmeklē cita iestāde.

Dažas citas sievietes izvēlējās nevis tradicionālās medicīnas tehnoloģijas, bet alternatīvos pasākumus, kā apgriezt bērnu. To var attiecināt uz sava veida pretestību pret tradicionālās medicīnas tehnoloģijām. Piemēram, Kristīne un Dace apmeklēja osteopāta konsultācijas. Visas sievietes, atsakoties no augļa apgriešanas, mēģināja citus paņēmienus – veica vingrinājumus, apmeklēja baseinu, sarunājās ar bērniem. Arī "Stārķa ligzdas" vecmāšu diskursā parādās alternatīvās medicīnas nepieciešamība pretstatā tradicionālās medicīnas tehnoloģijām. Respektīvi, daudzas vecmātes norāda, ka nevajag iejaukties ar tehnoloģijām un tādā veidā ar varu piespiest bērnu apgriezties, bet maigi mēģināt viņam palīdzēt apgriezties. Tādā veidā vecmātes iesaka osteopātu apmeklēšanu, vingrinājumus, kā arī nozīmīga loma ir sarunai ar bērnu.

Gadījumā, kad nav nekādu citu indikāciju, daudzas sievietes ar augļa tūpļa guļu dod priekšroku ķeizargrieziena operācijai. Kā jau tika noskaidrots, viens no galvenajiem iemesliem, ka sievietes izvēlas ķeizargrieziena operāciju, ir informācijas trūkums. Savukārt sievietes, kuras izvēlas dzemdēt pašas, daudz vairāk pievērš uzmanību ķeizargrieziena operācijas seku izpētei. Piemēram, Līga, kurai bija ķeizargrieziena operācija, norādīja, ka viņa atrada internetā informāciju, ka tūpļa guļas dzemdības ir drošākas, ja sākumā nāk ārā bērna kājiņas. Tas liecina, ka sievietei nebija pietiekoši daudz informācijas, kas būtu precīza un korekta. Kā norādīja medicīnas speciālisti, augļa tūpļa guļas gadījumā nedrīkst pieļaut, lai sākumā dzimst kājiņas. Iespējams, ka arī daudzām citām sievietēm, kuras saskārās ar augļa tūpļa guļas gadījumu, medicīnas speciālisti nebija pietiekoši daudz izstāstījuši vai arī viņas ietekmējās no mediju vides. Arī māmiņuursos, par kuriem stāstīja respondentes, netika runāts par tūpļa guļas gadījumu. Medijos arī bieži tiek minēta informācija, ka augļa tūpļa guļa tiek uzskatīta par patoloģiju, tāpēc es uzdevu sievietēm jautājumu, vai viņas uzskata to par patoloģiju vai nē un kāpēc. Pilnīgi visas sievietes ir norādījušas, ka neuzskata to par patoloģiju, drīzāk par īpašu gadījumu, kam ir nepieciešama pastiprināta uzmanība.

Nē...es nezinu, kad pasaka tā, ka liekas, ka bērniņam nav viss OK. Es nezinu, tas viss sabiedrībā ir mākslīgi ir veidots kā problēma. Un man liekas, ka galva ir lielāka par dupsī, bet nu nē...nav traki. Vienīgi man vecmāte pateica, ka atšķiras tikai tas, ka prasa nedaudz vairāk laika...un tikai nedaudz. Un neatbalsta, jo ir vairāki ķeizari un nav tās prakses, un tāpēc ir tā. (Elīna, dzemdēja pati, dzemdēja 31 gada vecumā.)

Es tūpļa guļu neuzskatu par patoloģiju. Atsakos piekrist šādam formulējumam. Padomājiet, ja dzīvnieks, piemēram, aita jērus dzemdē ar kājām pa priekšu, vai dabas likumi nevar attiekties arī uz cilvēku? (Dace, dzemdēja pati, dzemdēja 26 gadus.)

Daži autori uzskata, ka no medikalizācijas perspektīvas, medicīnai ir vara noteikt viņa sociālo statusu – norma vai patoloģija. Autori tāpat norāda, ka tāda stingra nodalīšana noved pie tā, ka liela sabiedrības daļa kļūst par slimiem cilvēkiem, jo tiem novēro patoloģijas pazīmes. Vēl vairāk tas pastiprinās augļa tūpļa guļas gadījumā, kad daudzas sievietes uzskata, ka tā ir patoloģija. Tomēr, novērojot informāciju medijos, šis viedoklis ir izteikts vairāk to sieviešu vidū, kuras nesaskaras ar tūpļa guļas dzemdībām. Un kā pašas sievietes atzinās – viņu uzskati veidojas atkarībā no ārstu uzskatiem. Savukārt sievietes, kuras saskārās ar tūpļa guļas dzemdībām, to neuzskata par patoloģiju un atsakās šo gadījumu tā dēvēt. Protams, jāņem vērā sociālais konteksts, ka neuzskatīt tūpļa guļu par patoloģisku ir fakts, ka tas notika ar viņām un viņu bērniem un sievietes negrib justies un tikt uztvertas kā slimas. Tomēr drīzāk tas ir saistīts ar to, ka sievietes diskursu tāpat ietekmēja pārmaiņas pasaulē un arī vēsturiskais konteksts. Respektīvi, diskurss „**agrāk dzemdēja pašas, viss bija labi**” spēlē nozīmīgu lomu, lai definētu tūpļa guļu par normālu, nevis patoloģisku guļu. Sievietes, kuras izvēlējās ķeizargrieziena operāciju, tāpat neuzskata tūpļa guļu par patoloģiju, vairāk to saista ar ilgāku un pastiprinātas uzmanības pieprasību procesu. Tāpēc var secināt, ka Latvijā, neskatoties uz daudzu cilvēku uztveres izmaiņām attiecībā uz tūpļa guļu, joprojām daudzu speciālistu un sabiedrības diskursā tā tiek saukta par „nepareizo guļu”, kas būtībā ir sinonīms patoloģijai. Savām respondentēm es lūdzu paust savu viedokli, kāpēc ir pieņēmums, ka tūpļa guļa ir patoloģija. Daudzas saista to ar neizglītību, jo - kā jau tika minēts – jauniem speciālistiem trūkst pieredzes un izpratnes par tūpļa guļas dzemdībām. Daļa sabiedrības nav pietiekoši iedziļinājusies pētījumos par tūpļa guļas dzemdībām un tāpēc uzskata to par patoloģiju. Liela daļa manu respondentu tāpat ir minējušas, ka tas ir saistīts ar varas izpausmi. Respektīvi – medicīnas speciālistu komisija lemj, ko dēvēt par patoloģiju un ko nē. Kas ir cieši saistīts ar medikalizācijas teoriju un I. Illiča sociālo jatroģenēzi, attiecīgi – ka tiek medikalizēta cilvēku dzīve kopumā. Augļa tūpļa guļas gadījumā medikalizācija izpaužas dēvēšanā par patoloģiju un veido sabiedrībā noteiktu diskursu par „patoloģiskām dzemdībām”. Vairākas sievietes no manām respondentēm piekrīt, ka medicīnas speciālisti grib paturēt varu pār sieviešu ķermeņiem un tāpēc kontrolē dzemdību procesu. Šim diskursam sievietes izmanto savu vai savu paziņu pieredzes stāsta paņēmieni.

Nobeigumā es uzdevu sievietēm jautājumu par viņu ieteikumu citām sievietēm, kuras saskaras ar augļa tūpļa guļu. Visas sievietes bez izņēmuma norādīja, ka galvenais ir ieklausīties savā ķermenī un saprast, ko grib pati sieviete. Pat tās sievietes, kuras norādīja, ka jāklausa un jāseko medicīnas speciālistu viedoklim un ka lēmums ir jāpieņem speciālistam. Tas liek secināt, ka dažas sievietes nonāca pretrunā savā diskursā un tomēr, viņuprāt, lēmums ir jāpieņem sievietei. Respondentes norādīja, ka abām iesaistītajām pusēm jāizrāda

pārliecinoša iniciatīva un atbildība par saviem lēmumiem, nevis jāvairo vienam otru. Lai gan dažu sieviešu diskursā parādās stingrs sadalījums **Mēs un Viņi**.

Kopumā, aplūkojot sieviešu diskursu, var secināt, ka Latvijas situācija ir līdzīga citām valstīm, kur tika veikti līdzīgi pētījumi. Neskatoties uz mediju un citu sieviešu pieredzes ietekmi, joprojām daudzi medicīnas speciālisti uzskata, ka viņiem pieder vara pieņemt lēmumu sievietes vietā, neskatoties uz viņas emocionālo stāvokli. To apliecina gan sieviešu paustais viedoklis un dalīšanās ar pieredzi, gan arī medijos atspoguļotais sieviešu, kurām auglis atrodas galvas guļā, dzemdību pieredzes diskurss. Tomēr jāņem vērā arī fakts, ka dažām sievietēm trūkst ne tikai informācijas par iespējām un draudiem tūpļa guļas dzemdību izvēlē, bet arī iniciatīvas izrādīšana. Daudzas no manām respondentēm pašas atzinās, ka viņām trūka informācijas un tas varētu kalpot par iemeslu, kāpēc viņas izvēlējās ķeizargrieziena operāciju.

