

ZBORNIK

radova s konferencije

prePOROD 2013.

Izazovi i trendovi u maternalnoj skrbi u Hrvatskoj i Europskoj uniji





ZBORNIK

radova s konferencije

prePOROD 2013.

**Izazovi i trendovi u maternalnoj skrbi
u Hrvatskoj i Europskoj uniji**

konferencija prePOROD 2013. održana je pod pokroviteljstvom
Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske

Urednica:

Daniela Drandić

U izradi zbornika sudjelovale:

Alisa Aliti Vlašić
Srebrenka Dumančić
Mirjana Honjek Utmar
Ita Juroš
Karla Kiš Kamenjarin
Iva Merlak
Jasna Novak Milić
Ivana Paulin
Tanja Spasojević

Grafička urednica:

Renata Domazet – Mukica

Ilustracija na naslovnici:

“Ratnica”
autorica Marina Mikočič

Izdavač:

RODA - Roditelji u akciji
Čanićeva 14
10000 Zagreb
tel. 61 77 500
fax 61 77 510
roda@roda.hr
www.roda.hr
preporod@roda.hr

Saznajte sve o svojim pravima na
rodilista.roda.hr

PREDGOVOR

Dobro došli u prePOROD2013! Zbornik radova koji vidite pred sobom nastao je velikim trudom male grupe predanih i motiviranih volonterki koje su marljivo radile posljednjih mjeseci kako bi organizirale ovaj događaj, radeći do sitnih noćnih sati nakon što su provele vrijeme sa svojim obiteljima i odradile sve poslovne obaveze na svojim radnim mjestima. No, ipak je važnije da je prePOROD nastao kao rezultat dugogodišnje suradnje, u pozitivnom ozračju i dijalogu između majki, feministkinja, stručnjaka i stručnjakinja koji se bave zdravljem i porodicama, uključujući doule, edukatore za porode, primalje i liječnike koji su radili zajedno i ravnopravno.

Činjenica da rade zajedno kao ravnopravni partneri je vrlo važna jer je u Hrvatskoj i susjednim zemljama uobičajeno da su zdravstveni djelatnici autoriteti, često autoriteti u koje se ni ne sumnja te da su iznad korisnika zdravstvene zaštite. Zajednička suradnja tijekom pripremanja konferencije i Zbornika radova kojeg držite pred sobom je potvrdila činjenice da se paradigma jednakosti u ovom partnerstvu mijenja, barem u malom dijelu sustava, s potencijalom širenja i donošenja stvarnih i trajnih promjena. Činjenica da je Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske pokrovitelj ove konferencije nam također govori da je važnost promjene prepoznata kroz cijeli sustav.

Cijeli zapadni svijet traži promjene u sustavu materalne skrbi, a Hrvatska i susjedne zemlje su sudionice u ovom pokretu. Sve je očitiije da se nemogućnost odabira različitih modela skrbi, povećanje stope carskih rezova, nedostatak skrbi orijentirane na majku i obitelj, mobbing kojeg trpe zdravstveni djelatnici sustava koji žele uvesti nove politike rada, mora napustiti. Nije važno preuređivanje i ukrašavanje porodnih odjela, važna je promjena modela i okvira skrbi u ovoj i susjednim zemljama. Potrebno je uključiti majke u donošenje odluka, temeljenih na dokazima. Umjesto dosadašnjih kulturno uvjetovanih i ustaljenih praksa, potrebno je poštivati majčina ljudskih prava i dozvoliti joj da odabere način i okolnosti u kojima želi roditi, potrebna je implementacija postojeće legislative o pravima pacijenata, potrebno je reći "ne" nasilju u porodu, mitu i vezama i najvažnije - ne dozvoliti nasilnicima u sustavu da određuju politiku materalne skrbi.

Iskreno se nadamo da će ova konferencija i ovaj zbornik radova izgraditi prve od mnogih snažnih mostova između zdravstvenih djelatnika i korisnika zdravstvene zaštite materalne skrbi. Nadamo se da će probuditi majke u cijeloj regiji i osnažiti zdravstvene djelatnike koji se svakodnevno trude biti okrenuti majkama i njihovim potrebe i donositi odluke temeljene na dokazima dobre prakse. Mnogo je takvih zdravstvenih djelatnika i došlo je vrijeme da ih se prestane kažnjavati i počne nagrađivati za njihovo zalaganje.

"Kada se uspavane žene probude, pomiču planine."
Kineska poslovice

Daniela Drandić

RODA - Voditeljica programa Trudnoća i porod

1. dio

TEORIJSKI OKVIRI



Željka Jelavić

Porod kao feminističko pitanje

Za feministkinje razmatranje poroda povezano je prvenstveno s kritičkom analizom patrijarhalnih odnosa u društvu, analizom odnosa tijela i moći, odnosno nadzora nad tijelom i ženskom reproduktivnom ulogom i seksualnošću, kao i s pravom na izbor načina porađanja.

U ovom radu predočit ću ukratko temeljne karakteristike odnosa feminizma spram poroda kao dijela kulturne prakse te raznolikost feminističku argumentaciju dominantne medicinske, kao i alternativne paradigme poroda.

Iako se čini da je porod prirodan čin, feminizam ističe da je u onom što smatramo, odnosno definiramo, prirodnim, utkana kulturna potka te da prirodno ne postoji izvan kulture. (usp. Beckett, 2005.) Budući da feminizam nije monolitan, nisu ni feministički pristupi prirodnom porodu jedinstveni. Tako se unutar različitih feminističkih pristupa zagovaraju pristupi koji osnažuju žene ili pak u prvi plan stavljaju pravo žene na izbor, bez obzira je li riječ o tzv. prirodnom ili medikaliziranom porodu, odnosno biranju carskoga reza čak i onda kada ne postoje medicinski razlozi za njega.

O feminizmu ukratko

Feminizam je pojam koji je, ne samo u nas, već i globalno, obilježen nizom nerazumijevanja, predrasuda pa čak i zlonamjernih interpretacija poput onih da feministkinje mrze muškarce. I za mnoge je znanstvenike feminizam prijemna kategorija jer je nije moguće jednoznačno tumačiti te se opire pozitivističkoj znanstvenoj paradigmi. Dapače, feminizam je među prvima započeo dekonstrukciju pozitivističke znanosti krajem 60-ih godina 20. stoljeća.

Feministička teorija stavlja iskustvo žena u svoj fokus i razmatra ga sa stajališta žena kao subjekata u procesu istraživanja. Naposljetku, feministička teorija je istovremeno kritička i aktivistička, usmjerena je kreiranju boljeg svijeta za žene, a to u konačnici znači bolji svijet za sve, i žene i muškarce.

Definicija što je feminizam zacijelo ima koliko ima i feministkinja. On podrazumjeva aktivistički, politički, kao i teorijski pristup. Kako pojašnjava Alison Jaggar (1988.) sam pojam potječe iz francuskog jezika gdje se pojavljuje u 19. stoljeću. Pojam *féminisme* se u početku koristio kao medicinski termin da bi opisao ženska obilježja muškoga tijela, odnosno da bi opisao žene s muškim tjelesnim obilježjima. U svom se povijesnom razvoju feminizam prvotno vezao uz žene Europe i Amerike, prvenstveno bjelkinje srednje klase koje traže svoja građanska prava. Pojam feminizma vezujemo danas uz autorice i autore iz razdoblja prije 19. stoljeća koji problematiziraju status žena i razmatraju ravnopravnost žena i muškaraca (usp. Pilcher & Whelehan, 2005.: 48). Tako će se na tom popisu naći i Mary Wollstonecraft, feministička pramajka iz 18. stoljeća, autorica feminističkog klasika *Obrana prava žena*, iz 1792. i njezina suvremenica Olympe de Gouges koja je godinu dana ranije objavila Povelju o pravima žene i građanke, nezadovoljna odnosom Deklaracija prava čovjeka i građanina prema ženama.

Pojmovnik rodne terminologije prema standardima Europske unije nudi sljedeću definiciju:

„Feminizam se s jedne strane može definirati kao pluralana „teorija sustava“ (koncepta, prijedloga i analiza) kojima se opisuju i objašnjavaju društveni fenomeni, situacije i iskustva u cilju artikulacije

i integracije ženskog subjekta i iz ženskoga motrišta, a s druge strane kao mnogostrukost političkih akcija u smjeru preobrazbe strukture moći koja privilegira muškarce” (Borić: 2007., 28).

Pitanje uloge muškaraca unutar feminizma također je izvor mnogih prijedora i debata, a opširnija elaboracija zacijelo prelazi okvire ovoga rada. Spomenut ću samo Alison Jaggar koja smatra kako bi oni trebali imati jednaku dozu predanosti i poniznosti u čitanju i učenju ženskih tekstova koju su imale bjelkinje u Americi svojevremeno da bi shvatile iskustva Afro-amerikanki i žena drugih rasa (1988.).

Budući da je feminizam politički usmjeren na realizaciju društvene ravnopravnosti spolova i dokidanje seksizama, feministička kritička perspektiva propituje i rodne pozicije muškaraca te patrijarhalnu opresiju kojoj su podvrgnuti muškarci. Iz toga proizlazi da bez osvješćavanja muškaraca i savezništva s feminizmom, nema ni značajnijih promjena u društvu.

Feminizam je podlozan mnogostrukim interpretacijama, a ni njegov se razvoj nije odvijao pravocrtno. Kako bi naglasile kompleksnost i slojevitost razvoja feminizma -razdoblja snažne aktivnosti koje zamjenjuje razdoblja relativne pasivnosti feministkinja, pojavljivanja starih pitanja u novim društveno-ekonomskim okolnostima, povjesničarke feminizma su tijekom 1960-ih prigrllile usporedbu razvoja feminizma s valovima. Temeljno, možemo reći da se feminizam razvijao u tri vala (usp. Pilcher & Whelehan, 2005.: 52).

Prvi val feminizma

Prvi val feminizma označava razdoblje 19. i ranog 20. stoljeća koje je obilježeno borbom žena za pravo glasa, zahtjevima za jednakom plaćom za jednaki rad, zahtjevima za pravom na obrazovanje te zdravstvenu zaštitu. Ti se zahtjevi nadahnjuju prosvjetiteljskim idejama o jednakosti svih ljudi kao i idejama Francuske revolucije o građanskim slobodama. No društvene promjene nisu bile moguće bez promjena odnosa među spolovima i na području privatnog života. To je razdoblje u kojem se propituju postojeći odnosi, koji su, usprkos prosvjetiteljskom tumačenju jednakosti, pokazali podređeni položaj žena.

U nas se borba za žensku emancipaciju preklapa s borbom za nacionalnom emancipacijom. Posebno su u tome aktivne spisateljice Dragojla Jarnević, kao i Marija Jurić Zagorka. Propitujući, svaka s različitim motivima, svoj vlastiti identitet kao žene, a Zagorka naročito političku emancipaciju kroz nacionalno oslobođenje, inzistiraju tako na pisanju hrvatskim jezikom, a ne njemačkim, odnosno mađarskim.

Drugi val feminizma

Drugi val feminizma u anglosaksonskim zemljama označava razdoblje snažnog političkog aktivizma i s njime povezanog razvoja teorijske misli koje obuhvaća razdoblje od 1960-ih do 1990-ih godina. Ravnopravnost muškaraca i žena postojala je de iure, no u svakodnevnom je životu bilo obilje dokaza o podređenosti ženskoj ulozi.

Dvije su autorice posebno snažno utjecale na aktivizam, kao i teoriju ovoga razdoblja. Simone de Beauvoir u svojoj knjizi Drugi spol iz 1949. godine razotkriva mizoginiju te čuvenom rečenicom „Ženom se ne rađa, nego postaje” ukazuje da su društvene, odnosno kulturne odrednice patrijarhalnog društva one koje stavljaju ženu u drugorazrednu poziciju spram muškarca, kojeg zbog privilegirane pozicije i naziva 'prvi spol'. Upravo je njezino tumačenje da nema ničeg prirodnog u materinstvu, već da je

prvenstveno riječ o društvenom angažmanu žene bio argument feministkinjama drugog vala u obrani teze da su žene društvena bića jednako kao i muškarci te da nisu zbog rađanja ništa bliže prirodi od njih (usp. 1981.: 361). Amerikanka Betty Friedan u svojoj knjizi *Ženska mistika* iz 1963. godine ukazuje da je privatni svijet žene odslik odnosa moći u javnom životu. To je bila odskočna daska za ukazivanje na potrebe promjena u području privatnoga i propitivanja što je to politično u privatnim životima žena. Slogan iz 1970-ih *Privatno je političko* krilatica je kojom žene ukazuju na niz problema s kojima se susreću u privatnom životu, a koje su političke naravi, kao što su nasilje nad ženama, seksualnost, reproduktivna prava, bračni odnosi, roditeljstvo...