Tāpat būtisku lomu spēlē atbalsts no apkārtējiem. Respektīvi, daudzām no manām respondentēm trūka atbalsta no radiem vai draugiem un drīzāk viņas tika nosodītas. Tas radīja emocionālo pārdzīvojumu, un tāpēc sievietes izvēlējās, pēc viņu domām, drošāku veidu – ķeizargrieziena operāciju. Sievietēm tāpat trūka informācijas par viņu tiesībām, tam piekrita Kristīne un Ilze B., vienīgās no manām respondentēm, kurām bija stingra pārliecība dzemdēt pašām. Citiem vārdiem sakot, daudzas sievietes nezina, ka viņām ir tiesības pašām lemt par dzemdību veidu un neviens medicīnas speciālists nevar viņas piespiest. Protams, tas ir atkarīgs no tā, vai gadījumam nav citas indikācijas, kas liek veikt ķeizargrieziena operāciju. Daudzas sievietes saskaras ar varas izpausmi no medicīnas speciālistu puses, kaut arī nebija morāli gatavas dzemdēt pašas. Tomēr dažu sieviešu piemērs liecina, ka D. Laptonas ideja par to, ka cilvēki nav pasīvi ķermeņi, ir patiesa. Daudzas sievietes pašas izvēlējās uzticēties saviem uzraugošiem ārstiem un arī speciālistiem, kuri viņām pieņēma dzemdības, jo uzskatīja to par pareizu rīcību. Tomēr ir jautājums, vai viņas bija pietiekoši informētas par augļa tūpļa guļu, lai pieņemtu lēmumu uzticēt galīgo izvēli speciālistiem. Kā liecina dažu manu respondentu atbildes, tad viņas bija informētas nepilnīgi. Sievietes ir norādījušas, ka medicīnas speciālistiem bija izdevīgi viņas neinformēt, lai paturētu varu pār procesu, kas sasaucas ar M. Nolanas teoriju. Tika noskaidrots arī fakts, ka sievietes bieži vien neizvērtē situāciju līdz galam, jo paļaujas uz to, ka bērns vēl spēs apgriezties. Tas būtībā nav sliksti, jo tādā veidā sievietes sevi nomierina. Tomēr tas traucē sievietēm sagatavoties dažādiem scenārijiem un izvērtēt iespējamus variantus, lai būtu gatavas tiem.

Būtisks faktors, kas ietekmēja sieviešu diskursu, ir ne tikai varas attiecības ar medicīnas speciālistiem, bet arī ar saviem vīriem. Dažas sievietes norādīja, ka izvēlējās ķeizargrieziena operāciju, jo arī viņu vīru diskurss bija „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**”.

Savukārt tās sievietes, kuras izvēlējās dzemdēt pašas, neskatoties uz nosodījumu no apkārtējiem cilvēkiem, bija atbalstītas no vīru puses.

Kopumā, analizējot sieviešu atbildes, var norādīt, ka viņu diskurss ir skaidrs, mērķtiecīgs un fokusēts uz to, lai viņas tiktu sadzirdētas. Sieviešu diskursā nav *topoi* paņēmieni, bet būtisku lomu spēle acīmredzams noliegums. Proti, dažu sieviešu diskursā ir manāmi paņēmieni – Nē, man nav iebildumu pret speciālistiem, bet viņi rīkojas nepareizi.

4.3. Vadošie diskursi un varas attiecības medicīnas speciālistu viedoklī par tūpla guļas dzemdībām

Šajā apakšnodaļā tiks analizēts medicīnas speciālistu diskurss. Kopumā tapa intervijas ar sešiem speciālistiem, daļai no tiem nebija pieredzes tūpla guļas dzemdību pieņemšanā. Es centos izvēlēties pēc iespējas dažādu amatu un vecuma medicīnas speciālistus, lai noskaidrotu, vai tam ir nozīme diskursa veidošanā. Intervijas izdevās ar divām vecmātēm un trīs ginekologiem, tikai viens no tiem ir arī dzemdniecības speciālists. Tikai diviem no intervētiem medicīnas speciālistiem ir pieredze pieņemt tūpla guļas dzemdības. Līdz ar to ir interesanti salīdzināt speciālistu diskursus atkarībā no viņu pieredzes. Analīzes laikā būtiska loma ir sociālajam kontekstam, respektīvi, tam, kurā vietā strādā speciālists, un arī vēsturiskajam kontekstam – kāda ir viņa darba pieredze.

Iesākumam, medicīnas speciālistiem es uzdevu jautājumu par to, kāda ir viņu pieredze dzemdniecības nozarē un vai viņiem ir pieredze tūpla guļas dzemdībās. Tikai A. Millere un D. Rezeberga ir medicīnas speciālisti, kuriem ir šāda pieredze. Vēl viens medicīnas speciālists, kuru intervēju, ir vecmāte ar dzemdniecības pieredzi, savukārt vēl divi speciālisti ir ginekologi, kuriem dzemdniecības pieredzes vispār nav.

D. Rezeberga un A. Millere norāda, ka viņu pieredze ir ļoti liela – vairāk nekā 30 gadi. Abi speciālisti ir norādījuši, ka laikā, kad viņas tikai sāka strādāt dzemdniecības nozarē, nebija ķeizargrieziena operācijas kā tādas. Šīs operācijas notika, ļoti reti un tām gatavojās ļoti nopietni, jo tajos laikos diskurss bija, ka „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**” un „**ķeizargrieziena operācija ir ļoti riskants pasākums**”. Speciālisti uzsver, ka vēl pirms 20 gadiem sievietēm vispār nebija domas par operāciju, jo to uztvēra kā galīgo variantu. Savukārt jau mūsdienās, attīstoties tehnoloģijām, mainījās arī diskurss. Speciālisti norāda, ka mūsdienās ķeizargrieziena operāciju uztver kā labāko risinājumu daudzām problēmām. No speciālistu teiktā var secināt, ka ar tehnoloģiju attīstību pazuda individuālā pieeja katram pacientam. Tas cieši sasaistās ar antropoloģes R. Devisas Floidas teoriju par dzemdību procesu pēc konveijera principa, kur visos sarežģītos gadījumos veic ķeizargrieziena operāciju, tādā veidā padarot dzemdības par bezpersonīgu procesu, attiecīgi veicinot

medikalizācijas izplatību un medikalizācijas diskursa spēku. Speciālisti apliecina faktu par P. Konrada teikto – ne tikai medicīnas speciālisti veicina medikalizācijas izplatību, bet arī pacienti ir iesaistīti šajā procesā.

Papildus medicīnas speciālistēm es uzdevu jautājumu par bērna dzimuma lomu lēmuma pieņemšanā par dzemdību veidu. Skeptiskāk pret diskursu par kaitējumu dzimumorgāniem puikām izturas Stārķa ligzdas speciālistes:

Kad es sāku strādāt, kā es teicu, nebija šīs te sonogrāfijas, dzemdēja gan arī puikas, gan arī meitenes. Un par to, ka tur tās oliņas var saspīest un vēl to visu, man gan ļoti gribas zināt, kā tas ir iespējams, jā. Vai kāds aiz viņām rauj, neesmu īpaši dzirdējusi, ka tie vīrieši, kuri ir neauglīgi, ir dzimuši tūpļa guļā. Tur ir cita problēma, nevis tā, ka viņš ir dzimis tūpļa guļā un, ja aptaujātu viņus, atrastu, paprasītu, vai viņi nav spējīgi taisīt bērnus, jā. Tā nebūtu tā problēma un tur tiešām būtu jārauj aiz tām olām ārā. Nu tas, ka viņas izkaras ārā – nu un? Nu lai karājas (vecmāte, Stārķa ligzda).

Protams, ir jāņem vērā, ka Stārķa ligzda ir organizācija, kas atbalsta dabīgās dzemdības. Attiecīgi arī viņu diskurss veidojas, balstoties uz viņu organizācijas mērķi – „**dzemdēt pašām, ķeizargrieziena kā ekstrēmais variants**”. Tomēr arī Rīgas dzemdību nama galvenā ginekoloģe neizdala bērna dzimumu kā indikāciju ķeizargrieziena operācijai. Stārķa ligzdas vecmātes un Dace Rezeberga attiecībā uz dzimuma izšķirošu lomu dzemdību veida izvēlē pielieto transformatīvo stratēģiju, no kuras arī izriet konstruējošā stratēģija. Proti, speciālistes uzskata, ka ir maldinošs priekšstats par dzimuma lomu tūpļa guļas dzemdībās. Speciālistes detalizēti izskaidroja kā notiek puiku dzemdības tūpļa guļā, argumentēti paskaidrojot savu nostāju.

D. Rezeberga, atsaucoties uz vēsturisko kontekstu, norādīja, ka lielāko lomu pasaules diskursa izmaiņās veicināja TBT, par ko tika runāts iepriekš. Kā es norādīju, speciāliste uzskata, ka TBT tiešā veidā ietekmēja pārmaiņas tūpļa guļas dzemdībās par labu ķeizargrieziena operācijai. Arī dūla Linda Rozenbaha uzskata, ka TBT pētījuma rezultāti veicināja pārmaiņas visā pasaulē par dzemdībām tūpļa guļas gadījumā. Vadlīnijas ķeizargrieziena operācijai izstrādāja, balstoties uz pētījumu. Tas, ka tika veikts pētījums, bija noteicošais faktors pārmaiņām, jo tas bija balstīts uz pierādītiem faktiem, ka sievietes, kuras dzemdēja pašas bērnus tūpļa guļā, saskārās ar pēcdzemdību problēmām. Var teikt, ka 2000. gadā TBT pētnieki izmantoja transformatīvo stratēģiju, pilnīgi mainot izpratni par dzemdību veidu tūpļa guļas gadījumā. Tomēr kā arī norādīja D. Rezeberga, ar laiku pievērsa uzmanību pētījuma metodoloģijai un iegūtiem rezultātiem un secināja, ka dati nav pareizi interpretēti. Tas veicināja kārtējās pārmaiņas pasaules diskursā, atgriežoties pie sākotnējā „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”:

Nu tad, protams, tanīs laikos visi dakteri pieņēma tūpļa guļas dzemdības un zināja, kā to darīt, un pacietīgi bija...vajag pacietību un sievietes arī nevarēja iedomāties, ka tā

var...tā kā paprasīt ķeizargriezienu vai kaut kā ietekmēt šo procesu, tā kā neviens par to nebija iedomājies. Nu bet...zinātne un visādas lietas ir mainījušās un 2000. gadā, kaut kad, man liekas, iznāca viens tāds liels zinātnisks pētījums, kas pasaka, ka tūpļa guļas dzemdības principā krietni apdraud jaundzimušā veselību un ir ar ilgtermiņa sekām. Principā, dzemdības tūpļa guļā ir patoloģija un ka ir jāveic ķeizargriezienu operācija. Tas ļoti mainīja, teiksim tā, visā attīstītajā pasaulē attieksmi pret tūpļa guļu un ķeizargriezienu operāciju. Un principā arī Latvijā. (Dace Rezeberga, ginekologs un dzemdniecības speciālists.)

Tomēr, ņemot vērā sociālo kontekstu – D. Rezeberga ir Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas (turpmāk GINASOC) prezidente. Kā jau minēju ievadā – GINASOC mājaslapā bibliotēkas sadaļā ir izvietotas klīniskās vadlīnijas ķeizargriezienu operācijai. Tur ir norādīts, ka augļa tūpļa guļa sarakstā ar indikācijām ķeizargriezienu operācijai ir pirmajā vietā. Protams, ir jāņem vērā fakts, ka šīs rekomendācijas tapa 2008. gadā un kopš tā laika diskurss daudzu medicīnas speciālistu ir mainījies. Tomēr, kā jau norādīju iepriekš analizē, – sabiedrībai ir grūtāk sekot līdzi jaunākajām tendencēm medicīnas attīstībā. Un vēl grūtāk noticēt medicīnas speciālistiem, ka var dzemdēt pašas augļa tūpļa guļas gadījumā, ja vēl 2008. gadā GINASOC bija izstrādājuši vadlīnijas, kas paredzēja ķeizargriezienu operāciju tūpļa guļas gadījumā. Teorijā par to rakstīja Konrads, ka medikalizācija izpaužas vismaz trīs līmeņos. Gadījumā ar augļa tūpļa guļu var teikt, ka vēl nesen tā tika uzskatīta par patoloģiju gan konceptuālajā līmenī, piemēram, GINASOC minētā mājaslapā augļa tūpļa guļa ir pirmajā vietā kā indikācija ķeizargriezienu operācijai. Gan institucionālajā – augļa tūpļa guļas gadījumā pielieto apgrīšanu, tabletes un vēl joprojām daudzi pielieto ķeizargriezienu operāciju. Gan interakciju līmenī – kad medicīnas speciālisti, konsultējot sievietes, vēl nesen ieteica ķeizargriezienu operāciju katrā tūpļa guļas gadījumā. Var secināt, ka visi šie līmeņi palīdzēja medikalizācijai iesakņoties Latvijas sabiedrības diskursā par labu ķeizargriezienu operācijai. Būtībā var secināt, ka GINASOC stratēģija bija konstruējošā jautājumā par dzemdībām tūpļa guļas gadījumā, jo GINASOC ir vadošā asociācija dzemdību jautājumos. Respektīvi, šī organizācija izstrādā vadlīnijas, un būtībā viņiem pieder vara lemt par dzemdību norisi. Var teikt, ka šobrīd notiek augļa tūpļa guļas demedikalizācija. Kā norāda P. Konrads, spilgtākie demedikalizācijas piemēri ir homoseksuālisms un masturbācija, tomēr joprojām ir konservatīvā sabiedrības daļa, kas tos uzskata par slimību. Arī gadījumā ar augļa tūpļa guļu nav manāms liels progress Latvijas sabiedrības diskursa izmaiņā.

Lielākoties medicīnas speciālisti uzskata, ka daudzi speciālisti, izvēloties veikt ķeizargriezienu operāciju, izvairās no atbildības:

Tās ir bailes no vainošanas, es piekrižu. Un arī otra lieta, ir daudz...ir grūti būt pacietīgam, sēdēt un gaidīt un darīt to darbu un sevišķi, ja ir runa par šīm te...tūpļa guļām vai iegurnā priekšguļu. Nu, tas ir 4%....tas ir reti, un ikdienā nav tās pieredzes, tā rokas trenēšana un nav iespējas to trenēt un tie ir mirklī, tev pa sekundēm ir jāreaģē,

ir jādoma ātri, kas un ko. Un vienkārši vērot, lai viss notiek. Un kurā brīdī tev vajadzīga iejaukšanās, tiešām – vai nu ir nepieciešama stimulācija, vai nē un tad tiešām, kad tas mirklis, kad tas bērniņš nāk ārā, tev jābūt attapīgam un ar savām rokām palīdzēt un tā. (Astrīda Millere, Stārķa ligzdas un Harmonijas vecmāte.)

Ir bijušas situācijas, kad var secināt, ka šī vara “es zinu labāk” ir izmantota. Reizēm vienkārši pieklibo skaidrošanas spējas vai pietrūkst laika, ko velīt vienam cilvēkam. Brīnišķīgi, ka ir ārsti, kas prot gan izskaidrot vienkāršā valodā, gan emocionāli atbalstīt, gaidību laikā tas ir ļoti svarīgi. (Linda Rozenbaha, dūla, grāmatas „Gaidības un radības ar prieku” autore)

Savukārt viens no medicīnas speciālistiem, kuru es intervēju, uzskata, ka tieši otrādi – medicīnas speciālisti, kuri izvēlas ķeizargrieziena operāciju, ir ļoti atbildīgi un negrib riskēt ar savu pacientu dzīvību. Šajā gadījumā ir jāņem vērā sociālais un vēsturiskais konteksts – trīs manas respondentes ir speciālistes ar lielu pieredzi, kuri strādāja vēl tad, kad ķeizargrieziena operācijas nebija izplatītas. Savukārt jaunie speciālisti, kuriem vēl nav tik lielas pieredzes un viņi tik tikko pabeiguši mācības, ir iemācīti, ka ķeizargrieziena operācijas ir labākais risinājums sarežģītajās situācijās. Augstskolās vēl joprojām topošajiem speciālistiem tiek mācīts, ka tūpļa guļas gadījumā ir nepieciešama ķeizargrieziena operācija. Par to atzinās arī mani respondenti, kuriem ir 27 un 29 gadi. Protams, ir jāņem vērā, ka tas nevar tikt attiecināts uz visām augstskolām, kur ir medicīnas fakultāte. Solot anonimitāti, es neprasīju šīm respondentiem, kādu augstskolu viņas pabeidza. Tomēr var novērot būtiskas atšķirības medicīnas speciālistu diskursā uz vēsturiskā konteksta pamata. Citiem vārdiem sakot, pieredzējušu speciālistu diskurss ir „**agrāk dzemdēja pašas, viss bija labi**”, savukārt jauno speciālistu diskurss – **agrāk dzemdēja pašas, bet bija daudz problēmu**”. Attiecīgi arī diskursīvās stratēģijas, ko lieto speciālisti ir atšķirīgas atkarībā no tā, kādu diskursu tie aizstāv. Var secināt, ka tas ir viens no apliecinājumiem, ka medicīnas speciālistu diskurss ietekmē sociālo realitāti tiešā veidā. Respektīvi - sabiedrības diskursā parādās tādi paši diskursi, kas izraisa asas diskusijas. Jaunie speciālisti izmanto savā diskursā *topoi paņēmienu* ” „dabīgās dzemdības ir ļoti riskants pasākums” un „tūpļa guļa ir patoloģija”. Tomēr uz manu jautājumu speciālisti arī atbildēja, ka tas ir drīzāk saistīts ar to, ka tā viņi tika iemācīti augstskolā. Var secināt, ka būtisku lomu spēlē sociālais konteksts – kur cilvēks ir mācījies, kāda viņam ir pieredze. Viens no speciālistiem, pastiprinot savu diskursu par labu ķeizargrieziena operācijai, uzskata, ka ir nepieciešamas stingrākas vadlīnijas, kurām būtu jāseko visiem medicīnas speciālistiem. Būtībā šis speciālistes diskursā skaidri var redzēt medikalizācijas izpausmi. Respektīvi – ir jābūt noteiktām vadlīnijām, kurām ir jāseko medicīnas speciālistiem. Pat neskatoties uz to, ka gadījumi ir ļoti individuāli un tas pilnībā izslēdz sievietes lomu lēmuma pieņemšanas procesā un pilnīgi pakļauj šo procesu medicīnas

speciālistu varai. Citiem vārdiem sakot, tas atgriež medicīnas attīstību atpakaļ, kad lielākais diskurss par tūpļa guļas dzemdībām piederēja TBT pētījuma rezultātiem.

Tomēr pieredzes trūkums ne vienmēr ir noteicošais diskursa konstruēšanā par tūpļa guļas dzemdībām. Piemēram, "Stārķa ligzdas" vecmāte, kurai nebija pieredzes pieņemt tūpļa guļas dzemdības, arī uzskata, ka ķeizargrieziena operācija šajā gadījumā ir daudz riskantāka. Sākumā ir jānoskaidro, vai sieviete spēs dzemdēt pati un tikai tad lemt par dzemdību veidu. Tomēr šīs speciālistes gadījumā jāņem vērā, ka viņa ir no privātās medicīnas iestādes, kuras fokuss ir dabīgās dzemdības. Attiecīgi sociālais konteksts ir noteicošais faktors speciālistes diskursā.

Lielākā daļa respondentu uzskata, ka sākumā ir jātiek skaidrībā par to, vai ir iespēja dzemdēt pašai vai nē. Speciālisti tāpat ir uzsvēruši, ka ļoti lielu lomu spēlē aprunāšanās ar sievieti. Pēc speciālistu pieredzes tika noskaidrots, ka medicīnas speciālistu vidū nav izplatīts aprunāties ar saviem pacientiem un teikt viņiem visu patiesību. To respondenti saista ar varas izpaušmes faktoru. Tā kā paši respondenti lielākoties uzskata, ka varai pieņemt galīgo lēmumu ir jābūt tikai un vienīgi sievietes rokās. Tomēr pēc viņu atziņām realitātē tas notiek samērā reti, un vairākos gadījumos medicīnas speciālisti uzspiež savu viedokli. „[...] viņiem viss ir pa punktiņiem, te ir receptīte, te ir tas un šitas un darīsi tā, kā es tev saku vai arī- tur ir durvis. Un daži tā arī dara, to es zinu, jo bieži vien pie manis nāk šie izraidītie pa durvīm. Un tā arī ir tajā profesijā.” (Astrīda Millere, "Stārķa ligzdas" un "Harmonijas" vecmāte.) A. Milleres diskursā var saskatīt M. Fuko ideju, ka daudzas iestādes, tai skaitā arī medicīnas, ir sākotnēji domātas, lai sniegtu sabiedrībai palīdzību ar specifiskām zināšanām. Tomēr realitātē šīs iestādes ir domātas, lai pakļautu sev sabiedrību ar šīm zināšanām.