U nas bi se razdoblje drugog vala feminizma moglo datirati u kasne 1970-e kada se pojavljuje akademsko kritičko propitivanje dosega jednakosti žena unutar socijalističkog sustava. Pišući o feminizmu u socijalizmu Sandra Prlenda navodi „(...) prvi put se, zatvoreno za javnost, raspravlja o feminizmu 1976. godine u Portorožu, na konferenciji koju nakon Međunarodne godine žena 1975. organiziraju marksistički centri Slovenije i Hrvatske“ (2011.:154). Feminističke rasprave i kritike statusa žena u socijalizmu zahuktavaju se nakon međunarodne konferencije *Drug/ca žena* održane 1978. godine u Beogradu. Prisutne su tijekom 1980-ih godina u akademskim krugovima, i zapravo ostaju na društvenoj margini. No i u njima se, između ostalog, sve jasnije ocrtavaju puknuća sustava koja će u 1990-ima dovesti do potpunog kolapsa socijalizma i raspada Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije.

Treći val feminizma

Treći val feminizma obilježilo je razdoblje od 1990-ih do danas. Za njega je značajno da se iznova propituju kategorije spola i roda, snažne tvrdave patrijarhata, poput obitelji, školskog i zdravstvenog sustava, međuodnosa sastavnica identiteta poput spola, rase, klase i etničkog. Kritički se progovara o kategoriji žene, propituje samorazumljiva binarnost muško – žensko, javljaju se glasovi dvostruko potlačenih - pripadnica manjinskih rasnih i etničkih grupa, lezbijki, žena s invaliditetom. U fokusu teorije su postmoderna propitivanja velikih feminističkih narativa, razmatranja pluralnosti pozicija subjekta, krhkost i raznolikost osobnog izražavanja identiteta. Mlade generacije obrazovanih žena dovede u pitanja mnoga postignuća feminizma drugog vala zamjerajući im ponekad suviše poopćavanja i neuvažavanja različitosti.

Naš je treći val obilježio snažni aktivistički zamah sredinom 1990-ih, u razdoblju snažnog nacionalističkog previranja i repatrijarhalizacije cjelokupnog javnog života, kada bujaju ženske grupe unutar probuđenog civilnog društva. Istovremeno, početkom trećeg tisućljeća vodi se borba za otvaranjem cjelovitog programa ženskih studija na akademskoj razini, što se nije dogodilo do danas, no ipak se barem u dijelu humansitičkih disciplina pojavljuje nekolicina feminističkih kolegija.

Na razini države, dijelom zbog pritiska aktivistkinja, dijelom zbog međunarodnih pritisaka, uspostavljeni su gotovo svi mehanizmi za promicanje rodne ravnopravnosti. No, time nisu prestale postojati okolnosti koje zahtijevaju feministički angažman. Ima feministkinja, poput Biljane Kašić koja kritički upozorava kako:

„Cijeli “paket” rodno-osviještene politike (gender mainstreaming) - koji je u nas na djelu posljednjih godina, uključujući zakonske uredbe i institucije za ravnopravnost spolova na svim razinama - svodi se na tehnicističko-normativnu izvedbu koja s konkretnim položajem žena i njihovim životima gotovo da nema nikakve veze“. (http://www.h-alter.org/vijesti/kultura/rastakanje-ideje-feministickog-zajednistva#news_view)

Odnos feminizma prema porodu

Kao što je već rečeno, neodvojiv je interes feminizma za žensku seksualnost i reproduktivna prava. Porod kao dio feminističke debate, ovisno o razdoblju, selio se iz središta prema margini i natrag, baš kao i rasprava o prirodnom i medikaliziranom porodu. S obzirom na raznolikost feminističkih pristupa, i u ovim raspravama je on vidljiv, od onoga koji upućuje na prirodni porod kao par excellence feministički do onih koji ukazuju na nekritičku idealizaciju prirodnog poroda.

Sve do gotovo polovice 20. stoljeća većina se poroda obavljala kod kuće. Zahtjevi feministkinja prvoga vala odnose se prvenstveno na ostvarivanje prava žena na sigurnu zdravstvenu skrb i njezinu dostupnost svim ženama. Stoga i mnogi predstavnici medicinskog kadra ističu kako rađanje u bolnicama značajno smanjuje smrtnost žena i dojenčadi te neželjene komplikacije pri porodu. Nadalje, rađanje oslobođeno od boli postaje jedan od feminističkih političkih zahtjeva. Kako navodi Katherine Beckett, rezultat prvotnog aktivističkog djelovanja jest dvojak: s jedne strane žene su mogle odabarati uzimanje medikamena za ublažavne boli, odnosno mogle su barem uvjeriti ginekologe da razmotre tu mogućnost, a s druge pak strane, žene su izgubile kontrolu nad samim procesom poroda i mogućnost rađanja u udobnosti doma i uz podršku bliskih osoba [2005.: 253].

Na Zapadu je medikalizacija i patologizacija poroda naročito tijekom 1960-ih i 1970-ih godina predmetom kritike feministkinja drugoga vala. Prvenstveno se ističe kako je rađanjem u bolnici žena svodana samo na maternicu. Žestoko se kritizira medicinski sustav kao patrijarhalni u kojem dominaciju imaju muškarci. Radikalne feministkinje tvrde da se najveće potlačivanje žena vrši upravo preko kontrole reproduktivne uloge žena i njihove seksualnosti. Osim toga, položaj primalja unutar zdravstvenih sustava daje dodatne argumente za tvrdnju o potlačenosti žena, budući da je u bolničkom porodu centralna ličnost liječnik, muškarac, a ne žena, roditelj i primalja kao njezina podrška.

Zapadnjački medicinski sustav 20. stoljeća kojeg reprezentiraju muškarci u potpunosti je tehnologiziran. To znači da su roditelje, kao uostalom pacijenti općenito, podvrgnuti nizu nepotrebnih procedura. Tehnokratski model je prvenstveno hijerarhijski, polazi od mehanicističkog pomanja tijela kao stroja, a odluke donosi onaj koji ima autoritet znanja i nadzora nad tehnologijom, a to je liječnik, muškarac (usp. Floyd – Davis, 2001).

Kritizirajući patrijarhalni tehnologizirani model, feministkinje i aktivistkinje odgovaraju uspostavljanjem koncepta prirodnog, odnosno normalnog poroda ističući kako porod nije patološki proces te kako su restrikcije kojima su podvrgnute žene u rodilištima, poput zabrane kretanja ili uzimanja tekućine, nepotrebne i imaju za svrhu ukazivanja na neophodnost medicinski nadziranog poroda. Pored toga, ističu, epidemiološke studije pokazuju da planirani porodi kod kuće uz primalju nisko rizičnih trudnoća, nisu ništa opasniji od poroda u bolnici kojeg vodi liječnik (usp. Beckett 2005.).

U želji da ekspertiza nad porodom ponovno postane vlasništvo žena, olako se sklizne u poopćavanja i romantiziranje prošlosti, smatraju pak feministkinje trećega vala. Pri analizi se ne smiju izgubiti elementi ekonomske, nacionalne i rasne pripadnosti. Kritičarkama medikaliziranog poroda ukazuju na činjenicu da je, ovisno, dakako, o društvenom i političkom kontekstu, odlazak u bolnicu za mnoge siromašnije žene prilika za rađanje zdrave djece i vlastito preživljavanje u sigurnijim bolničkim uvjetima. Pitanje izbora kojeg zagovarju liberalne feministkinje kao temeljnog građanskog prava privilegija je srednje klase i bogatih pripadnica društva.

Pravo na izbor ne znači nužno i odabir kućnog poroda ili prirodnog poroda u značajnijoj mjeri. Naprotiv, Elieen Lazarus ustvrdila je da žene srednje klase najčešće očekuju da liječnik bude njihov zastupnik, što im daje osjećaj da mogu kontrolirati proces unutar sustava, a siromašnije žene ne brinu o kontroli, već žele kontinuitet zdravstvene skrbi (Thorington Taylor, 2003.: 11.) Visoko tehnologizirano porodništvo valja također promatrati u kontekstu cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite i osiguravanja. Pojedini postupci se vrše jer ih financira privatno osiguranje koje si mogu priuštiti bogatije žene.

Pravo na izbor, dakako, omogućava i izbor rađanja izvan bolničkog rodilišta, prirodni porod uz asistenciju primalje. Zagovornice ove struje ističu da je takav porod značajan iskorak u samoodređenju žene. [Za]uzimanje i posjedovanje moći nad svojim tijelom doprinosi smanjenju nelagoda i straha koju žene mogu osjećati. Pored toga, porodu je vraćena humanost i emotivnost za koju kritičarke kažu da je izostala pri tehnologiziranom medikaliziranom porodu.

Feministički prijevori

Kontroverzan je i odnos prema boli. Dok zagovornice prirodnog poroda iz reda kulturalnih feministkinja i bol smatraju jedinstvenim, posebnim, osnažujućim iskustvom, jedan dio feministkinja propituje što je to zbog čega bi bol, pa i patnja koje neke žene osjećaju, pridonosila samodoređenju ili pak užitku rađanja. Problematičnim se može smatrati i moralni argument koji ostvarivanje žene kao prave majke pronalazi upravo u podnošenju boli pri rađanju.

Postmoderne feministkinje propituju i samu kategoriju prirodnog. Ukazuju, naime, da je ono što smatramo prirodnim zapravo određeno kulturom te se slijedom toga može razlikovati i poimanje prirodnog poroda u različitim društvima, odnosno unutar različitih društvenih slojeva. Pri tome ne treba izgubiti iz vida da su kulturom određeni rodni odnosi, koji se nekima također mogu doimati prirodnima, iako je riječ o evidentno nebalansiranom odnosu moći između muškaraca i žena. I kada je riječ o tehnologiji, valja izbjegavati simplifikacije. Za razliku od autorica drugoga vala poput Davis - Floyd i Rone Campbell koje tehnologiju vide prvenstveno kao sredstvo patrijarhalnog pritiska na žene, pripadnice trećeg vala kažu da tehnologija sama po sebi nije svojstvena muškarcima, već može služiti u ostvarenju ženskih interesa i ciljeva, što potkrepljuju ženskim izborom tehnologije i pozitivnim iskustvima s njom (Beckett, 2005.: 259).

Postmoderne kritičarke ukazuju na lakoću kojom pobornice poroda kod kuće idealiziraju obiteljsko okruženje. Stvarnost pokazuje da je za mnoge žene dom nesigurno mjesto u kojem su izvrnute nerazumijevanju članova obitelji ili pak nasilju. U odnosu na takvu situaciju, porod u sigurnom medicinskom okruženju, čak i bez pokazivanja osobite podrške, može biti dobitak.

Naposljedju, predmetom propitivanja jest i politika primaljstva. Naime, postmodernistički orijentirane feministkinje postavljaju pitanje kakav je odnos licenciranih primalja prema babicama imigrantkinjama koje su svoja znanja stekle izvan obrazovnog sustava. To je pitanje napose akutno u multikulturalnim zapadnjačkim društvima jer nemogućnost rada tih babica, pored ostalog, pridonosi diskriminaciji unutar profesije (usp. Beckett, 2005.).

Zaključak

Iako nude različite poglede na porod, cilj sva tri vala feminizma u konačnici je osnaživanje žena i porodna praksa kao svjestan izbor žene. Međutim, valja naglasiti da se, osim kritike dominantnog

patrijarhalnog medikaliziranog modela poroda, unutar feminizma otvaraju također i kritičke rasprave o prirodnom porodu te dekonstruirati neke od feminističkih mitova.

Za razliku od zapadnih zemalja gdje su već desteljećima prisutne rasprave o porodima, feminističke rasprave u Hrvatskoj nisu se još u potpunosti rasplamsale po tom pitanju. Budući da upravo RODA prednjači u otvaranju javnih rasprava i zagovaranju prava na izbor načina rađanja, zacijelo će i feministkinje dati značajniji doprinos u njima.

Literatura:

1. Beckett, Katherine. 2005. „Choosing Cesarian: Feminism and the politics of childbirth in United States”. *Feminist Theory*. 6: 251-275
2. Borić, Rada. (ur.). 2007. *Pojmovnik rodne terminologije: prema standardima Europske unije*. Zagreb: Ured za ravnopravnost spolova Vlade RH.
3. de Bovoar, Simon. 1982. *Drugi pol II*. Beograd: BIGZ.
4. Davis-Floyd, Robbie. 2001. „The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol 75, Supplement No. 1: S5-S23
5. Jaggar, Alison. 1988. *Feminist Politics and Human Nature*. Totowa, NJ: Rowman and Littlefield Publishers.
6. Kašić, Biljana. Rastakanje ideje feminističkog zajedništva. H-alter, razgovor vodila Mašenjka Barišić 27.4.2012. (http://www.h-alter.org/vijesti/kultura/rastakanje-ideje-feministickog-zajednistva#news_view posjećeno 9.3.2013.)
7. Pilcher, Jane. Imelda Whelehan. (ed.) 2005. *50 Key Concepts in Gender Studies*. London: Sage Publications.
8. Prlenda, Sandra. 2011. „Lomeći valove: feminizam u socijalizmu”. *Pro Femina*, leto/jesen 2. specijalni broj: 153-155.
9. Thornton Taylor, Ann Clare. 2003. *Childbirth Practice and Feminist Theory. Re-imaging Birth in an Australian Public Hospital*. Cambridge: Ph.D. thesis.

ŽELJKA JELAVIĆ

Željka Jelavić viša je kustosica u Etnografskom muzeju u Zagrebu. Diplomirala je etnologiju i sociologiju, magistrirala rodne studije. Područje profesionalnog rada je muzejska edukacija, a istraživački interesi usmjereni su prema antropologiji tijela i seksualnosti te feminističkoj antropologiji. Priprema doktorski rad o kulturnim aspektima rađanja. Aktivna je građanka, predavačica i suosnivačica Centra za ženske studije u Zagrebu.

Sandra Jambrec, bacc.univ.anthro., studentica na diplomskom studiju antropologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu

Trudnoća i porod: antropološki osvrt

1. Uvod

Svi smo se rodili u određenoj kulturi prepunoj vjerovanja, znanja, rituala, simbola, umjetnosti, itd. i tijekom odrastanja smo okruženi ljudima koji svoja vjerovanja i tradicije prenose na nas kroz procese enkulturacije i socijalizacije. Kultura u kojoj smo rođeni oblikuje naš svjetonazor i utječe na način na koji doživljavamo svijet u kojem živimo. Trudnoća i porod očito su biološki događaji, no oni su jednako toliko i kulturni događaji koji se u različitim kulturama različito vrednuju i ritualiziraju.

Način na koji promatramo trudnoću i porod samo su izdvojeni primjeri svega onoga što kultura oblikuje i na što utječe. Na isti način možemo govoriti o bilo kojoj pojavi koja je zajednička svim ljudima, ali koja u različitim kulturama ima različita značenja i uz koju se vežu različita vjerovanja i prakse. Budući da ovaj rad analizira smještanje trudnoće i poroda unutar okvira proučavanja medicinske antropologije, nemoguće je izbjeći komentiranje trudnoće i poroda kroz prizmu sveprisutnog procesa medikalizacije u globalno dominantnom medicinskom sustavu, biomedicini. Nasuprot medikalizaciji kao načinu uplitanja u fiziologiju poroda i postpartalnog perioda u biomedicini, u mnogim kulturama postoje drugačije vrste uplitanja u fiziologiju i, primjerice, u takvim se kulturama dijete ne odvaja od majke odmah nakon poroda da bi se okupalo, dobilo vitamin K ili da bi se izvagalo, već se odvaja iz nekih drugih kulturnih razloga, primjerice zbog vjerovanja da je kolostrum štetan za novorođenče. Oba primjera ilustriraju uplitanje kulturnih vjerovanja i rituala u fiziologiju.

Fokus je ovog članka na analiziranju vrednovanja trudnoće i poroda u zapadnoj kulturi, no cilj rada nije samo kritizirati način na koji se prema trudnoći i porodu odnosi zapadna kultura kojom dominira biomedicina, nego osvijestiti činjenicu da u svim ljudskim društvima i kulturama postoje kulturni utjecaji i uplitanje u fiziologiju poroda i postpartalnog perioda.

Značajka je antropologije da kulture vrednuje iz pozicije kulturnog relativizma, odnosno da nastoji "suspregnuti sud o običajima drugih naroda kako bi ih se razumjelo u okviru njihove vlastite kulture" (Haviland 2004.:51). To ne znači, međutim, ni da se običaje druge kulture trebaju braniti bez obzira na njihovu štetnost, ni da se trebaju uzdizati kao superiorniji. U takvu se zamku može upasti tijekom pisanja rada o trudnoći i porodu te u potpunosti demonizirati medicinski model skrbi, a romantično idealizirati način na koji se trudnoća i porod vrednuju u nekim nezapadnim kulturama. Kulturni relativizam potiče nas da poštujemo drugačije načine poimanja svijeta, ali i da sami sebe promatramo izvana, očima vanjskog promatrača. Antropološki pristup potiče kritiziranje svih praksi koje ljudima donose patnju i čovjeku oduzimaju njegovu čovječnost. Jako puno možemo naučiti od drugih kultura i bez sumnje bi se mnogi postupci mogli uklopiti u idealan model skrbi za trudnice i roditelje koji bi uključivao ono najbolje iz različitih modela porođajnih sustava. No, ne smije se zaboraviti ni činjenica da biomedicina danas u slučaju komplikacija može spasiti život roditelje i/ili djeteta zbog kojih bi u prošlosti zasigurno umrli.

Danas u svijetu doista postoje modeli porođajnih sustava i maternalne skrbi koji ženama pružaju mogućnost odabira, koji poštuju fiziologiju poroda i ne upliću se bez medicinskih indicacija u njegov tijek. Nažalost, oni su češće iznimka nego pravilo. Ipak, oni su neoboriv dokaz da je takva skrb moguća i ostvariva te da njoj možemo i moramo težiti.

Bilo bi nemoguće u ovom kratkom antropološkom osvrtu na trudnoću i porod spomenuti sve aspekte ovog područja i sve zanimljive teme, stoga će ovaj članak u prvom redu ponuditi kratki pregled antropologije poroda kao poddiscipline medicinske antropologije te osvrt na antropološke teme, poput obreda prijelaza kao primjera ritualiziranja porođajnih praksi na primjeru moderne opstetrike i maternalne skrbi, odnosno na primjeru biomedicinskog modela skrbi.

2. Trudnoća i porod kao predmeti istraživanja antropologije

2.1. Širi okvir: medicinska antropologija

Antropologija kao holistička znanost svoje mjesto zauzima nastojeći objektivno promatrati sve kulture kao ravnopravne i jednakovrijedne, a medicinske sustave kao kulturne konstrukte koje nastoji proučavati kao osobite načine liječenja i poimanja zdravlja i bolesti, specifične za određene kulture. Medicinska antropologija, dakle, nastoji istraživati medicinske sustave različitih kultura kao jednakovrijedne sustave. Istražuje odnos i interakciju između kulture i medicine (odnosno medicinskog sustava tj. načina percipiranja bolesti i zdravlja, dijagnostike i liječenja).

Sve ljudske kulture imaju svoje medicinske sustave koji se temelje na određenim vjerovanjima i praksama vezanim za poimanje zdravlja, bolesti i liječenja. U isto vrijeme, u kulturi postoji više različitih medicinskih podsustava koji su u komplementarnom ili kompetitivnom odnosu (Baer i sur. 2003.:9) – govorimo, dakle, o medicinskom pluralizmu. Zapadna je medicina, odnosno biomedicina, samo jedna u nizu različitih "medicina". Pool i Geisler (2005.:76) ističu da antropolozi "ne djeluju u okviru biomedicine ili pod njom i ne prihvaćaju prirodnu znanost i biomedicinske kategorije i prioritete kao dane, nego se distanciraju od biomedicine (i znanosti) te je proučavaju kao kulturni fenomen i kao jedan oblik etnomedicine koji je ukorijenjen u određenom kulturnom i povijesnom miljeu".

Biomedicina dominira diljem svijeta zbog globalizacijskih procesa te imperijalističke i kolonijalne prošlosti u okviru kapitalističkog svjetskog sustava i kao takav, globalno dominantan medicinski sustav, biomedicina se u prvom redu usredotočuje na patofiziologiju i dijagnosticiranje i liječenje bolesti, reducirajući često bolest na biologiju i pacijenta na bolest (ili bolestan organ) (Baer i dr. 2003.:11). Unatoč hegemoniji zapadne medicine, postoje mnogi heterodoksni medicinski sustavi koji su više ili manje priznati i koji uspješno funkcioniraju u okviru medicinskog pluralizma.

Jedna od tema koja zanima medicinsku antropologiju je proučavanje životnog ciklusa čovjeka, od rođenja do smrti, odnosno u sklopu reproduktivnog zdravlja, od začeća i trudnoće nadalje. Te su teme u svim kulturama prepune različitih značenja, vjerovanja i vrednovanja te samim time čine jako zanimljivo područje istraživanja za antropologe. Kulturološka značenja, vjerovanja, prakse i ponašanja vezanih uz trudnoću, porod, dojenje i babinje teme su koje zanimaju antropologe koji navedeno istražuju kroz prizmu različitih perspektiva unutar šireg područja medicinske antropologije. Istraživače ovih tema zanimat će kako različite kulture, od tradicionalnih kultura pa sve do zapadne kulture, doživljavaju trudnoću i porod, kako se odnose prema njima i kakav to utjecaj ima na

ženu koja je trudna, odnosno koja rađa. Primjerice, medicinski model prema Barbari Katz Rothman (1982.) ili tehnokratski model prema Robbie Davis-Floyd (2003.) je tipičan za zapadna društva, odnosno za biomedicinski zdravstveni sustav. Taj će sustav trudnoću i porod promatrati kao potencijalno patološke procese koje će željeti nadzirati i pratiti ih dok će, suprotno takvom pristupu, pobornici prirodne trudnoće i poroda, odnosno, holističkog modela prema Davis-Floyd (2003.) ili socijalnog modela prema Shelli Kitzinger (2000.) trudnoću i porod promatrati kao prirodne i normalne procese u koje se, u većini slučajeva, ne treba uplitati. Prakse i ponašanja vezanih uz trudnoću i porod duboko su ukorijenjene u kulturi, a isprepletene su i prožete sustavima vjerovanja koji sežu šire i dublje od same problematike trudnoće i poroda.

Biomedicinski pristup temelji se na ideji konceptualne podijeljenosti između duha i materije, odnosno uma i tijela. Ta ideja o dualizmu uma i tijela začeta je još u doba starih Grka, no filozof Rene Descartes (1596.-1650.) prvi je jasno je formulirao tu ideju, poznatu kao kartezijanski dualizam. On je preteča konceptualizacije ljudskog organizma u suvremenoj biomedicini, usmjerivši je prema radikalno materijalističkom i mehanicističkom poimanju ljudskog tijela i njegovih funkcija (Scheper-Hughes i Lock 1987.:10). Takva konceptualizacija tijela karakteristična je za tehnokratski model poroda tipičan za zapadno društvo- trudno tijelo je stroj koji je stalno u opasnosti da će se neki dio pokvariti te je zato porod potrebno nadzirati i poboljšati uz pomoć tehnologije i lijekova (usp. Davis-Floyd 2003.)

Biomedicina je potakla proces koji se naziva medikalizacija, a pojam je u antropologiju došao iz sociologije i odnosi se na ulogu medicine u društvenoj kontroli (Singer i Baer 2012.:108). Illich (1976.) piše o "medikalizaciji života" kao kritici biomedicine i procesa medikalizacije kojim se sve više aspekata svakodnevnog života promatra kroz prizmu biomedicine te je stavljeno pod njen utjecaj: ono što je nekada bio normalan dio čovjekova života, poput trudnoće, djetinjstva, starenja i umiranja, postaje domenom biomedicine. Medikalizacija je, dakle, proširivanje biomedicine u područja koja nisu biomedicinska, odnosno "proces kojim nemedicinski problemi bivaju definirani i tretirati kao medicinski, obično u terminima bolesti i poremećaja" (Conrad 2007.:4).

Eklatantna je ilustracija medikalizacije vidljiva upravo na primjeru poroda. Medikalizacija poroda uključuje: "1) zadržavanje informacija o nedostacima opstetričkih medikamenata, 2) očekivanje da žene trebaju rađati u bolnici, 3) elektivna indukcija poroda, 4) odvajanje majke od obiteljske potpore tijekom poroda, 5) ograničavanje žene u trudovima na krevet, 6) profesionalna ovisnost o tehnologiji i o farmakološkim metodama za ublažavanje bolova, 7) rutinsko elektronsko praćenje fetalnog srca (CTG), 8) kemijska stimulacija poroda, 9) odgađanje izгона do dolaska liječnika, 10) zahtjev da majka zauzme položaj na leđima umjesto čučnja, 11) rutinska upotreba regionalne ili opće anestezije za porod te 12) rutinska epiziotomija" (Haire 1978.:188-94, citirano u Baer i dr. 2003.:14). Važno je spomenuti da diljem svijeta postoje različiti pokreti za promicanje prirodnog poroda koji su, više ili manje uspješno, utjecali te i dalje utječu na navedene prakse u svojim nastojanjima da se porod humanizira.

Porod se, u kontekstu zapadne kulture, biomedicine i medikalizacije, dakle, promatra kao medicinski fenomen koji pripada domeni autoriteta biomedicine ili čak vlasti (primjer za to je, primjerice, zakonski sivo područje kućnog poroda u Hrvatskoj). Sve veći broj žena, međutim, porod doživljava kao biološki događaj koji je osoban i koji pripada domeni roditelje i njenog ljudskog prava da odabere okolnosti svog poroda (ako se radi o zdravoj roditelji i zdravoj trudnoći).