Aplūkojot kopsakarībā A. Milleres un sieviešu, kurām ir pieredze tūpļa guļas dzemdībās, sniegtās atbildes var secināt, ka Rejam Moinahēnam ir taisnība – „šobrīd katrām zālēm ir atrastas slimības” (Moynahen, 2002, p. 3). Citiem vārdiem sakot, daudzu speciālistu un sieviešu diskursā ir nostāja, ka augļa tūpļa guļa (kā arī daudzas citas komplicētās situācijas) ir mākslīgi padarīta par patoloģiju un, lai to izārstētu, rada dažādus medikamentus, maksas vingrinājumus, augļa ārējo apgriešanu. Jāņem vērā fakts, ka par ķeizargrieziena operācijām slimnīcas saņem lielāku finansiālo atbalstu no valsts, nekā par patoloģiskām vai normālām. Arī daži mani respondenti norādīja, ka tas ir viens no iemesliem, kāpēc dažās slimnīcās izvēlas par labu ķeizargrieziena operācijai. Proti, no tā var secināt, ka dažu medicīnas speciālistu diskursu pastiprina ekonomiskais konteksts.

Analizējot paņēmienus, kurus izmanto medicīnas speciālisti savā diskursā, var pamanīt, ka valsts iestāžu speciālisti vairāk atsvešinās no sievietēm. „Un ja nu nesanāk sagrozīt un ja pacients pilnīgi saka – nē! Tad nu mēs arī uzklusām, mēs tā ar varu nē...jo

mums tiešām vajag to līdzesamību.” (Dace Rezeberga, ginekologs un dzemdniecības speciālists.) Daces Rezebergas gadījumā speciāliste lieto vārdu „pacients” vīriešu formā, kā arī daži citi respondenti skaidri dala **Mēs un Viņi**. No vienas puses tas ir drīzāk saistīts ar profesionālismu – dalīt personīgās attiecības un profesionālās attiecības. No otras puses, tas var liecināt par maskētu varas izpausmi. Saucot sievietes par pacientiem, var signalizēt par to, ka tās ar vārdu spēku mēģina padarīt slimas. Proti, pacienti uzreiz asociējas ar slimību, kuru nepieciešams izārstēt. Tādā veidā var pieņemt, ka dažu medicīnas speciālistu diskurss ir fokusēts uz medikalizācijas izpausmi. Savukārt Stārķa ligzdas vecmāšu un dūlas Lindas Rozenbahas diskursā var pamanīt pilnīgi pretējo paņēmienu – pietuvināšanos. Proti, vecmātes izmanto ne tikai vārdu „sievietes”, bet arī pieliek klāt vārdus „mana”, „mūsu”, „meitenes”, pilnīgi izvairojoties no vārda „pacientes”. To var sasaistīt ar sociālo kontekstu jeb medicīnas speciālistu profesiju – vecmāšu funkcijās ir ne tikai pieņemt dzemdības, bet arī sniegt informāciju un atbalstu topošajām māmiņām. Kaut gan arī ārstu pienākumos ietilpst šīs funkcijas, tomēr ne visi tās pilda. Savukārt "Stārķa ligzdas" vecmātes ir privātās speciālistes, kuru pakalpojumi ir par maksu, kas ir viens no iemesliem pildīt savus pienākumus iejūtīgāk un uzmanīgāk. Jāņem vērā arī fakts, ka "Stārķa ligzdas" vecmātes ar sievietēm ir no grūtniecības sākuma un līdz pašām dzemdībām, kas var kalpot par vēl vienu iemeslu pietuvināšanās paņēmienam. Savukārt valsts iestāžu speciālisti, it īpaši Rīgas dzemdību nama, pārsvarā satiekas ar sievietēm tikai dzemdību brīdī, tāpēc nevar rasties tik siltas attiecības. Protams, nevar arī apgalvot, ka valsts iestāžu speciālisti sliktāk izturas pret sievietēm tikai tā dēļ, ka viņu diskursā ir atsvešināšanās. Savukārt izteikta atsvešināšanās ir starp Stārķa ligzdas vecmātēm un valsts iestāžu speciālistiem. Piemēram, A. Millere savā diskursā aktīvi lieto sadalījumu **Mēs un Viņi** attiecinājumā uz medicīnas speciālistiem. A. Millere tāpat ir norādījusi, ka par ārstiem kļūst lielākoties cilvēki ar personības problēmām:

Tad es varu, liekot visu kopā, ticēt tam, ka katrai profesijai ir kaut kāds zīmogs. Nu, tomēr tiem cilvēkiem, kuri savācas vienā profesijā, ir kaut kas tāds kopīgs. Un ārstu profesijā, to, ko mums tur stāstīja tajā psihoterapijas novirzienā, tur lekcijās...ka pārsvarā šo profesiju izvēlas obsesīvi-kompulsīvā tipa personības, tās, kuras izvēlas būt par ārstu. Jo šīs ir personības, kuras vienmēr visu zina labāk par citiem [...]
(Astrīda Millere, Stārķa ligzdas un Harmonijas vecmāte).

Lai noskaidrotu, kā atsvešināšanās rit kopā ar medicīnas speciālistu viedokli par augļa tūpļa guļu, es uzdevu jautājumu, vai viņi uzskata to par patoloģiju. Lielākoties speciālisti arī neklasificē augļa tūpļa guļu kā patoloģiju un izvairās no vārdu salikuma „nepareizā guļa”. Speciālisti, tāpat kā sievietes, kurām bija pieredze tūpļa guļas dzemdībās, uzskata, ka tā ir pilnīgi normāla guļa, kas atšķiras no galvas guļas tikai ar to, ka prasa vairāk laika un kompetences no speciālistiem. Tikai daži no speciālistiem nedeva skaidru atbildi uz manu

jautājumu par patoloģiju, ko var attiecināt uz vienu no kritiskā diskursa paņēmieniem. Vienīgā speciāliste, kura norādīja, ka tūpļa guļa ir nepareizā guļa, ir 29 gadus veca ginekoloģe. Respondente nelietoja vārdu patoloģija, tomēr salika kopā tūpļa guļu ar šķērsguļu. Tā kā šķērsguļas gadījumā nav fiziski iespējams dzemdēt bērnu dabīgi, pielieto ķeizargrieziena operāciju. Tāpēc no speciālistes diskursa var secināt, ka viņa uzskata tūpļa guļu par patoloģiju. Jāņem vērā fakts, ka vēl pirms neilga laika dažu speciālistu diskurss attiecībā uz tūpļa guļas dzemdībām bija par to, ka tā ir patoloģija un ka ir nepieciešama ķirurģiskā iejaukšanās. Kopumā var secināt, ka, neskatoties uz to, ka medikalizācijas jēdziens socioloģijas zinātnē ir ļoti komplikēts jēdziens, tomēr viņa burtiskais tulkojums „padarīt par medicīnisko” attiecināms arī uz augļa tūpļa guļas gadījumu. Proti, saucot augļa tūpļa guļu par patoloģiju, tas padara šo gadījumu par medicīnisko, attiecīgi par gadījumu, kam ir nepieciešama ārstēšana. Uz manu jautājumu, kāpēc sabiedrībā joprojām ir nostāja, ka tūpļa guļa ir patoloģija, speciālisti norādīja informācijas trūkumu. Respondenti tāpat ir norādījuši, ka ir grūti mainīt sabiedrības domas, reiz tās tika virzītas uz noteiktu diskursu:

[...] man patīk tas teikums, ko Einšteins lietoja: „Ir vieglāk saskaldīt atomu, nekā cilvēka iesīkstējušos uzskatus”, ja. Nu, ja tev tas ir iemācīts, ja tu tā uzskati, tad vajag laiku paiet nost no visa un domāt ar savu galvu. Un šajā gadījumā tev tas ir iemācīts, tu to zini – ka vajag tā un šitā, bet ar savu galvu tad nav, jādomā un viss. Un tad, kad tu savā galvā esi izaudzis un sāc domāt par to, kad ne vienmēr to, ko tev saka priekšā, ir 100% patiesība, un tad, kad tu sāc domāt...tas nenotiek uzreiz, tas notiek ļoti lēnu...bet kaut kādā dienā, kādā laika periodā. Vienam ir ātri saprast, bet nu citam tā visu mūžu ir grūti iemācīt. (Astrīda Millere, "Stārķa ligzdas" un "Harmonijas vecmāte".)

Speciālistes ar pieredzi tūpļa guļas dzemdībās A. Millere un D. Rezeberga uzskata, ka speciālistiem, it īpaši jauniem, trūkst pieredzes, ko arī ir grūti sniegt. Tāpēc speciālistes norāda, ka viņas savās iestādēs – Rīgas dzemdību namā un "Harmonijā", vai mājdzemdībās ļauj topošiem speciālistiem piedalīties tūpļa guļas dzemdībās.

Tāpat es uzdevu jautājumu par to, vai medicīnas speciālisti izjuta nosodījumu no kolēģu puses, lai saprastu, kad veidojas valdošais diskurss speciālistu vidū. Tikai pieredzējuši speciālisti A. Millere un D. Rezeberga norādīja, ka viņām nācās saskarties ar konflikta situācijām speciālistu vidū. Pārējie speciālisti nosodījumu no citiem speciālistiem neizjuta, pieļāju, ka tas ir saistīts ar to, ka citi respondenti nav publiskie cilvēki, kā arī fakts, ka viņiem nav tiešā sakara ar dzemdniecību. Arī A. Millere norādīja, ka šobrīd neizjūt nosodījumu, jo darbojas privātpraksē. Tomēr vēl pirms 20 gadiem respondente saskārās ar nosodījumu no ārstu puses par to, ka neinformēja tos par dzemdībām tūpļa guļā. Proti, pati pieņēma savas pirmās tūpļa guļas dzemdības un nerīkojās atbilstoši medicīnas iestādes kārtības noteikumiem – informēt speciālistus par to, ka sākas dzemdības, lai tie atbrauktu

apskatīt māti un bērnu. Savukārt D. Rezeberga norādīja, ka ir saskārusies ar nosodījumu no citiem speciālistiem, kuri neatbalstīja viņas un GINASOC viedokli par tūpļa guļu. Speciāliste norāda, ka tā ir liela problēma, jo tā dēļ, ka medicīnas speciālisti nav vienoti savos uzskatos, pacienti apmulst un nesaprot, kam ticēt. No vienas puses tas ir pareizi, ka speciālistiem ir jāsniedz informācija tā, lai pacientam būtu iespēja saprast to. Tomēr no otras puses speciālistes diskursā var izdalīt medikalizācijas pamatus, jo pēc respondentes uzskatiem būtībā sanāk, ka jābūt vienotām vadlīnijām, kurām sekotu speciālisti. Tomēr arī D. Rezeberga norāda, ka to ir grūti panākt, jo ir ļoti dažādas situācijas dzemdniecības jomā. Tāpat speciālistes diskursā var pamanīt nelielas pretrunas, jo GINASOC mājaslapā joprojām tūpļa guļa ir indikācija ķeizargrieziena operācijai. Savukārt pati speciāliste norāda, ka GINASOC bija saskāries ar nosodījumu no citiem speciālistiem.