2.2. Antropologija trudnoće i poroda

Brigitte Jordan, antropologinja koja je odigrala ključnu ulogu u razvoju antropologije poroda, objašnjava da se u vrijeme kada je počinjala istraživati porod malo antropologa sustavno bavilo ovom temom: "Nije postojala ideja poroda kao kulturnog sustava; ideja etno-opstetrike – termina koji je skovala Carol McClain – tada još nije ugledala svjetlo dana; i na ideju da bi se zapadno kozmopolitsko porođništvo moglo proučavati na komparativni antropološki način kao samo još jedan etno-opstetrički sustav – za koju je odgovoran Robert Hahn (1987.) – još nije postojala" (Jordan 1997:55).

Istraživanje trudnoće i poroda u okviru antropologije dugo je bilo tek na marginama antropološkog fokusa istraživanja. U počecima razvoja antropologije kao znanosti, njome su dominirali muškarci koji ili nisu pokazivali interes za proučavanje ovih tema ili su na terenu nailazili na odbijanje suradnje u kulturama koje su istraživali (McClain 1982., citirano u Davis Floyd i Sargent 1997.:1). Carolyn Sargent (2004.:224) navodi da se u samim počecima istraživanje reprodukcije odvijalo u okviru širih etnografskih i komparativnih istraživanja običaja različitih kultura vezanih uz druge teme. Interes antropologa zaokupljali su opisi tehnika poroda i položaja roditelja tijekom poroda, mjesta poroda i uloge osoba prisutnih uz roditelju, načini nošenja s porođajnim bolovima, prakse vezane uz postupanje s pupčanom vrpcom, ritualne prakse i postupci s posteljicom, odnos prema kolostrumu, rituali i ponašanja prema majkama tijekom babinja, tabui vezani uz prehranu, spolnosti itd., no ne u svrhu proučavanja poroda i porođajnih sustava, nego u svrhu proučavanja rituala i onih koji ih prakticiraju (Davis-Floyd i Sargent 1997.:1; Sargent 2004.:224). Takva etnografska istraživanja traju do 70-ih godina prošlog stoljeća kada se uključivanjem žena – antropologinja – u istraživanje poroda događa značajan preokret te rađa poddisciplina antropologije usredotočena na istraživanje porođajnih sustava s naglaskom na suvremena društva. Sargent (2004.:225) objašnjava da se, potaknute drugim valom feminizma, u istraživanje poroda uključuju mnoge antropologinje koje porođajne sustave žele istraživati "kao lokalne sustave znanja i prakse, utemeljene na širim kulturnim i društvenim kontekstima." Davis-Floyd i Sargent (1997.:2). Također, ističu da se rađanje antropologije poroda odvijalo kroz simultano nastojanje različitih žena koje se mogu smatrati "bakama i majkama antropologije poroda".

Antropolog Robert Hahn, međutim, Brigitte Jordan proglašava "primaljom koja je porodila antropologiju poroda" (citirano u Davies-Floyd i Sargent 1997.:3). Njezina je knjiga *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yukatan, Holland, Sweden, and the United States*, prvi put izdana 1978., smatrana prekretnicom koja je inspirirala mnoge antropologinje da se počnu baviti ovim područjem te je potakla nastanak ovog novog, a danas vrlo živog i produktivnog područja – antropologije poroda – ili šire, antropologije reprodukcije, te postala klasik unutar ovog područja istraživanja.

Iako istraživanje Brigitte Jordan nije bilo prvo proučavanje poroda u antropologiji, ono predstavlja "prvi važniji pokušaj opisa porođajnih sustava iz biosocijalne perspektive" (Van Hollen 1994.:502), a biosocijalno za Jordan znači "međusobni feedback između onog što je biološko i onog što je društveno i kulturno u procesu poroda" (Jordan 1993.:xv). Sargent zaključuje: "Nakon Jordan, antropolozi su se usredotočili na proučavanje porođajnih sustava, a ne na komparaciju individualnih i izoliranih porođajnih praksi što je bilo karakteristično za najranija antropološka bavljenja ovom temom" (Sargent 2004.: 224). Nakon prekretnice koju predstavlja rad Brigitte Jordan, istraživanja unutar ovog područja odvijaju se u okviru bioloških, društvenih i kulturnih aspekata poroda.

Antropologija reprodukcije ili, kako sam je ja odlučila zvati u ovom radu, antropologija trudnoće i poroda, bavi se širokim rasponom tema: osim što istražuje trudnoću, porod, dojenje, primaljstvo i opstetriku, odnosno maternalnu skrb u kontekstu porođajnih sustava, sinkrono i dijakrono te na makro i mikro razini, i iz različitih teorijskih i metodoloških perspektiva i pristupa, zanimaju je teme kao što su gubitak trudnoće i ploda, prenatalna dijagnostika, abortus, politika poroda i reprodukcije općenito, potpomognuta oplodnja i reproduktivne tehnologije, upotreba tehnologije tijekom trudnoće i poroda, medikalizacija poroda te društvena kontrola nad trudnoćom i porodom, reakcije na medikalizaciju poroda te pokreti za humanizaciju poroda, društvena konstrukcija majčinstva, fenomen doule – da spomenemo samo neke.

Trenutačno su jedno od gorućih problema u pokretu za slobodu izbora okolnosti i mjesto poroda – pitanje poroda kao ljudskog (ženskog) prava. Često se prema rodilji koja pokušava roditi izvan bolnice, primjerice kod kuće, te zbog određenih problema odluči medicinsku pomoć, odnosi kao prema kriminalcu. Žena koja je rodila kod kuće i potraži pomoć u rodilištu ex post facto, gotovo u pravilu doživljava neugodna iskustva kako u Hrvatskoj, tako i u mnogim drugim zapadnim zemljama.

2.2.1. Autoritativno znanje o trudnoći i porodu

Istraživanja iz područja antropologije poroda često se bave temom "autoritativnog znanja" (Jordan 1993.): istražuje se društvena konstrukcija autoritativnog znanja, varijacije autoritativnog znanja o porodu u različitim kulturama i unutar istih kultura te alternativni modeli autoritativnog znanja (usp. Davis-Floyd i Sargent 1997.) Istražuju se porođajni sustavi i modeli maternalne skrbi kroz međukulturne analize ili se istražuje određeni sustav kao studija slučaja.

Jordan (1997.:56) pojam "autoritativno znanje" objašnjava ovako: "Za bilo koju domenu postoji nekoliko sustava znanja, od kojih su neka, konsenzusom, dobila veći značaj od drugih, bilo zato što bolje objašnjavaju stanje svijeta u vezi relevantnih tema (učinkovitost) ili zato što su povezane sa snažnijim temeljem moći (strukturna superiornost), a često oboje." Neri-jetko u isto vrijeme postoji više sustava znanja i ljudi prihvaćaju ponešto iz jednog i ponešto iz drugog ili ih koriste paralelno, no ponekad jedan sustav znanja dobiva legitimitet i postaje superioran te se uzdiže iznad ostalih sustava znanja, čija se vrijednost umanjuje ili u potpunosti odbacuje, obrazlaže Jordan (1997.:56), te takvo superiorno znanje postaje autoritativno i prepoznaje se kao jedino ispravno, a neautoritativni sustavi znanja se devaloriziraju i svrstavaju prema nekom redoslijedu u određenu hijerarhijsku strukturu. Takvo određenje sustava nekog znanja kao "autoritativnog" ili "neautoritativnog" ne odnosi se na ispravnost tog znanja, nego samo na njegov status unutar određene društvene skupine: autoritativno je znanje ono znanje koje članovi skupine prepoznaju kao važno i legitimno za određenu situaciju i na temelju kojeg donose odluke i objašnjavaju svoje akcije (Jordan 1997.:58). To, dakle, nije znanje ljudi koji su na pozicijama autoriteta, pojašnjava Jordan (1997.), nego se odnosi na sustav znanja u temeljima lokalne zajednice čiji članovi zajedno i međusobno dijele i prihvaćaju to znanje, i oni na pozicijama autoriteta i oni koji to nisu. Ovdje treba, međutim, napomenuti da su, iako Jordan (1997.:58) ističe da autoritativno znanje u smislu u kojem o njemu ovdje govorimo nije znanje onih na pozicijama autoriteta, osobe na pozicijama autoriteta često, zbog svog statusa, ujedno doista jesu prepoznate kao nositelji autoritativnog znanja zbog svog položaja

u hijerarhijskoj organizaciji autoriteta što ukazuje na distribuciju i odnose moći u društvenoj zajednici, osobito unutar dominantnih biomedicinskih konstrukata (npr., vezano uz trudnoću i porod: u Hrvatskoj će liječnik sa specijalizacijom iz ginekologije i porodništva predstavljati autoritet kojem će se pripisivati autoritativno znanje i njegovo će znanje za većinu trudnica i roditelja u društvenoj zajednici biti na višem stupnju autoriteta od znanja primalje). U zapadnim je društvima, a i šire, biomedicina dominantna kao područje autoritativnog znanja na koje se gleda kao da je odvojeno od kulturno konstruiranih utjecaja te da je, kao takvo, objektivno i znanstveno valjano. Takva je konceptualizacija biomedicine široko prihvaćena. Antropolozi, međutim, takvo znanje prepoznaju kao kulturni proces prepun kulturnih konstrukata i rituala koji se mogu proučavati u okviru antropologije kao bilo koja druga znanja i kulturni konstrukti.

3. Antropološki aspekti trudnoće i poroda: odabrane teme

3.1. Evolucijski i biološki aspekti poroda

Gledajući biološki, evolucijski i taksonomski, čovjek – homo sapiens – je primat koji pripada obitelji hominida te razredu sisavaca odnosno, preciznije, placentalnih sisavaca. Anatomske promjene tijekom evolucije dovele su do toga da ljudsko novorođenče iz rodnice najčešće izlazi okrenuto od majke (položaj occiput anterior ili prednji položaj), što majci otežava da dijete primi sama i, ako je potrebno, pomogne mu prilikom izlaska kroz porođajni kanal jer djetetu može povrijediti vrat ili kralježnicu. To je dovelo do razvoja potrebe za asistiranim porodom. Novorođenčad žena koje su imale takvu pomoć je češće preživljavala i bila zdravija te se praksa asistencije prilikom poroda sve više učvršćivala. Trevathan (1997.:81) objašnjava da je selekcija za bipedálnost zbog kojeg je došlo do anatomskih promjena zdjelice jedan od najvažnijih razloga koji su hominide usmjerili prema društvenim i kulturnim intervencijama u porodu.

Veliki mozak i visoka inteligencija znače ujedno i da imamo veću glavu u odnosu na tijelo u usporedbi s drugim primatima. Encefalizacija (povećanje veličine mozga), karakteristika roda Homo, započela je prije oko dva milijuna godina (Trevathan 1997.:82) i, zajedno s morfološkim promjenama zdjelice, utjecala je na to da je porod za ženku vrste homo sapiensa postao teži nego za naše prethodne evolucijske srodnike ili za naše rođake primates. Osim navedenog, činjenica da se ljudsko novorođenče rađa "prerano", odnosno bespomoćnije od mladunčadi drugih primata i sisavaca općenito, također je doprinijela razvoju asistiranog poroda (Trevathan 1997.:82-83). Može se, dakle, reći da počeci primaljstva sežu duboko u našu evolucijsku prošlost.

Osim potrebe pomagača pri porodu zbog anatomije zdjelice i porođajnog kanala u kojem se novorođenče rotira tijekom procesa poroda te najčešće izlazi okrenuto od majke, pomoć je zanimala bila i emocionalne prirode. Trevathan (1997.:83) teoretizira da se kao rezultat encefalizacije u roditelja razvila svijest o ranjivosti tijekom poroda te da im je za veću vjerojatnost preživljavanja potrebna prisutnost pomagača.

Dakako, neke žene i danas rađaju bez ičije pomoći, slučajno ili zato što tako žele, a u nekim je kulturama neasistirani porod ideal kojem se teži: primjerice, u afričkom je plemenu !Kung koje živi u pustinji Kalahari kulturni ideal samostalni porod u samoći i tišini, no i tamo žene obično ne uspijevaju rađati same prije nego što su prvo imale iskustvo poroda uz pomoć majki, sestara ili drugih žena (Rosenberg i Trevathan 2003.; Shostak 1990.:179-180). Možemo, dakle, zaključiti da, iako postoje iznimke, asistirani porod možemo smatrati kulturnom univerzalijom.

Endokrina aktivnost kao i mehanika poroda donekle su slične kod svih sisavaca (Trevathan 2011.:117). Porod se kod ljudi definira kao proces koji započinje kontrakcijama maternice odnosno trudovima koji dovode do izгона djeteta i izbacivanja posteljice (ili, rijeđe, porod započinje puknućem vodenjaka), a uvriježeno je (arbitrarno) dijeliti ga na tri faze. Tijekom prvog porođajnog doba cerviks se skraćuje, omekšava i širi dok se potpuno ne otvori što se označava s 10 cm (raspon je zapravo od 7.5 do 13 cm). Tijekom drugog porođajnog doba trudovi su jači i češći te žena obično osjeća potrebu za tiskanjem, a fetus dovršava svoje spuštanje kroz zdjelicu. Ova faza poroda završava izgonom, odnosno rođenjem djeteta. Nakon rođenja djeteta (izгона), započinje treće porođajno doba tijekom kojeg se izbacuje posteljica. Neki spominju i četvrto porođajno doba, fazu ranog puerperija i oporavka.

Nije posve jasno što je točno okidač za početak poroda, no vjerojatno se radi o kompleksnom međudjelovanjem različitih čimbenika: utjecaja hormona, pritiska vodeće česti na cerviks, iritacije maternice, promjena u posteljici i signala samog fetusa (Trevathan 2011.:65).

Michel Odent (2004.) govori o oksitocinu kao hormonu ljubavi koji je, osim za porod, važan i za povezivanje majke i djeteta, te napominje da lučenje adrenalina zaustavlja djelovanje oksitocina zbog čega je temeljna potreba svih sisavaca da rađaju osjećajući se sigurnima. Ženke sisavaca, u koje ubrajamo i ženke homo sapiensa, imaju određene potrebe koje moraju biti ispunjene kako bi se lučilo dovoljno oksitocina da bi porod mogao teći i napredovati prirodno. Kako bi se smanjila vjerojatnost da dođe do komplikacija, žena treba zadovoljiti sljedeće potrebe (Odent 2004.:17-21): potreba da se ne osjeća promatrano i da ima privatnost, potreba da se osjeća sigurno i da joj je toplo te potreba da se nalazi u mirnom i tihom okruženju, bez previše svjetla. Odent te temeljne potrebe uspoređuje s činjenicama kako porod zapravo izgleda u kulturama diljem svijeta te ističe da kulturno okruženje obično smeta fiziološkim procesima zbog utjecaja osoba koje su prisutne na porodu, a koje su češće aktivne, ili čak invazivne, nego što to nisu, te putem prijenosa vjerovanja i rituala (Odent 2004.:17). Riječ je, dakle, o fiziološkom porodu kao idealu kojem se teži, nasuprot porodu podvrgnutom kulturnim utjecajima i ritualiziranju, bilo kroz tradicionalna vjerovanja i tabue, bilo kroz medicinske postupke moderne opstetrike.

3.2. Sociokulturni aspekti trudnoće i poroda

Kultura oduvijek snažno utječe na porodne prakse u cijelom svijetu, no u 21. stoljeću mišljenje je mnogih ljudi da smo "napredovali" i otišli daleko od primitivnih načina poroda, da su današnji moderni načini puno drugačiji i bolji, utemeljeni na znanosti i biomedicini te oslobođeni rituala prošlosti. U širem širem smislu, u antropologiji se ritual shvaća kao ponašanje koje je u određenom društvu, odnosno kulturi, propisano kao primjereno i pojedinac nema puno slobode u odabiru (Hendry 2008.:74). Ritualu su ponašanja preko kojih se na simboličan način odigravaju vjerovanja koja su duboko ukorijenjena u kulturi. Antropolozi razlikuju osobna vjerovanja od društvenih i kulturnih aspekata ritualnog ponašanja i upravo su ta sociokulturna obilježja rituala ono što zanima antropologe (Hendry 2008.:76). Ritualima se pojačavaju socijalne veze unutar zajednice, proslavljaju i obilježavaju društveno značajni događaji, a krize su manje društveno razorne te ih pojedinac lakše prebrodi (Haviland 2004.:364).

Trudnoća i porod su životne prekretnice i događaji koji iz temelja mijenjaju život žene (osobito prvorotke) i, iako u zapadnim društvima rituali prijelaza duhovnih ili religijskih konotacija ne

postoje na isti način kako postoje u tradicionalnim društvima u kojima postoje specifični rituali kojima cijela zajednica obilježava te događaje, način na koji su trudnoća i porod vrednovani u zapadnoj kulturi te načini kako se provodi zdravstvena skrb u kontekstu biomedicinskog sustava, ti se standardizirani protokoli skrbi te društveni tretman trudnoće i poroda antropološki mogu promatrati i tumačiti kao rituali. Upravo su trudnoća i porod istaknuti primjeri društveno i osobno značajnih životnih tranzicija žene kao buduće majke za koje su propisana i očekivana određena primjerena ponašanja.

Nezaobilazna antropološka tema zasigurno su obredi prijelaza, rituali kroz koje pojedinci moraju proći tijekom društveno značajnih tranzicija, a članak koji se bavi temom o tako očitim životnim tranzicijama kao što su trudnoća i porod ne može se ne osvrnuti na proučavanje trudnoće i poroda kao obreda prijelaza. Francuski etnograf i folklorist Arnold van Gennep je, proučavajući predindustrijska društva, 1909. objavio svoje istraživanje u knjizi *Les rites de passage* primijetivši da postoje određene karakteristične serije rituala koji se ponavljaju u svim istraživanim društvenim skupinama. Obredi prijelaza su događaji koji označavaju prijelaze iz jedne društvene kategorije u drugu (Hendry 2008.:77). Ti rituali prenose simboličke poruke u kojima su sadržana duboka kulturna vjerovanja i vrijednosti. U svojim životima svi sudjelujemo u raznovrsnim obredima prijelaza, od banalnijih do značajnijih, te ih ritualiziramo na različite načine: odijevanjem svečane odjeće, slanjem čestitki, poklanjanjem darova, održavanjem proslava i zabava, konzumacijom posebne hrane itd. (Hendry 2008.:77).

Davis-Floyd (2003.:18) ističe, pozivajući se na Victora Turnera (1967., 1979.), da je najistaknutije obilježje obreda prijelaza njihova tranzicijska priroda, odnosno činjenica da uvijek uključuju "liminalnost". Termin liminalnost odnosi se na nešto odvojeno i na periferiji šireg društva te se stoga koristi za opisivanje onih koji su izdvojeni tijekom perioda tranzicije u obredu prijelaza (Hendry 2008.:79). David-Floyd (2003.:19) piše da je jedna od najvažnijih karakteristika liminalnog ili tranzicijskog perioda postepeno psihičko "otvaranje" onoga koji kroz njega prolazi prema dubokoj unutarnjoj promjeni. Trudnoću karakterizira 40 tjedana dug liminalni period tijekom kojeg žena čeka rođenje svog djeteta. U nekim kulturama žene se tijekom trudnoće smatraju nečistima i to vrijeme moraju provesti odvojene od ostalih članova društva i doslovno su "fizički izdvojene iz svojih normalnih života kako bi živjele u 'liminalnom' dijelu svog društvenog svijeta" (Hendry 2008.:80) – pritom prisustvuju obredu separacije prije odlaska te obredu tranzicije dok su odvojene, a ponovo se uključuju u društvo tek nakon rođenja djeteta koje i samo mora proći kroz rituale odvajanja od majke i uključivanja u društvenu zajednicu (Hendry 2008.:80).

Od trudnica se u gotovo svim kulturama očekuje da se tijekom trudnoće ponašaju drugačije nego inače: u nekim kulturama postoje jela koja ne smiju jesti ili, primjerice, u zapadnoj kulturi, od njih se očekuje da ne piju alkoholna pića i da ne puše, a i okolina će se često prema trudnicama drugačije odnositi: u tramvaju će im prepustiti sjedište, susjed će ponuditi pomoći ponijeti teške stvari i sl. U slučaju nekih komplikacija tijekom trudnoće, a ponekad i samo zbog trudnoće, žene mogu biti fizički isključene iz svoje zajednice: primjerice, propisuje im se bolovanje, odnosno čuvanje trudnoće ili u slučaju ozbiljnih problema, žena je doslovno izdvojena iz svoje zajednice i prebačena u bolnicu.

Svrha je obreda prijelaza priprema za novu društvenu ulogu: trudnica (osobito ona koja čeka prvo dijete) se tijekom liminalnog perioda trudnoće priprema preuzeti novu ulogu, ulogu majke,

u koju ulazi kroz bolne trudove i iskustvo poroda. Porod je očiti rite de passage za dijete: fetus doslovno prolazi kroz prodajni kanal i rođenjem prestaje biti fetus, a postaje novorođenče i osoba. Jednako tako, kroz svoj vrlo osoban obred prijelaza roditelja susreće svoje dijete s kojim se povezuje te postaje majkom.

Kroz cijeli taj proces prolazi opterećena kulturnom "prtljagom" koja se sastoji od nadanja, strepnji i očekivanja te koju oblikuju i na koju utječu osobna iskustva, prijatelji, rodbina, mediji itd. Prikazi trudnoće i poroda u medijima reflektiraju i ukazuju na duboke kulturne vrijednosti i stavove u temeljima našeg poimanja svijeta, koji onda ponovo utječu na načine na koje mi kao publika doživljavamo te događaje. Taj začarani krug održava stereotipe i može imati štetne utjecaje: primjerice, porod se prikazuje kao strašno iskustvo ili se carski rez prikazuje kao zadovoljavajuća alternativa koju osnažena moderna žena treba sama izabrati.

U većini slučajeva u zapadnim industrijaliziranim društvima u kojima dominira biomedicinski model maternalne skrbi tj. tehno-kratski model (Davis-Floyd 2003.) očekujemo da će se porod odvijati na određen način i na određenom mjestu – u bolnici u kojoj roditelja postaje bespomoćna pacijentica pod stalnim nadzorom bolničkog osoblja kojem se, na temelju društvenog konsenzusa, pripisuje autoritativno znanje i to u prvom redu liječniku, specijalistu ginekologije i porodništva. Tijekom poroda u biomedicinskom okruženju očekuje se da se znanje liječnika koje je, primjerice, temeljeno na podacima dobivenim ultrazvučnim pregledom ploda ili ispisom CTG-a, poštuje i prihvaća kao jedino ispravno.

Odlaskom u bolnicu i primitkom u rodilište, roditelja postaje štićenica bolnice u kojoj prolazi kroz niz rituala za koje se očekuje bespogovorno prihvaćanje i suradnja. Roditelj se prilikom primitka u rodilište u Hrvatskoj najčešće odvaj od pratnje i, osim ako ne odbije, uglavnom standardni protokol zahtjeva brijanje intimnog područja i klistiranje te roditelja, uz rijetke iznimke, ostaje odvojena od pratnje cijelo vrijeme dok je u predrađaoi, a pratnja joj se može pridružiti tek kada prijeđe u rađaonu odnosno boks ili, rijede, sobu u kojoj se porod dovršava (odnosno, rijetka je iznimka da nema predrađaone, nego roditelja ostaje u istoj sobi tijekom cijelog poroda). Rutinski se otvara i venski put uvođenjem braunila za slučaj da zatreba transfuzija ili za davanje lijekova. Rađa se najčešće u ležećem položaju, osim ako roditelja ne traži drugačije. Sve su ovo rituali čija se simbolička značenja mogu tumačiti i analizirati. Primjerice, ritualna svrha odvajanja roditelje od pratnje, brijanja i klistiranja snažna je poruka da roditelja pripada bolnici kao instituciji i privremeno je u njezinom vlasništvu. Za ženu koja ne želi slijepo slijediti ustaljene bolničke protokole često se može čuti komentar da "ne surađuje". Žena skidanjem vlastite odjeće i odijevanjem ritualne odjeće, bolničke spavaćice, gubi svoj identitet te postaje bezimni objekt i opstetrički slučaj: "zadak u predrađaoi", "indukcija u boks", "sekcija u sobi broj 2". Roditelj je pacijentica koja mora surađivati tijekom poroda, reducirana na objekt, na tijelo koje leži na krevetu i kojem treba pomoć da rodi; ona nije žena koja sama rađa svoje dijete, a još manje žena s imenom i prezimenom koja sama rađa svoje dijete.

Porod je medicinski događaj kojem se gotovo uvijek pristupa kao potencijalnom patološkom događaju. Jednom kada je roditelji uvedena braunila "za svaki slučaj", medikalizacija poroda je gotovo neizbježna. Braunila je jasna poruka da je roditelja pacijentica koja prolazi kroz iskustvo koje svaki čas može postati patološko. Porod se gotovo uvijek tretira kao potencijalno visokorizičan te nije rijetkost da tako "potpomognut" dostupnim medicinskim, tehnološkim i farmakološkim

pomagalima, normalan porod zdrave roditelje u konačnici i postane upravo takav – porod visokog rizika, nerijetko čak i završavajući carskim rezom.