Speciālisti tāpat pauda savu viedokli par galīgo lēmuma pieņemšanu. Lielākoties privātie speciālisti jeb tie, kuru pakalpojumi ir maksas, uzskata, ka galīgais lēmums pieder tikai sievietei. Savukārt valsts iestāžu speciālisti uzskata, ka lēmumam ir jābūt abpusējam. No speciālistu diskursa var skaidri pamanīt sociālo un ekonomisko kontekstu. Respektīvi, speciālistu diskursu lielā mērā ietekmē viņu darbības vieta. Tā kā privātiem speciālistiem sievietes maksā diezgan lielu summu par uzraudzību un dzemdībām, tāpēc privātie medicīnas speciālisti uzskatīs, ka lēmums ir jāpieņem sievietei. Savukārt valsts iestādēs speciālistu diskursā vairāk pamanāma medikalizācija, jo viņu pakalpojumi ir bezmaksas, tāpēc jākompensē to ar daļēju varas izpausmi. Arī pats fakts, ka medicīnas speciālistam ir jāiejaucas lēmuma pieņemšanas procesā par dzemdību veidu, liecina par medikalizācijas kontekstu. Jo tas automātiski nozīmē, ka tūpļa guļa tomēr ir patoloģija, ja tā pieprasa vismaz daļēju medicīnas speciālista iejaukšanos. Šajā gadījumā var attiecināt medikalizācijas jēdzienu, ko sniedza I. Zola - „ir process, kura rezultātā arvien vairāk un vairāk ikdienas dzīve nonāk medicīnas varā, ietekmē un uzraudzībā”. (Zola, 1972). Lai gan nevar teikt, ka šī iejaukšanās ir tikai varas izpausme, bet arī rūpes par māti un bērnu. Tomēr var spriest par to, ka dažu medicīnas speciālistu diskurss ir vērsts uz varas saglabāšanu. Attiecīgi arī var secināt, ka speciālistu diskurss veidojās pamatā uz saglabājošas un destruktīvās stratēģijām. Ir jāņem vērā fakts, ka arī medicīnas speciālistu vidū ir manāmas varas attiecības. Respektīvi, šajā gadījumā vara visvairāk pieder medicīnas speciālistiem iestādēs, kur sievietes dzemdēja. Savukārt sieviešu uzraugošo speciālistu viedoklis bija mazāk ietekmīgs, jo kā intervētajām sievietēm atzinās paši speciālisti – gala vārds pieder dzemdību nama vadošajiem speciālistiem.

Būtisks ir medicīnas attīstības diskurss. Izteiktākas pretrunas ir starp Rīgas dzemdību nama speciālistiem un "Stārķa ligzdas" vecmātēm. Proti, Rīgas dzemdību nama speciālisti savā diskursā ļoti izteikti ierosina sievietes apmeklēt augļa ārējo apgriešanu, ko aktīvi praktizē

savā iestādē. Savukārt vecmātes no "Stārķa ligzdas" ierosina sievietes vērsties pie osteopātu palīdzības. Arī šajos medicīnas speciālistu diskursos var pamanīt sociālā konteksta ietekmi – tā kā "Stārķa ligzdas" darbības mērķis pamatā ir dabīgās dzemdības, tāpēc vecmātes virza savu diskursu uz osteopātu palīdzību – kas būtībā ir alternatīvā medicīna, dabīgā iejaukšanās, kas drīzāk atgādina masāžu. Savukārt Rīgas dzemdību nama speciālisti savu diskursu virza uz apgrīšanas un dzemdes atslābināšanas tablešu nepieciešamību. Pieļauju, ka tas ir saistīts ar ekonomisko kontekstu, proti – dzemdību nams saņem papildus finansējumu no valsts par katru apgrīšanu un tablešu izsniegšanu. Arī daudzas sievietes ar pieredzi tūpļa guļas dzemdībās norādīja šo kontekstu kā vienu no iemesliem, kāpēc neizvēlējās apgrīšanu. D. Rezeberga norāda, ka augļa ārējā apgrīšana ir diezgan veiksmīgs pasākums, lai sekmētu galvas guļas dzemdības. Savukārt par vingrošanu speciāliste norāda, ka tas nav uz pierādījumiem balstīts process. Daudzas vecmātes no "Stārķa ligzdas" uzskata, ka mehāniskā iejaukšanās jeb ārējā apgrīšana ir mēģinājums ar varu piespiest bērnu ieņemt galvas guļas pozu. Tāpēc speciālistu vidū var skaidri izdalīt divus pretrunīgus diskursus: „**mehāniskā iejaukšanās**” un „**dabīgā iejaukšanās**”. Par to arī rakstīja I. Zola, ka medicīna ļoti strauji paplašina savu jomu, kā piemēru profesors minēja sadarbību ar mārketinga jomu – žurnālu izplatību par diētas nepieciešamību sirds slimības ārstēšanai (Zola, 1972). Gadījumā ar tūpļa guļu medijos var pamanīt rakstus, ka ārējā apgrīšana ir medicīnas jomas progresa rezultāts, kas palīdz virzīt augli galvas guļā. Pašos rakstos netiek minēts, kādas ir blakusparādības šī pasākuma rezultātā, jo tos var saprast tikai pēc pieredzējušo sieviešu komentāriem. Tas attiecas uz tradicionālās medicīnas diskursu, savukārt alternatīvā medicīna piedāvā osteopāta palīdzību. Arī vairākos rakstos medijos, ko iesaka arī vecmātes no "Stārķa ligzdas", var pamanīt ieteikumu apmeklēt osteopātu. Kā jau minēju teorijas daļā, neskatoties uz alternatīvās medicīnas esamību, joprojām tikai tradicionālai medicīnai pieder vara veikt operācijas un izrakstīt medikamentus. Arī Daces Rezebergas diskursā var pamanīt tradicionālās medicīnas varas izpausmi – speciāliste norādīja, ka vingrošana, ko piedāvā vecmātes no "Stārķa ligzdas", nav uz pierādījumiem balstīts pasākums. No speciālistu diskursa var secināt, ka daudziem autoriem ir taisnība, ka tik un tā medicīna cenšas iejaukties dzemdību procesā vai nu mehāniski, vai nu dabīgi. To M. Fuko sauc par „medicīnas skatienu”.

Arī medicīnas speciālistiem es pajautāju, ko viņi ieteiktu sievietēm, kas saskaras ar augļa tūpļa guļu. Arī šajā jautājumā speciālistiem ir atšķirīgs diskursus. Privātās prakses vecmātes uzskata, ka sievietēm vispirms jāklausa sevī un ir jāsaprot, ko pati sieviete grib un tad attiecīgi meklēt nepieciešamo informāciju. Savukārt valsts iestāžu ginekoloģi iesaka sākt ar speciālista meklēšanu, kurš sniegs pietiekošu un patiesu informāciju. Šeit var izdalīt **tehnokrātisko** un **dabīgo** dzemdību diskursu, par kuriem runāja profesore M. Zadoroznija.

Neskatoties uz to, ka neviens no speciālistiem neuzspiež klausīties speciālistus bez ierunām, tomēr var novērot valsts iestāžu speciālistu diskursā medikalizācijas izpausmi. Sieviete ir jāizrāda iniciatīva atrast tādu speciālistu, kas ar pietiekošu informācijas klāstu spēs piedāvāt sievietei risinājumu. Respektīvi, jebkurā gadījumā lēmuma pieņemšanas procesā ir jāpiedalās medicīnas speciālistam. Savukārt vecmāšu diskursā var pamanīt dabīgo dzemdību diskursu, proti, sievietei pašai ir jāsaprot, ko viņa grib, un tad jāmeklē atbalsts savam lēmumam. Te ir jāņem vērā speciālistu darbības joma – valsts un privātās iestādes.

Daudzi autori, kuri rakstīja par medikalizāciju, ir norādījuši, ka medicīnas speciālisti ir vienīgie, kas var izmantot viedokli par patoloģiju un normalitāti. Attiecīgi arī noņemt no indivīda morālo nosodījumu no sabiedrības puses. Šobrīd, neskatoties uz vairākām izmaiņām diskursā par augļa tūpļa guļu un daudzu speciālistu mainījušos diskursu attiecībā uz dzemdību veidu šajā gadījumā, tomēr joprojām pastāv sabiedrībā asas diskusijas par dabīgām tūpļa guļas dzemdībām. To es saistu ar jau teorijā minēto domu, ka, lai izmainītu sabiedrības diskursu, medicīnas speciālistiem jābūt vienotiem savos uzskatos. Kā jau iepriekš minēju, ka speciālistu vidū nav vienotas izpratnes par to, kāds dzemdību veids būtu labāks un drošāks, arī sabiedrībā izpratne nav vienota. Tā rezultātā arī vara nevar pilnīgi piederēt medicīnas speciālistiem, jo tiem nav vienota diskursa, kas vadītu visu sabiedrību.

Jāņem vērā, ka vēl pirms neilga laika Latvijā, kā arī citur pasaulē TBT medicīnas speciālistu diskursa dēļ attiecībā uz tūpļa guļas dzemdībām bija vairāk vienots - „**ķeizargrieziens ir drošākais veids**”. Par to man arī norādīja mani respondenti, kuri ir medicīnas speciālisti. Savukārt, pārskatot TBT pētījuma rezultātus, speciālistiem veidojās kopējs viedoklis, ka rezultāti nav pareizi interpretēti. Attiecīgi viņi pieņēma izmaiņas un daudzi mainīja savu diskursu. Tomēr no sabiedrības viedokļa šīs izmaiņas ir pieņemtas grūtāk, jo ir grūtāk uzticēties speciālistiem, kuri pirms tam uzskatīja, ka ir nepieciešama tikai ķeizargrieziņa operācija. Tāpēc var secināt, ka šīs asās diskusijas rodas no tā, ka medicīnas pasaulē ik gadu notiek izmaiņas, kas ietekmē medicīnas speciālistu diskursu un daudzi cilvēki nespēj tam izsekot līdz.

SECINĀJUMI

Izmantojot kritiskā diskursa analīzi, tika sasniegts maģistra darba izvirzītais mērķis. Tika noskaidroti vadošie diskursi un kādas varas attiecības pastāv starp sievietēm un medicīnas speciālistiem. Sākumā tika sniegta atbilde uz pirmo pētniecisko jautājumu: **kādus diskursus lieto speciālisti par dzemdībām augļa tūpļa guļas gadījumā un kādas – sievietes, un kāda ir to loma, pieņemot galīgo lēmumu par dzemdību veidu.** Aplūkojot padziļināti augļa tūpļa guļas gadījumu Latvijā, var izdalīt vadošos diskursus - „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**” un „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”. Šie ir galvenie diskursi, kas valda sieviešu un speciālistu vidū. No datu materiāliem tika arī noskaidrots, kādos nolūkos šie diskursi ir virzīti. Secinot var teikt, ka iesaistītās puses lieto šos diskursus dažādu mērķu sasniegšanai. Sievietes, kurām ir pieredze tūpļa guļas dabīgajās dzemdībās, pārsvarā izmanto diskursu „**dabīgas dzemdības ir labākais veids**”, lai tiktu sadzirdētas. Citiem vārdiem sakot, sievietes sniedza informāciju par savu pieredzi, lai mainītu sabiedrības priekšstatu par augļa tūpļa guļu un dabīgām dzemdībām šajā gadījumā. Savukārt sieviešu, kuras dzemdēja ar ķeizargrieziena operācijas palīdzību, diskurss bija „**ķeizargrieziena ir drošākais veids**”, jo tās vadīja bailes par dabīgām dzemdībām un tāpēc tas ir ieteikums arī citām sievietēm izvēlēties ķeizargrieziena operāciju. Arī speciālistu vidū ir līdzīgs izkārtojums, pārsvarā medicīnas speciālistu diskursus ietekmēja sociālais konteksts – speciālistu vecums un amats. Respektīvi, tie speciālisti, kas pieņēma dabīgās tūpļa guļas dzemdības vēl pirms TBT vadlīnijām, norāda, ka tas ir tikpat drošs dzemdību veids kā galvas guļas dzemdības. Attiecīgi var teikt, ka speciālisti atsaucās uz vēsturisko kontekstu - „**agrāk dzemdēja pašas, viss bija labi**”. Vēl viens diskurss, kas pamatojas uz vēsturiskā konteksta, ir – „**agrāk dzemdēja pašas, bet bija daudz problēmu**”, ko bieži lietoja jaunie speciālisti. Vēl viens diskursa ietekmes faktors ir amats, tie speciālisti, kuri ir saistīti ar dzemdniecības jomu, ir vairāk par dabīgām dzemdībām. Savukārt jaunie speciālisti, kas ir ginekologi un nepieņem dzemdības, vairāk atbalsta ķeizargrieziena operāciju. To speciālistu, kas ir par dabīgām dzemdībām, vadošais mērķis ir virzīt savu diskursu sabiedrībā, lai mainītu sabiedrības izpratni par tūpļa guļas dzemdībām. Savukārt speciālistu par ķeizargrieziena operāciju diskurss ir virzīts ar mērķi saglabāt sabiedrībā esošo diskursu par ķeizargrieziena operācijas nepieciešamību. Speciālistu vidū tāpat var izdalīt diskursus, kas tiek minēti, lai mēģinātu izmainīt augļa guļu: „**mehāniskā iejaukšanās**” un „**dabīgā iejaukšanās**”, par ko I. Zola norāda, ka medicīna ļoti strauji attīsta savu jomu, sadarbojoties ar citām jomām. Speciālistu diskursos vēl viens būtisks sociālais konteksts, kas ietekmē viņu diskursu ir darbības vieta, proti: valsts iestāde un privātā prakse.

Savukārt analizējot mediju diskursu, var secināt, ka tas pirms 5 gadiem izteiktais, nav izteikti mainījies, un joprojām valdošais diskurss ir „ķeizargrieziens ir drošākais veids”, neskatoties uz to, ka pašas sievietes ir atzinušās, ka to ietekmēja medicīnas speciālistu viedoklis un medijos izvietoties stāsti ar sliktu pieredzi. Šo sieviešu vadošais mērķis bija virzīt savu diskursu, lai pārliecinātu topošās māmiņas izvēlēties par labu ķeizargriezienu operācijai, ja viņas ir saskārušās ar augļa tūpļa guļu. Būtībā aplūkojot šo sieviešu diskursu, var secināt, ka viņu diskurss ir attiecināms uz M. Fuko ideju par to, ka vienīgā vara, ko var pieņemt sabiedrība bez spēcīgas pretestības, ir ģēnija diktatūra. Proti, pieņemt specifisko zināšanu speciālistu varu. Tas arī veicina medikalizācijas izplatību un padara medikalizācijas un tehnokrātijas diskursu par valdošo sabiedrības daļas vidū. Lai pastiprinātu savu diskursu, daļa sabiedrības izmantoja *topoi paņemienu un stāstu stāstīšanu*. Atkarībā no tā, kādus diskursus virza sievietes un medicīnas speciālisti, tiek izmantotas dažādas stratēģijas. Tie, kuri atbalsta ķeizargriezienu operāciju, izmanto saglabājošu un destruktīvo stratēģiju. Savukārt tie, kuri atbalsta dabīgās dzemdības, izmanto transformatīvu un konstruējošu stratēģiju. Aplūkojot kādas ir varas attiecības starp medicīnas speciālistiem un sievietēm, var secināt, ka attiecības nav viendabīgas. Respektīvi, varas attiecības ir atkarīgas no speciālistu un sieviešu sociālā konteksta. Tās sievietes, kuras izrādīja palielinātu interesi un iniciatīvu, izvēlējās tos speciālistus, kas ļaus šīm sievietēm pašām pieņemt galīgo lēmumu. Attiecīgi viņas vadījās pēc principa – lēmums jāpieņem sievietei. Savukārt pārējās sievietes, kuras nebija pārliecinātas par dzemdību veidu un kuras vadīja bailes, uzticējās medicīnas speciālistiem. Šajā gadījumā medicīnas speciālisti izmantoja savu amatu, lai izpaust savu varu. Jāņem vērā arī fakts, ka tām sievietēm, kuras lēma pašas par dabīgām dzemdībām, bija līgums ar vecmātēm, kas ļāva sievietēm būt galvenajiem lēmuma pieņēmējiem. Savukārt sievietes, kuras izvēlējās ķeizargriezienu operāciju, brauca sarunāt operāciju tajās medicīnas iestādēs, kur droši zināja, ka viņas nepiespiedīs dzemdēt pašām. Dažas sievietes, kas nebija stingri pārliecinātas par dzemdību veidu, tomēr gribēja vairāk ķeizargriezienu operāciju, izjuta lielu spiedienu un varas izpausmi no medicīnas speciālistu puses dzemdēt pašām. Kā rezultātā divām no tām bija akūts ķeizargrieziens, kas veicināja emocionālo traumu. Arī citas sievietes, kuras izjuta varas izpausmi, norādīja, ka nejutās iesaistītas dzemdību izvēles procesā. Par to rakstīja R. Devisa Floida, ka tehnokrātiskais diskurss liek sievietēm justies tikai kā mašīnām, kuras ražo bērnus.

Tāpat tika sniegta atbilde uz otro pētniecisko jautājumu: **kādas ir varas attiecības starp sievieti un medicīnas speciālistiem lēmuma pieņemšanas procesā no brīža, kad tiek konstatēta augļa tūpļa guļa un līdz dzemdībām**. Gan sieviešu, gan speciālistu vidū varēja pamanīt atsvešināšanās un pietuvināšanās paņēmienus, kas arī ir jāskatās sociālā konteksta ietvaros. Daži medicīnas speciālisti savā diskursā izteikti lieto sadalījumu **Mēs un Viņi**, kas

tika secināts valsts iestāžu speciālistu diskursā. Savukārt privātās prakses Stārķa ligzdas n Harmonijas speciālisti vairāk pietuvinājās sievietēm, lietojot papildus vārdu salikumus „mana”, „mūsu”. Secinu, ka tas arī drīzāk ir saistīts ar varas izpausmi un medikalizācijas attīstību, jo daži speciālisti stingri nodala **Mēs – speciālisti un Viņi – pacienti**. Zīmīgi ir arī tas, ka dažu valsts iestāžu speciālistu diskursā sievietes tiek aizvietotas ar vārdu „pacienti” vīriešu dzimtē. Tas, manuprāt, saistīts ar medikalizācijas attīstību, proti – pacienti saistās ar slimību, tāpēc arī sievietēm likt domāt, ka viņas ir slimas, ja ir nonākušas medicīnas iestādē. Arī dažas sievietes nodala **Mēs un Viņi**, runājot par medicīnas speciālistiem, lietojot vietniekvārdus, kas dažreiz ļoti skaidri atspoguļo negatīvo attieksmi pret speciālistiem. Kopumā aplūkojot sieviešu un medicīnas speciālistu diskursu, var secināt, ka **varas attiecības izteiktāk ir sadalītas par labu medicīnas speciālistiem**, kas tiešā vai netiešā veidā cenšas iejaukties sieviešu lēmuma pieņemšanas procesā. Par to arī rakstīja P. Konrads, ka dzimstība ir viens no vairāk medikalizētiem procesiem. Arī profesoram I. Zola bija taisnība, ka arvien vairāk un vairāk cilvēku dzīves procesu nonāk medicīnas varā. Tomēr jāņem vērā arī profesora ideja par to, ka paši pacienti nereti veicina medikalizācijas attīstību un kā rezultātā medicīnas speciālistu varas izpausmi. Šajā gadījumā daudzas sievietes neizrādīja pašas pietiekoši daudz iniciatīvas, lai iegūtu informāciju un pieņemt lēmumu par dzemdību veidu. Daudzas sievietes ir atzinušās, ka viņas vadīja bailes. Neskatoties uz to, ka pašas viņas norādīja, ka augļa tūpļa guļu par patoloģiju neuzskata, tomēr viņu diskursā varēja pamanīt, ka tieši tas, ka augļa tūpļa guļu uzskata par patoloģiju, lika viņām izvēlēties ķeizargrieziena operāciju. Analīzes rezultāti apliecina, ka valsts iestādēs valda savi likumi un noteikumi. Tāpat rezultāti liecina, ka varas attiecības ir arī starp medicīnas speciālistiem. Proti, vara pieņemt galīgo lēmumu pieder dzemdību namiem un slimnīcām, kur sievietes dzemdē, nevis viņu uzraugošiem speciālistiem. Tas apliecina, ka M. Fuko un I. Zola ideja par arhitektūru ir attiecināma arī uz Latvijas medicīnas iestādēm.