U konstrukciji autoritativnog znanja na temelju kojeg se ritualizira bolnički porod, dakle, sudjeluje i sama roditeljica od koje se očekuje da bez prigovora preuzme svoju pasivnu ulogu i prihvaća ono što joj govore zdravstveni djelatnici – oni koji posjeduju autoritativno znanje – čak i onda kada sama osjeća drugačije i posjeduje drugačiju vrstu znanja; npr., cerviks je potpuno otvoren i ona osjeća potrebu tiskati, no govori joj se da ne tiska jer liječnik još nije došao (usp. Jordan 1997.:61-72). Roditeljica je, dakle, nevažna: ona samo mora poslušno slijediti upute koje su joj dane, ona ne može ništa važno ni autoritativno reći i nema pravo odlučivati o svom porodu.

4. Zaključak

Iako bi antropolozi trebali suspregnuti sud i poštivati izbore za koje se različite žene odlučuju i sustave znanja na temelju kojih donose takve odluke, oni također propitkuju kulturno uvjetovanje u pozadini tih "izbora" (Davis-Floyd 2005.:37). Cilj antropologije nije baviti se samo teorijskim promišljanjima, nego svojom holističkom perspektivom pridonijeti napretku društva nastojeći proširiti razumijevanje različitih problema. Antropolozi su često aktivni u raznim društvenim pokretima i građanskim inicijativama. Antropologinje poroda poput Robbie Davis-Floyd i Sheile Kitzinger poznate su i po bavljenju aktivizmom – aktivne su u borbi za humanizaciju poroda i za pravo roditelje da odabere kako će i gdje roditi.

Medicinska je antropologija primijenjiva disciplina; zanimaju je praktične primjene teorijskih znanja i zbog toga je se često uvrštava u primijenjenu antropologiju. Primjerice, medicinski antropolozi nerijetko rade kao kulturni posrednici i trude se pacijentima kojima je biomedicina strana približiti biomedicinske koncepte i tako im pomoći u liječenju. Također, nastoje pronaći kulturno prihvatljive načine na koje etnomedicinski sustavi i biomedicina mogu zajedno djelovati za dobrobit određene zajednice. U programima i inicijativama organizacija koje žele poboljšati maternalnu skrb populacije u, primjerice, neindustrijaliziranim kulturama u kojima je biomedicinska skrb nedostupna, antropolozi će se truditi očuvati i osnaživati ulogu tradicionalne primalje. Antropolozi će nastojati očuvati tradicionalne primalje prepoznavajući njihovu vrijednost i u kulturama u kojima ih biomedicinska skrb pokušava skloniti i obezvrijediti, no danas nastojanja antropologa nisu ograničena na borbu za očuvanje samo tradicionalne primalje, nego općenito za očuvanje primaljske profesije koja gotovo svugdje u svijetu nailazi na probleme.

Nastojanjima u poboljšanju maternalne skrbi u Hrvatskoj, antropologija može ponuditi biosocijalni pristup analizi problematike i svojom jedinstvenom perspektivom može doprinijeti poboljšanju maternalne skrbi smještanjem problema u širi sociokulturni kontekst. Podupiranjem aktivističkih nastojanja, antropolozi svojom jedinstvenom perspektivom, razumijevanjem kulturnih različitosti i shvaćanjem da je biomedicina samo jedna od brojnih "medicina", mogu doprinijeti humanizaciji poroda pozivajući se na primjere dobre prakse drugih porodačkih sustava zapadnih i drugih zemalja.

Davis-Floyd inicijalno piše od dva modela maternalne skrbi, tehno-kratskom i holističkom, a u svojem kasnijem radu uvodi i treći model, humanistički model, kao srednji put između dva ekstrema (usp. Davis-Floyd 2003.:xviii). Humanistički model, za razliku od tehno-kratskog modela koji ljudsko tijelo vidi kao stroj koji je sklon lošem funkcioniranju, na tijelo gleda kao na organizam,

i uvažava pacijente kao osobe. To je biopsihosocijalni model skrbi kojem bismo i mi u Hrvatskoj trebali težiti – ne samo na papiru i u teoriji. Taj model balansira upotrebu tehnologije s humanizmom, naglašava važnost dobre komunikacije između pacijenta i osoblja te, mogli bismo reći, obostrano uvažavanje autoritativnog znanja. U ovom modelu roditelj nije samo pacijentica koja leži bespomoćna na krevetu u stalnoj opasnosti da će njeno tijelo-stroj doživjeti neki kvar, nego je žena koja osjeća, koja ima potrebe koje se trebaju ispuniti i poštivati tijekom poroda te koja ima pravo sudjelovanja u odlukama, a u procesu poroda ima podršku primalje i/ili opstetričara koji poštuje i nju kao osobu i njezino pravo na izbor. (Mislimo, naravno, na zdravu roditelju bez komplikacija u trudnoći ili porodu.)

Problemi kao što su obrazovanje primalja i njihova profesionalna samostalnost moraju se riješiti što prije. Ne samo zato što je to jedan od uvjeta da dođe do promjena koje želimo vidjeti, kao što su zakonski uređena dostupnost poroda kod kuće uz primalju i uspostavljanje prepoznatog i priznatog holističkog modela (primaljskog modela) skrbi u okviru hrvatskog zdravstva, nego i zato što je primaljska profesija od kritične važnosti i za ojačavanje humanističkog modela u rodilištima. Revitalizacija primaljstva i borba primalja za autonomiju globalni su problemi koji se tiču i tradicionalnih primalja u neindustrijskim društvima i profesionalnih i laičkih primalja diljem svijeta.

Na kraju bih spomenula izjavu Ruth Benedict, pionirke kulturne antropologije, da je svrha antropologije učiniti svijet sigurnim za ljudske različitosti. Humanistički i holistički model skrbi moguće je ostvariti jedino ako prevlada primaljski model koji ženama omogućava skrb koja poštuje njihovo pravo na izbor u sociokulturnom okruženju u kojem žive.

Literatura

1. Baer, H., M. Singer i I. Susser, I. 2003. *Medical Anthropology and the World System*, Westport, CT: Praeger Publishers.
2. Barbara Katz Rothman. 1982. In *Labor: Women and Power in the Birthplace*. New York: Norton.
3. Conrad, P. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
4. Davis-Floyd, R. 2005. *Anthropology and Birth Activism: What Do We Know?* *Anthropology News* 46 (5): 37-38.
5. Davis-Floyd, R. E. 2003. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
6. Davis-Floyd, R. E. i C. F. Sargent, ur. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.
7. Davis-Floyd, R. i C. F. Sargent. 1997. Introduction: *The Anthropology of Birth U Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* ur. Davis-Floyd R.E. i C.F. Sargent, 1-51. Berkeley: University of California Press.
8. Haviland, W. A. 2004. *Kulturna antropologija*, Jastrebarsko: Naklada Slap.
9. Hendry, J. 2008. *An Introduction to Social Anthropology: Sharing our Worlds*. Houndmills: Palgrave MacMillan.
10. Illich, I. 1976. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York: Random House.
11. Jordan B. 1993. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Fourth Edition. Long Grove, IL: Waveland Press.
12. Jordan B. 1997. *Authoritative Knowledge and Its Construction U Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives* ur. Davis-Floyd R.E. i C.F. Sargent, 55-79. Berkeley: University of California Press.

13. Odent, M. 2004. The Caesarean, London: Free Association Books.
14. Pool, R. i W. Geissler. 2005. Medical Anthropology: Understanding Public Health, Berkshire: Open University Press.
15. Rosenberg, K. R. i W. R. Trevathan. 2003. The Evolution of Human Birth. Scientific American 13 (2): 80-85.
16. Sargent, C. 2004. Birth U Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures ur C.R. Ember i M. Ember, 224-230. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
17. Scheper Hewes, N. i M. M. Lock. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology Medical Anthropology Quarterly 1 (1): 6-41
18. Sheila Kitzinger. 2000. Rediscovering Birth. London: Little, Brown and Company.
19. Shostak, M. 1990. Nisa: The Life and Words of a !Kung Woman, London: Earthscan Publications Ltd.
20. Singer, M. i H. Baer. 2012. Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action, Second Edition, Lanham: AltaMira Press.
21. Thompson, W. i J. Hickey. 2005. Society in Focus. Boston, MA: Pearson, Allyn & Bacon.
22. Trevathan, W. R. 1997. An Evolutionary Perspective on Authoritative Knowledge about Birth U Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives ur: Davis-Floyd, R.E. i C.F. Sargent, 80-88. Berkley: University of California Press.
23. Trevathan, W. R. 2011. Human Birth: An Evolutionary Perspective. Piscataway: AldineTransaction.
24. Van Hollen, C. 1994. Perspectives on the Anthropology of Birth. Culture, Medicine, Psychiatry 18:501-512.

SANDRA JAMBREC

Sandra Jambrec, bacc.univ.anthro., studentica na diplomskom studiju antropologije na Filozofskom fakultetu u Zagrebu

Zalka Drglin

Zašto nam je potrebna “skrb usmjerena na žene i djecu”? Ranjivosti žena s osobitim potrebama pri porođiljnoj skrbi

Sažetak:

U suvremenim globalnim teorijskim pristupima maternalnoj skrbi prednjači pristup „skrb usmjerena na ženu i dijete“. Između ostalih, u smjernicama WHO, IMBCO, NICE, možemo naći primjere potrebnih rješenja za provedbu gore navedenog pristupa u praksi. U svim dokumentima, bez iznimke, možemo pročitati da je osnova maternalne skrbi kvaliteta odnosa prema svakoj pojedinoj ženi. Taj bi odnos trebao biti pun poštovanja, a dostojanstvo žene zajamčeno. Istovremeno to znači da bi sukladan stav trebao biti zajamčen od svih medicinskih stručnjaka i drugih osoba koje sudjeluju u maternalnoj skrbi. Svaki je medicinski stručnjak osobno odgovoran majci, obitelji, zajednici i zdravstvenom sustavu za kvalitetu svoje skrbi. Kako zdravstveni djelatnik može djelovati s poniznošću pružajući svoju skrb do krajnjih granica, a istovremeno priznajući svoja ograničenja u pružanju iste? Koje su potrebe žene i djeteta?

Kada se u rođilištu susretnete sa ženom prvi put, ne poznate njezinu osobnu ni intimnu povijest, njezine rane i boli, nade i vizije. Trudnoća, porod i dojenje sastavni su dio ženske seksualnosti i iskustva obitelji te su obilježeni njezinom osobnom prošalošću, zdravstvenim stanjem, stvarnim odnosima koje proživljava. Kultura oblikuje njezin put majčinstva, njezine izbore i mogućnosti u trudnoći, porodu te brizi za dijete. Potrebno je istražiti ranjivosti žena s posebnim potrebama pri prijelazu u majčinstvo, poput onih koje su proživjele seksualno zlostavljanje, onih koje proživljavaju obiteljsko nasilje, žena s prethodnim traumatskim iskustvima poroda, žena s psihičkim problemima ili žena iz socijalno ugroženih skupina. Potrebno je obratiti pažnju na kratkoročne i dugoročne posljedice „skrb usmjerena na ženu i dijete“, odnosno kakve posljedice takav pristup ima na zdravlje majke, djeteta i cijele obitelji kada je riječ o ženama s osobitim potrebama. U svakodnevnoj praksi nužno je zapitati se gdje se u ovom konkretnom obliku maternalne skrbi mogu pronaći mogućnosti ponude ozdravljenja i transformacije ženama, a koje će doprinijeti boljem zdravlju i životu općenito žena, djece, muškaraca i obitelji.

Živimo u turbulentnom vremenu, ponekad zvanim krizom sa svim svojim negativnim konotacijama. No i takvo vrijeme nudi dragocjenu priliku za promjenu. Poznato nam je da postoji neodgodiva potreba za paradigmatomskom promjenom u maternalnoj skrbi ne samo u određenoj zemlji, već na globalnoj razini. Postoji li zajednički put koji vodi ka poboljšanju suvremene maternalne skrbi? Jesu li naša teorija i praksa vezano uz trudnoću, porod i majčinstvo samo dio problema medikalizacije i tehnologizacije našega društva, ili su pak dio rješenja akutnih problema s kojima se suočavamo? U udruzi Prirodni počeci napisali smo rad o situaciji u Sloveniji s prijedlozima smjernica koje trebamo slijediti u budućnosti. U dokumentu „Inicijativa za maternalnu skrb“ napisanom 2010. godine s ciljem pokretanja razvoja prema „Odličnoj skrbi za majku i novorođeno u Sloveniji“, saželi smo: „Mnogo je dobiveno uvođenjem medicinskog pristupa u trudnoći i pri porodu: korištenje antibiotika i transfuzije, sigurne tehnike carskog reza, važni dijagnostički postupci, intervencije i lijekovi usmjereni na rješavanje bilo kakvih komplikacija i zdravstvenih problema majke i djeteta. U kombinaciji

s boljim životnim standardom, pristupom zdravstvenoj skrbi i većom autonomijom žena u pogledu donošenja odluke o majčinstvu, to je dovelo do smanjenja smrtnosti i pobola kako kod žena, tako i kod djece. Prema nekim pokazateljima, Slovenija je među zemljama s dobrim perinatalnim rezultatima. Međutim, trudnice i obitelji suočavaju se s nekim ključnim problemima. Ustaljene prakse pri porodu nisu zadovoljavajuće ažurirane u skladu s najnovijim znanstvenim spoznajama. Neke često korištene prakse nisu od koristi tijekom niskorizičnog poroda, a neke čak i štete ženama i/ili djeci. S druge strane, postoje prakse sa znanstveno dokazanim prednostima koje nisu postale uobičajene u Sloveniji. Žene i njihovi partneri nisu uvijek pravilno informirani o prednostima i nedostacima pojedinih intervencija i/ili tretmana, o njezi i postupcima tijekom trudnoće, poroda i postporođajnog razdoblja, odnosno o mogućim izborima i njihovim prednostima i nedostacima. Stav i pristup medicinskih stručnjaka prema ženi za vrijeme trudnoće, porođaja i nakon toga, kao i prema njezinom djetetu i obitelji, ne zadovoljava uvijek standarde kvalitete. Mnoge žene i roditelji nisu dovoljno informirani o pravima pacijenata te ostvarenje tih istih prava nije uvijek osigurano ili dosljedno. U Sloveniji nema centara za rađanje i nema organizirane stručne pomoći za porode kod kuće; postoji medicinska inicijativa za zatvaranje manjih rodilišta; klistir i brijanje prije poroda još se uvijek rutinski izvode; većina žena rađa ležeći u krevetu; 2005. godine gotovo je polovica žena imala epiziotomiju tijekom vaginalnog poroda, a kod dvije trećine žena još uvijek se primjenjuje indukcija i/ili pojačavanje trudova tijekom vaginalnog poroda; u kontekstu stava često postoji nedostatak osnovnog poštovanja prema ženama i mogućnosti da zadrže svoj osjećaj dostojanstva; žene koje žele više slobode i informacija te uključenost u donošenje odluka o porodu često su meta omalovažavanja, uvreda, pa čak i zlostavljanja. Kao savjetnici i konzultanti pomažemo ženama i obiteljima s traumatskim iskustvima poroda (a takvih ima cijeli niz u našim arhivama), odnosno želimo pridonijeti promjenama materijalne skrbi kako bi se smanjila pojava takvi iskustava i s njima povezanih trauma”.

Znanstvena literatura jasno pokazuje koliko je važno svakoj ženi ponuditi odgovarajuće mogućnosti za fiziološku trudnoću, porod i postporođajno razdoblje, te izbjeći rizike neprimjerenih medicinskih intervencija. No budući da postoje osobne, kulturne, društvene i druge razlike među trudnicama, izražene u različitim individualnim potrebama određenog para majka-dijete, moraju se također uzeti u obzir prednosti individualizacije skrbi za određenu ženu i njezino dijete. Oboje se treba roditi istovremeno: s jedne strane opći stav da se podrži fiziologija i individualizacija skrbi (naglasiti kvalitetu iskustva poroda, njegovog utjecaja na žene, djecu, obitelj i društvo), a s druge strane poboljšanje kratkoročnog i dugoročnog zdravlja majke, djeteta i obitelji. Možda bismo trebali početi od osnova: posječne žene ne postoje, svaka žena je žena s osobitim potrebama, a tu su i dokumenti koji podržavaju naše shvaćanje problema.

U suvremenim teorijskim pristupima maternalnoj skrbi globalno prednjači pojam “skrbi usmjerene na ženu i dijete”. Ova osnovna misao ponavlja se u donekle različitim oblicima, ali je bit ista – individualni pristup. To je moguće samo kada su majka i dijete u središtu skrbi i ta činjenica prepoznata je kao ključni čimbenik optimalne materijalne skrbi. Jedan od osnovnih principa Međunarodne porođajne inicijative MajkaDijete (International MotherBaby Childbirth Initiative), dokumenta kojeg je izradila Međunarodna organizacija za porod MajkaDijete (International MotherBaby Childbirth Organization), formuliran je kao individualizacija materijalne skrbi. Potrebno je da se trudnoća, porod i skrb nakon poroda, odnosno skrb za novorođenče individualiziraju. Potrebe majke i djeteta trebaju imati prednost pred potrebama njegovatelja, institucija i medicinske industrije (str. 2).

Ponekad koncept nije izričito uveden, ali možemo razumjeti da su potrebe žena i djece važne ili ocijenjene kao osnovne kada se govori o komunikaciji između žena i zdravstvenih djelatnika. Primjer toga imamo u WHO smjernicama „Trudnoća, porod, skrb nakon poroda i skrb za novorođenče - vodič za osnovnu praksu“ gdje na str. 4. piše: „Vodič pruža cijeli niz ažuriranih normi i standarda utemeljenih na dokazima koji će omogućiti davateljima zdravstvenih usluga da pruže kvalitetnu skrb tijekom trudnoće, poroda i u poslijeporodajnom razdoblju, uzimajući u obzir potrebe majke i njezinog novorođenog djeteta.“

U NICE Intrapartum care (2007. god., str. 29.) postoji izričita izjava o komunikaciji između žena i zdravstvenih djelatnika, a koja glasi: „Prema svim roditeljama treba postupati s poštovanjem i roditelje moraju imati kontrolu i biti uključene u ono što im se događa, a način na koji se pruža skrb je ključ za to. Da bi se to olakšalo, zdravstveni djelatnik i ostali pružatelji skrbi trebaju uspostaviti povezanost s roditeljem, pitajući je za njezine želje i očekivanja od poroda, svjesni važnosti tona i ponašanja, te riječi koje stvarno koriste.“

U proširenoj slovenskoj verziji dokumenta, koji je 2010. god. sastavila Inicijativa za maternalnu skrb, a s ciljem rasta i razvoja prema Odličnoj maternalnoj skrbi i skrbi za novorođenče u Sloveniji, na str. 9. možemo pročitati: „Budući da je dobrobit djeteta izravno vezana uz dobrobit žene za vrijeme trudnoće, poroda i u poslijeporodajnom razdoblju, ključni aspekti izvrsne maternalne skrbi su stvaranje atmosfere pune ljubavi i okolnosti u kojima se majku čuje, potiče se izražavanje njezinih potreba, a njezina se privatnost poštuje, na takav način se osigurava najbolja moguća skrb, sažeta u izrazu „skrb usmjerena na ženu“. Dobra skrb za trudnice i roditelje je potreban (ali ne i dovoljan) uvjet za dobru skrb za dijete te ona mora biti popraćena posebnom skrbi za dijete.

Bez iznimke u svim dokumentima možemo pročitati da je osnova maternalne skrbi kvaliteta odnosa prema svakoj pojedinoj ženi koji bi trebao biti pun poštovanja, a dostojanstvo žene trebalo bi biti zajamčeno. To znači da je sukladan stav zajamčen od strane svih medicinskih stručnjaka i drugih osoba koje sudjeluju u maternalnoj skrbi. Svaki medicinski stručnjak je osobno odgovoran majci, obitelji, zajednici i zdravstvenom sustavu za kvalitetu njegove, /njezine skrbi. Kako zdravstveni djelatnik može djelovati s poniznošću pružajući svoju skrb do krajnjih granica, a istovremeno priznajući svoja ograničenja u pružanju iste? Koje su potrebe žene i djeteta?

Kulturne odrednice daju okvir majčinstvu i očinstvu, kao i procesima poput trudnoće i poroda. Ženin odnos prema majčinstvu rezultat je međuodnosa brojnih faktora. Trudnoća, porod i dojenje su sastavni dio ženske seksualnosti i obiteljskog iskustva i obilježene su njezinom osobnom poviješću, zdravstvenim stanjem, stvarnim odnosima koje proživljava; kultura oblikuje njezin put majčinstva, njezine izbore i mogućnosti u trudnoći, porodu i brizi za dijete. Kada ženu sretnete u rodilištu po prvi put, ne poznate njezinu osobnu ili intimnu povijest, njezine rane i boli, nade i vizije. Moramo istražiti ranjivosti žena s osobitim potrebama pri prijelazu u majčinstvo, poput onih koje su proživjele seksualno zlostavljanje, onih koje doživljavaju obiteljsko nasilje, žena s ranijim traumatskim iskustvima poroda, žena s psihičkim problemima ili žena iz socijalno ugroženih skupina.

Na primjer, ženu koja je bila seksualno zlostavljana kao djevojčica mogu ponovno traumatizirati rutinski postupci u rodilištu, bezosjećajni vaginalni pregled, ili zapovijed: „Samo leži, ne viči!“, ili blagi „Budi dobra cura, vjeruj mi.“ kada su slične riječi ili geste bile dio ranije scene zlostavljanja.

Važno je prepoznati nevidljive rane, bol i dugoročne posljedice seksualnog zlostavljanja i pronaći način da se prekine krug patnje. Primalje, kao žene koje su posvećene dobrobiti buduće majke, pozvane su da istraže koje su vještine potrebne da bi se ponudila sigurna, nježna i ljekovita skrb za ranjene žene (i muškarce, također); kako podržati žrtve i kako izbjeći ponovno traumatiziranje u svakodnevnom praktičnom radu u zdravstvenom sustavu.

Kvaliteta zdravstvene zaštite za žene tijekom trudnoće, porođaja i poslijeporođajnog razdoblja ne smije zanemariti psihičku dinamiku, strahove i značaj potreba i očekivanja svake pojedine žene.

Sjećam se jako tjeskobne žene u drugoj trudnoći s prethodnim traumatičnim porodom, a koja je doživljavala noćne more i napade panike. Bila joj je potrebna prilika za preispitivanje njezinog iskustva koje je uključivalo induciranje poroda, nepokretnost u krevetu, fundamentalni pritisak u drugom porođajnom razdoblju i teško krvarenje nakon poroda. Njezin suprug liječnik osjećao se potpuno beznažno, te i sam ranjen kao svjedok. Tek nakon nekog vremena mogla je učiniti korak naprijed prema prihvaćanju ideje o rađanju svog drugog djeteta. Nije bilo lako pronaći put za jedna-na-jednu skrb osjetljive i obrazovane primalje koja bi ponudila siguran i slobodan prostor rađanja. Nakon zadovoljavajućeg vaginalnog poroda žena je rekla: “Tek sada se osjećam kao da sam ovo ponovno ja.”

Moramo obratiti pažnju na kratkoročne i dugoročne posljedice “skrbi usmjerene na ženu i dijete” na zdravlje majke, djeteta i cijele obitelji kada je riječ o ženama s osobitim potrebama. U svakodnevnoj praksi nužno je zapitati se gdje se u ovom konkretnom obliku maternalne skrbi mogu pronaći mogućnosti ponude ozdravljenja i transformacije ženama, a koje će doprinijeti boljem zdravlju i životu općenito žena, djece, muškaraca i obitelji.

Naša je dužnost stvarno slušati žene i uvesti promjene na različitim razinama maternalne skrbi. U radovima, knjigama i smjernicama možemo naći primjere potrebnih rješenja za provedbu skrbi usmjerene na majke i djecu u praksi, tu su i primjeri “modela poroda koji djeluju” institucija, grupa, individualnih praksi ili pojedinih sustava maternalne skrbi diljem svijeta, tako da i od njih možemo učiti.

Ilustrirat ćemo ih nekim praktičnim prijedlozima:

- **Budite obzirni i strpljivi.** Govorite, dodirujte i budite sa ženom kao majčinski lik u njezinoj transformaciji u majčinstvo. Stav prema svakoj ženi je pun poštovanja. Dostojanstvo žene je zajamčeno.
- **Kako ste?** - Pitajte ženu o osjećajima, o njezinim brigama i nadama, činite to redovito.
- Pitajte ženu o njezinim potrebama i očekivanjima: **Što vam je potrebno?** Tijekom trudnoće, poroda i poslijeporođajnog razdoblja žene i njihove obitelji dobivaju emocionalnu, fizičku i društvenu pomoć.
- **Budite sa ženom tijekom trudnoće, poroda i poslijeporođajnog razdoblja.** Potičite provedbu kontinuirane i sveobuhvatne skrbi prema načelu **“jedna žena - jedna primalja”**.
- **Podržite korištenje pisanog plana poroda** i rasprave o njemu u trudnoći; pročitajte i

raspravite ga s njom ili njezinom pratnjom tijekom poroda ako to nije moguće ranije.