No analīzes daļas var secināt, ka šī tēma ir ļoti aktuāla un neviennozīmīga. Neskatoties uz to, ka informācija medijos ir nereprezentatīva un nevar tikt attiecināta uz visu sabiedrību, tomēr iezīmējās būtisks faktors – informācijas trūkums. Sievietēm trūkst informācijas par iespējamiem dzemdību veidiem augļa tūpļa guļas gadījumā, kā arī trūkst iniciatīvas informācijas meklēšanā. Daudzi speciālisti, it īpaši tie, kam nav pieredzes dzemdniecībā, paļaujās uz TBT vadlīnijām. Tas savukārt veicina ķeizargriezieni operāciju skaitu palielināšanos. Par to liecina Slimību profilakses un kontroles centra pēdējie dati, ka 2013. gadā Latvijā bija 21% ķeizargrieziena operāciju, pretstatā PVO ieteicamiem 15%. Tas, ka kopš TBT datu rezultātos atrada kļūdu un augļa tūpļa guļa vairs netiek uzskatīta par patoloģiju, ir izraisījis ļoti asas diskusijas, kas noteikti ietekmē topošo māmiņu diskursu par

dzemdību veida izvēli. Tas nozīmē, ka komplicēto dzemdību tēmai ir jāpievērš lielāka uzmanība, nekā tā ir tagad. Pētot jautājumos par dzemdību veida izvēli komplicētajos gadījumos, tas var sekmēt to dziļāku izpratni un veicināt izmaiņas Latvijā. Tā rezultātā var samazināt ķeizargrieziena operāciju skaitu, kas šobrīd ir 10% plānoto operāciju no kopējiem 21%.

Šī tēma tika aplūkota no varas attiecību un medikalizācijas perspektīvas, savukārt kā atklāja analīzes rezultāti – ir jāņem vērā turpmākajā pētīšanā arī dzimuma lomas perspektīva. Dzimuma loma jautājumā par dzemdību veida izvēli komplicētajā gadījumā ir ļoti būtisks aspekts, kas veido sieviešu diskursu.

Šis pētījums ir attiecināms ne tikai uz augļa tūpļa guļas gadījumu, bet tikpat labi var kalpot par pamatu citu komplicēto dzemdību gadījumu izpētē. Turpmākajos pētījumos ir jāņem vērā tas, ka daudzos ārzemju pētījumos par līdzīgu tēmu netika ņemti vērā daži aspekti, kas atklājās manā pētījumā. Piemēram, fakts, ka arī pašas sievietes neizrāda iniciatīvu informācijas iegūšanā, kas atklājās, pateicoties M. Zadoroznijas idejas izmantošanas analīzes daļā. Tāpat ir būtiski ņemt vērā kritiku par aplūkoto teoriju, jo bieži vien tajā parādās būtiskas lietas. Piemēram, D. Laptonas ideja par pacientiem, kas nav pasīvie ķermeņi un apzināti izvēlas sekot līdz medicīnas speciālistu ieteikumiem.

PATEICĪBAS

Galvenokārt, gribu izteikt pateicību savai meitiņai Alisai, pateicoties kurai tapa šis darbs. Viņa deva man ideju pievērst uzmanību komplicētām dzemdībām un iedvesmu veikt šo darbu cītīgi un maksimāli ieguldot savas prasmes darba izstrādē.

Gribu izteikt pateicību savai darba vadītājai Baibai Belai, ar kuras palīdzību darbs tika noslīpēts līdz skaidrai un precīzai idejai. Tāpat gribu izteikt pateicību darba recenzentei Brigitai Zepai, kuras vērtīgie ieteikumi palīdzēja uzlabot darba struktūru.

Izsaku pateicību visiem, kas atbalstīja mani gan morāli, gan izsakot vērtīgus ieteikumus – manam līgavainim Ivo Vancānam, manai ģimenei, manām draudzenēm Kristīnai Požarickai un Alīnai Lubņīnai.

Izsaku pateicību sievietēm, kuras padalījās ar savu pieredzi par tūpļa guļas dzemdībām un medicīnas speciālistiem, kuri izteica savu viedokli.

Nobeigumā, bet ne pēc svarīguma, gribu izteikt pateicību valodas labošanas palīdzībā izcilām latviešu valodas speciālistēm Inesei Vancānei un Dainai Vancānei.

IZMANTOTIE INFORMĀCIJAS AVOTI:

Monogrāfijas un pētījumi:

- Becker, G., Nachtigall R. D. (1992). *Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease*. *Sociology of health & illness* Vol. 14 (No 4) ISSN 0141-9889
- Bouchard, D. F. (Ed.) (1977). *Language, counter-memory, practice. Selected essays and interviews by Michel Foucault*. New York: Cornell University press
- Calnan, S., P. (2012). *The medicalization of birth and its effects on women's perceptions of birth*. Department of community health, Tufts university, USA
- Conrad P., Schneider, J., W. (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press
- Conrad, P. (1992). *Medicalization and social control. Annual review of sociology* Vol. 18 pp. 209-232. Izgūts no: <http://www.jstor.org/stable/2083452> ISSN: 03600572
- Crossley, M.L. (2007). *Childbirth, complications and the illusion of „choice”: A case study*. Liverpool: Feminism & Psychology
- Davis-Floyd, R.E. (2001). *The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*
- De Cillia, R., Reisingland, M., Wodak, R. (1999). *The discursive construction of national identities. In: Discourse and Society*. Sage Publications. Vol. 10 (2); pp.149-173
- Ferrari, J., de Lima, N. M. (2010). *The obstetricians' attitudes regarding the labor choice of delivery in Porto Velho, Rondonia, Brazil*. Porto Velho
- Foucault, M. (1980a). *Power/knowledge Selected interviews and other writings 1972-1977*. Edited by Gordon, C. New York: Pantheon Books
- Foucault, M. (1980b). *The history of sexuality. Volume I: An introduction*. Translated from the French by Robert Hurley. New York: Pantheon Books
- Foucault, M. (2003). *The Birth of the clinic: An archeology of medical perception*. London: Routledge
- Founds, A., S. (2005). *Women's and providers' experiences of breech presentation in Jamaica: A qualitative study*. Pittsburgh: *International journal of nursing studies*
- Fox, R. C. (1977). *The medicalization and demedicalization of American society*. *Daedalus* Vol. 106 (No 1), pp. 9-22 Izgūts no:
<http://datubazes.lanet.lv:2149/stable/20024452?Search=yes&resultItemClick=true&searchText=The&searchText=medicalization&searchText=and&searchText=demedicali>

[zation&searchText=of&searchText=American&searchText=society.&searchUri=%2Faction%2FdoBasicSearch%3FQuery%3DThe%2Bmedicalization%2Band%2Bdemedicalization%2Bof%2BAmerican%2Bsociety.%26amp%3Bacc%3Don%26amp%3Bwc%3Don%26amp%3Bfc%3Doff%26amp%3Bgroup%3Dnone&seq=1#page_scan_tab_contents](#)

Ghotbi, F., Sene, A. A., Azargashb, E., Shiva, F., Mohtadi, M., Zadehmodares, S., Farzaneh, F. ... Yasai, F.-a. m. (2014). *Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran*. Tehran: Journal of obstetrics and gynaecology

Gibbons, L., Belizan, M., J., Lauer, A., J., Betran, P., A., Merialdi, M & Althabe, F. (2010). *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. World Health Organization

Goffinet, F., Carayol, M., Foidart, J.-M., Alexander, S., Uzan, S., Subtil, D. & Breart, G. (2005). *Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium*. American journal of obstetrics & gynecology

Goode, E., Nachman, B.-Y. (2009). *Moral panics: The social construction of deviance* 2 Ed. Wiley Blackwell Pieejams:
http://books.google.lv/books?id=SbY2Mksi1kcC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Guittier, M.-J., Bonnet, J., Jarabo, G., Boulvain, M., Irion, Olivier & Hudelson, P. (2011). *Breech presentation and choice of mode of childbirth: A qualitative study of women's experiences*. Midwifery 27

Hehir M.P., O'Connor H.D., Kent E.M., Fitzpatrick, C., Boylan, P.C., Coulter-Smith, S....Malone, F.D.(2012). *Changes in vaginal breech delivery rates in a single large metropolitan area*. Am J Obstet Gynecol

Illich, I. (1976). *Medical Nemesis The expropriation of health*. New York: Pantheon Books

Johnstone, B. (2002). *Discourse analysis* . Blackwell publishing

Jonsdottir, V., O. (2012). *Medicalisation of Childbirth in Western Society. Can Women Resist the Medicalisation of Childbirth?*. Reykjavik, Island

Kok, M., Gravendeel, L., Opmeer, B. C., van der Post, J.A.M., Mol, B.W.J. (2008). *Expectant parents' preferences for mode of delivery and trade-offs of outcomes for breech presentation*. Elsevier Ireland Ltd.: Patient education and counseling

Kropļijs, A., Raševska, M. (2010). *Kvalitatīvās pētniecības metodes sociālajās zinātnēs* 2. izd. Rīga: „Izdevniecība RaKa” ISBN: 978-9984-46-141-0

- Lifton, R. J. (1986). *The Nazi doctors: Medical killing and the psychology of genocide*. New York: Basic Books ISBN: 0-465-04905-2
- Lupton, D. (1997). *Foucault and medicalisation critique*. In Petersen, A. & Bunton, B. S. (Eds.), *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge.
- Malacrida, C., Boulton, T. (2014). *The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth*. London: Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine.
- Moynahan, R. (2002). *Too much medicine?* British medical journal, 324(7342): 859.–860. Izgūts no:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122814/?report=reader>
- Rezeberga, D. (2014). *Ķeizargriezienu Latvijā un citas perinatālās medicīnas aktualitātes*. Mātes un bērna veselības konsultatīvās padomes sēdes protokols (2014) Ķeizargriezienu un dzemdību sarežģītumu īpatsvars. Perinatālā mirstība. Rīga
- Szasz T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays* / T. Szasz. Syracuse, New York: Syracuse University Press. 1st ed.
- van Dijk, T. A. (2001). Multidisciplinary CDA: a plea for diversity. In Wodak, R. & Meyer, M. (2007) *Methods of critical discourse analysis*. London: SAGE publications Ltd
- van Dijk, T.A. (2004). *Ideology and Discourse*. A Multidisciplinary Introduction. Ch. 5. pp. 42-61
- van Iddekinge, B. (2007). *Planned vaginal breech delivery: should this be the mode of choice?*. The Obstetrician and Gynaecologist; 171-176
- van Roosmalen, J., Meguid, T. (2014). *The dilemma of vaginal breech delivery worldwide*. The Lancet
- Zadoroznyj, M. (1999). *Social class, social selves and social control in childbirth* Vol 21. *Sociology of Health & Illness* ISSN: 0141-9889 pp. 267-289
- Zola, I. K. (1972). *Medicine as an institution of social control*. The sociological review Vol. 20 (Issue 4) pp. 487-504 DOI: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x
- Фуко, М. (1996). *Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности*. Работы разных лет. Пер. с франц.- М., Касталь
- Фуко, М. (1998). *Рождение клиники*. Перевод на русский Тхостов А.Ш. Москва: “Смысл” ISBN 5-89357-030-8
- Фуко, М. (2002). *Интеллектуалы и власть: Избранные политические статьи, выступления и интервью* / Пер. с франц. Офергаса, С. Ч. Москва: Праксис

Фролов, И. Т. (Ред.) (1981). *Философский словарь*. Издание четвертое. Москва: Издательство политической литературы

Михель, Д. В. (2011). *Медиализация как социальный феномен*. Вестник СГТУ №4 (60) Выпуск 2

Interneta avoti:

Gemius Latvia (2015). gemiusAudience 2015. gada marta dati

Ginekologu un dzemdību speciālistu asociācijas oficiālās mājas lapa Pieejama: <http://www.ginasoc.lv/biblioteka> Skatīta: 23.12.14.

Gufo.me коллекция словарей Pieejams: http://mirslouvrei.com/content_kuznec/deprofessionalizacija-125706.html

Oxford dictionaries Pieejams: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/deviance>

Portāls vecākiem “Cālis” Pieejams: <http://calis.delfi.lv/forums/tema/17336680-tupla-gula-dzemdibas-vai-keizars/>

Portāls vecākiem “Mammām un tētiem” Pieejams: <http://www.mammamuntetiem.lv/articles/29518/toposie-vecaki-mums-trukst-uzticamas-informacijas-par-grutniecibas-norisi-un-dzemdibam/>

Slimību profilakses un kontroles centrs (2013). *Latvijas veselības aprūpes statistikas gadagrāmata Mātes un bērna veselības aprūpe*

Большая медицинская энциклопедия. Медицинский справочник врачам всех специальностей. Pieejams: <http://bigmeden.ru/article/%D0%AF%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9> Skatīts: 25.12.2014

PIELIKUMI

1. pielikums.
Jautājumu vadlīnijas sievietēm

- Lūdzu, pastāstiet nedaudz par Jūsu grūtniecību un kā tā noritēja. Pastāstiet, lūdzu, kad Jūs uzzinājāt par to, ka auglis atrodas tūpļa guļā? Kāda bija Jūsu reakcija? Kāda bija apkārtējo reakcija, kuriem Jūs stāstījāt? Ko viņi ieteica darīt? Kā Jūs jutāties, kad uzzinājāt, ka auglis atrodas tūpļa guļā?
- Ko Jūs darījāt, kad uzzinājāt par tūpļa guļu (*lasījāt internetā, grāmatas; konsultējaties ar speciālistu, radniekiem, draugiem utt.*)? Kā Jūs vērtējat savas zināšanas par to, kas ir tūpļa guļa un kādi ir to riski? Vai informācijas avotu bija pietiekami, lai izvērtētu situāciju?
- Vai Jūs zinājāt, ka var mēģināt apriest augli? Ko Jūs darījāt, lai apriestu augli? (*vingrinājumi, mākslīgā apriešana, runāja ar bērnu*)
- Kāpēc Jūs izvēlējaties dzemdēt pati? (veikt ķeizargrieziena operāciju). Kurā brīdī Jūs pieņēmt lēmumu? Vai tas bija momentānais lēmums? Vai Jūs izvērtējāt iespējas un draudus? Vai medicīnas speciālists stāstīja, kādas ir dzemdību veida iespējas? Vai viņš mēģināja Jūs atrunāt dzemdēt pašai (veikt ķeizargrieziena operāciju)? Cik daudz speciālistu viedokļus Jūs uzklusējāt? Kāds bija viņu amats (ginekologs, vecmāte, dūla, dzemdību ārsts)? Ko pārsvarā ieteica darīt? Vai Jūs sekojat medicīnas speciālistu ieteikumiem?
- Kas pieņēma galīgo lēmumu? Kas bija noteicošais faktors galīgā lēmuma pieņemšanā? Kā Jūs ietekmēja fakts, ka augļa tūpļa guļa tiek uzskatīta par patoloģiju? Vai Jūs apsvērāt ideju dzemdēt pati? (veikt ķeizargrieziena operāciju) – ja jā, tad kas atturēja; ja nē, tad kas ietekmēja. Ar ko vēl Jūs apspriedāt lēmumu par dzemdību veidu? Kā citu viedoklis ietekmēja Jūs? Cik sarežģīti bija pieņemt lēmumu? Kas, Jūsprāt, visvairāk ietekmēja Jūsu viedokli par dzemdību veidu? Kam, Jūsprāt, ir jāpieņem galīgais lēmums par dzemdību veidu? Kāpēc? Kā Jūs vērtējat citu sieviešu pieņemto lēmumu dzemdēt pašām (veikt ķeizargrieziena operāciju)? (vai nosoda, vai atbalsta utt.)
- Kā noritēja dzemdību process? Cik pareizs, Jūsprāt, bija pieņemtais lēmums? Kā Jūs vērtētu medicīnas speciālistu lomu lēmuma pieņemšanas procesā (vai tikai viņiem ir jāpieņem lēmums vai tomēr ir jāapspriež iespējas ar pacientu)? Kāda bija medicīnas speciālistu attieksme pret Jums?
- Kādi būtu Jūsu ieteikumi sievietēm, kuras sastapās ar līdzīgu situāciju?

Vispārīgie jautājumi sievietēm – vecums, kad dzemdēja utt.

2. pielikums.
Jautājumu vadlīnijas speciālistiem

- Kāds ir Jūsu amats?
- Cik sen Jūs strādājat?
- Vai Jūsu praksē ir bijuši augļa tūpļa guļas gadījumi? Cik daudz? Kāds bija pārsvarā dzemdību veids šajā gadījumā? Kurš pieņēma lēmumu? Kāpēc? Kā notika lēmuma pieņemšanas process?
- Vai Jūs, personīgi, uzskatāt augļa tūpļa guļu par patoloģiju? Kāpēc? Kāpēc augļa tūpļa guļa tiek uzskatīta par patoloģiju? Kāpēc, Jūsprāt, ir izplatīts viedoklis, ka šajā gadījumā ir jāveic ķeizargrieziena operācija?
- Ja paciente izlemj veikt plānoto ķeizargriezieni bez jebkādam indikācijām, ko Jūs darāt? Ja runa ir par tūpļa guļas gadījumu, kādi ir Jūsu ieteikumi pacientēm? Vai Jūs mēģinājat atrunāt sievieti dzemdēt pašai (veikt ķeizargriezieni)? Kāpēc jā (nē)?
- Vai Jūs informējat savas pacientes par tūpļa guļas riskiem un iespējām? Vai Jūs izvērtējat dzemdību veida iespējas, pirms pieņemt lēmumu? Kāpēc un kādā veidā izvērtē? Cik daudz Jūs runājat ar sievieti? Vai pašas sievietes izrāda iniciatīvu informācijas apgūšanai?
- Kam, Jūsprāt, ir jāpieņem galīgais lēmums par dzemdību veidu? Kā tas notiek realitātē? (respektīvi, vai speciālista viedoklis sakrīt ar to, kas notiek realitātē) Kāpēc tieši viņiem? Kā domāja tās sievietes? Vai bija konflikta gadījumi, kad bija dažādi uzskati starp Jums un sievieti?
- Vai Jūs apspriežat lēmumu pieņemšanu ar citiem kolēģiem? Vai kādreiz izjutāt spiedienu no viņu puses, ja Jūsu uzskati atšķīrās?
- Vai, Jūsprāt, ir jāpievērš pastiprināta uzmanība komplikētām dzemdībām un jāizvērtē iespēju sievietēm dzemdēt pašām? Vai ir jāveicina nepieredzējušu speciālistu kvalifikācijas uzlabošana, lai pieņemtu šāda veida dzemdības?

DOKUMENTĀRĀ LAPA

Maģistra darbs

„Varas attiecības un medikalizācijas diskurss augļa tūpļa guļas dzemdību veida izvēles procesā” izstrādāts LU Sociālo zinātņu fakultātē.

Ar savu parakstu apliecinu, ka pētījums veikts patstāvīgi, izmantoti tikai tajā norādītie informācijas avoti un iesniegtā darba elektroniskā kopija atbilst izdrukai.

Darba apjoms (neskaitot izmantotos informācijas avotus un pielikumus) ir 228 407 rakstuzīmes (ieskaitot intervālus).

Autore: Kristina Bezručko

Rekomendēju darbu aizstāvēšanai

Vadītāja: Asoc. Prof. Baiba Bela

Recenzente: Prof. Brigita Zepa

Darbs iesniegts Socioloģijas zinātnes nodaļā

Dekāna pilnvarotā persona: metodiķe Inga Poļaka

Darbs aizstāvēts maģistra gala pārbaudījuma komisijas sēdē

12.06.2015. prot. Nr.

Komisijas sekretārs: Doc. Mareks Niklass