- **Kucajte prije ulaska u rađaonicu.** Pričekajte odgovor "da" ili "ne".
- **Ne znači ne.** Pitajte ženu prije svih promatranja, postupaka i intervencija. Pričekajte odgovor "da" ili "ne" te ga poštuju. Tijekom porođajne skrbi, u potpunosti je zajamčen informirani izbor. Sudjelovanje žena u donošenju odluka o njihovoj skrbi je zajamčeno.
- **Poduprite razvoj različitih porođajnih okruženja.** Stvoren je sustav maternalne skrbi oji uključuje različita mjesta poroda i porođajna okruženja uz odgovarajuću stručnu pomoć. Za niskorizične trudnoće, žene mogu birati između rodilišta i nezavisnih porođajnih centara ili se odlučiti za porod kod kuće na temelju objektivnih informacija o prednostima i rizicima koji su uključeni.
- **Koliko ste epiziotomija izveli prošle godine?** Žene i obitelji su obaviješteni o doktrini zdravstvene skrbi povezane sa svakim tipom porođajnog okruženja, a posebno pružatelja skrbi.
- **Budite znatiželjni, spremni učiti.** Provedba svih postupaka temeljenih na suvremenim znanstvenim spoznajama o prednostima i nedostacima intervencija, postupaka i lijekova čija je učinkovitost dokazana i koji podržavaju normalnu fiziologiju trudnoće, poroda i poslijeporođajnog razdoblja, zajamčena je u maternalnoj skrbi. Odgovarajuća, visokokvalitetna i sigurna medicinska skrb za majku i dijete je osigurana.
- **Potreban je dinamični odnos. Budite ovdje i sada.** Niskorizičnim trudnicama je osiguran fiziološki porod, a svim ženama je zajamčena odgovarajuća medicinska pomoć. Trebate široki opseg znanja i vještina i poticajno okruženje da ih pružite na kreativan način.
- **Prepoznajte svoju ulogu kao člana kruga podrške oko žene.** Tijekom porođajne skrbi ženu prate osobe po njezinu izboru. U svakom porođajnom okruženju stalni kontakt između djeteta i majke (oca, druge značajne osobe) je zajamčen. Tijekom trudnoće, poroda i poslijeporođajnog razdoblja pružene su informacije, potpora i pomoć pri njezi djeteta.
- **Ova posebna dijada žena-dijete u vašoj skrbi u ovom trenutku je najvažnija.** Sukladan stav je zajamčen od svih medicinskih stručnjaka i drugih osoba koje sudjeluju u porođiljnoj skrbi. Svaki medicinski stručnjak je osobno odgovoran majci, obitelji, zajednici i zdravstvenom sustavu za kvalitetu njegove/njezine skrbi.

I posljednje, ali ne i najmanje važno: **Aktivno osvježite svoju unutarnju snagu tražeći njegu od voljenih ljudi, životinja, biljaka i prirode u cjelini; kao doula, primalja ili liječnica i vi ste žena s osobitim potrebama.**

Reference i preporuke za daljnje čitanje:

1. International MotherBaby Childbirth Initiative, International MotherBaby Childbirth Organisation, <http://www.imbci.org/>.
2. Drglin, Z., Šimnovec, I. Maternity Care Initiative, Združenje Naravni začetki, <http://www.mamazofa.org/en/akcije/maternity-care-initiative>.

Zalka Drglin
Zašto nam je potrebna “skrb usmjerena na žene i djecu”?
Ranjivosti žena s osobitim potrebama pri porođiljnoj skrbi

3. National Institute for Health and Clinical Excellence, Intrapartum care. Care of Healthy Women and Their Babies during Childbirth. NICE guideline, 2007. <http://www.nice.org.uk>.
4. World Health Organization, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A Guide to Essential Practice. Geneva: World Health Organization, 2006.

ZALKA DRGLIN

Zalka Drglin - doktorica ženskih studija i feminističke teorije, istraživačica u Zavodu za javno zdravstvo Republike Slovenije, konzultantica za perinatalne probleme vezane uz mentalno zdravlje, voditeljica programa u društvu Prirodni počeci, predstavnica Republike Slovenije za IMBCO i Midwifery Today, vanjska predavačica na Odjelu primaljstva Medicinskog fakulteta u Ljubljani.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET POLITIČKIH ZNANOSTI
POSEBNE JAVNE POLITIKE

Kako nastaje politika asistiranog kućnog poroda u Hrvatskoj

Studentica: Nina Juretić
Nositelj kolegija: doc.dr.sc. Tihomir Žiljak
Asistentica: dr.sc. Ana Petek

U Zagrebu, srpanj 21012.,

Sadržaj

- I. Uvod
- A.) Teorijski okvir: Klasifikacija policy problema i faze policy procesa
- II. Definicija konkretnog policy-problema
- III. Zakonodavni okvir
- IV. Analiza aktera
- V. Analiza dinamike policy-procesa
- VI. Zaključak
- VII. Literatura

I. Uvod

„Što mi je činiti?” pita žena u trudovima u Monty Pythonovom skeču iz filma Smisao života. „Ništa! Niste kvalificirani!” – odgovara doktor. Taj kratki dijalog otkriva srž medicinskog odnosno porodničarskog pristupa porodu koji je danas jedina opcija u Republici Hrvatskoj. Alternativa je tom pristupu primaljski model, u sklopu kojega bi se porod odvijao izvan bolničkih institucija, uz školovanu primalju, bez lijekova i medicinskih zahvata. No tom se opcijom službeno nemoguće koristiti. Ako se žena odluči na kućni porod, država joj pri tome neće pomoći. Naime, materinstvo i porod nije u potpunosti zakonski regulirano čime je onemogućena sloboda izbora mjesta i načina poroda uz punu medicinsku zaštitu. Kako to država točno onemogućuje i zašto bi uopće trebala pomoći, tema je ovoga rada. Pokušat ću dokazati da je odabir mjesta i načina poroda ljudsko pravo i da država već zbog vlastitog zakonodavnog okvira ima dužnost urediti to pitanje.

Središnji je policy-problem u ovome radu da u Republici Hrvatskoj sloboda odabira mjesta i načina poroda, koja se potvrđuje Europskom konvencijom o ljudskim pravima, nije ostvariva. Država regulira samo porod u bolničkim institucijama čime je sloboda izbora mjesta poroda ograničena. Nemoguće je imati „normalan” kućni porod kao u mnogim drugim zemljama jer je ta sloboda

onemogućena zbog manjka zakonskih odredbi koje bi detaljno propisivale mogućnosti poroda izvan bolnica (primjerice reguliranje struke koja bi to obavljala i sigurnosni preduvjeti – udaljenost od bolnice i sl.) i time ga aktivno omogućile, nemogućnost jednostavnog i zakonski jasnog upisivanja novorođenčadi u maticu rođenih kao i korištenje zdravstvenih usluga od strane hrvatskih primalja prilikom poroda.

S opisanim policy-problemom u središtu, istražujem kako u Hrvatskoj nastaje politika kućnog poroda analizirajući zakonski okvir te djelovanje aktera. Pokazujem kako zakonski okvir pogoduje uspješnosti politike kućnog poroda kao i načine na koje akteri utječu na dinamiku cijelog procesa te tvrdim da politika kućnog poroda nastaje posredstvom strukturirane interakcije aktera, povoljnog zakonskog okvira kao i stvaranjem svijesti o kućnom porodu.

Podaci za rad prikupljeni su analizom različitih dokumenata, proučavanjem literature o uređenju kućnih poroda u drugim zemljama, praćenjem javnih istupa ministara zdravlja te intervjuima s ključnim akterima. S obzirom da je to pitanje ponajprije dio zdravstvenih i politika ljudskih prava, takvom je problemu najbolje pristupiti kroz analizu zakona i uredbi. Naime, zbog građe problema važno je znati kakvo je njegovo trenutno regulatorno stanje kako bi se bolje razumjele moguće daljnje faze policy-procesa i realna očekivanja. Drugi je aspekt analiza aktera koju je najbolje provesti kroz intervju, kao i razumijevanje njihova djelovanja kroz vrijeme, što sam nastojala učiniti. Ostatak se uvoda bavi pomnijom analizom teorijskog okvira koji se temelji na taksonomijskom pristupu i faznom modelu policy-procesa.

Nakon uvoda dublje ulazim u pitanje konkretnog policy-problema, a potom i u analizu hrvatskog, ali i međunarodnog zakonodavnog okvira koji razjašnjava važnost rješavanja pitanja kućnog poroda. Iduće poglavlje je analiza aktera nakon kojega slijedi opis dinamike policy-procesa. Rad završavam zaključkom u kojem donosim konačne komentare na politiku kućnog poroda te analizu cijelog rada spajam s teorijom Hala Colebatcha i tri dimenzije politike.

A.) Teorijski okvir: Klasificiranje policy-problema i faze policy-procesa

Problemu asistiranog kućnog poroda može se pristupiti na više razina, no ovaj rad je primjer pristupa javnih politika. Stoga je nužno krenuti od kratkog pojašnjenja pojma javnih politika (engl. policy). Javne politike su svojevrsno društveno djelovanje koje se odvija oko pitanja koja su shvaćena kao društveno relevantna, a to djelovanje nije nužno rezervirano samo za političke vrhove već široku paletu sudionika koji su na neki način povezani s određenim problemom, „... izraz javne politike (policy) označava u osnovi racionalni dio političkog života, usmjeren na rješavanje sadržajnih problema politike, a ne na stjecanje političkog pobornništva.“ (Petak, 2007: 188)

No, na koji je točno način pitanje kućnog poroda dio javne politike? Pitanju asistiranog kućnog poroda najčešće se pristupa s pozicije prava (ljudsko pravo, pravo izbora) i argumentacije koja pokazuje prednosti kućnog poroda. U javnim se raspravama mogu čuti argumenti oko sigurnosti takve prakse te pitanja samog financijskog aspekta. I dok je ta razina teme asistiranog kućnog poroda najbliža i „najprirodnija“ većini aktera i zainteresiranih, tema je dio javnom politikom onog trenutka kada postane relevantno društvenog pitanje ili problem koji će se vjerojatno rješavati i na političkoj razini: „Kada se, primjerice, u neko ministarstvo imenuje posebno osoblje da obavi politički posao koji ne želi prepustiti karijernim službenicima, riječ je o politici. (...) Ako se, pak, to isto ministarstvo angažira u rješavanju nekog gorućeg društvenog problema, cjelinu takvih napora označavamo jav-

nim politikama, pri čemu se pod taj izraz ne provode samo naponi tog ministarstva nego i niza socijalnih aktera u vodoravnoj društvenoj dimenziji” (Petak, 2007: 189). Kućni je porod uistinu pitanje javnih politika, jer je ta „obična” tema uspješno problematizirana od strane aktera koji ukazuju na nužnost rješavanja tog pitanja na zakonodavnoj razini.

Istražujući policy-probleme često se primjećuje da problem gotovo nikada nije vezan isključivo za jednu vrstu već ima elemente više različitih politika. To cijelu disciplinu čini vrlo interdisciplinarnom i prilično složenom za proučavanje stoga je nužno raznolikost „dovesti u red” čemu najčešće priskače u pomoć policy-literatura korištenjem tipologija javnih politika kao i podjelom politika na faze (Hill, 2010: 111). Sukladno tome i ja ću smjestiti politiku asistiranog kućnog poroda u detaljniji kontekst. Ovaj se rad koristi taksonomskom podjelom koja je zasnovana na empirijskim značajkama odabranih politika za razliku od tipologije koja pristupa kategorizaciji na konceptualnom principu.

Asistirani kućni porod primarno pripada u zdravstvene politike, ali sa snažnim utjecajem politike ljudskih prava. Naime, asistencija pri porodu ili praćenje poroda kao takvo vrsta je zdravstvene usluge. Zdravstvena usluga nije samo usluga koju pružaju liječnici u bolnici nego obuhvaća sve vrste usluga koje se bave dijagnozom i liječenjem bolesti kao i unaprjeđenjem, održavanjem i obnovom zdravlja (WHO, 2012). S jedne će strane uvijek postojati suradnja između medicinskih ustanova i izvanustanovnih pružatelja usluga. Takva je suradnja poželjna i nužna u slučaju asistiranog kućnog poroda, pogotovo ako dođe do komplikacija koje se ne mogu riješiti izvan bolnice i potreban je prebačaj iz doma u zdravstvenu ustanovu. Zato u većini zemalja koje pružaju tu uslugu postoji koordinirana suradnja s bolnicama koje su upoznate s brojem trudnica koje u danom trenutku rađaju kod kuće. S druge strane, u domenu zdravstvenih politika ulaze gotovo sva pitanja koja su vezana uz fizičke promjene i stanja osoba pri kojima bilo kakvo medicinsko znanje ima smisla. Stoga pitanja vezana uz porod (a tako je i u drugim zemljama) ulaze u nadležnost vlada, tj. njezinih dijelova koji se bave zdravstvom, a u Hrvatskoj je to Ministarstvo zdravlja. Primjerice, reguliranje kućnog poroda isključivo ovisi o Ministarstvu kao i reguliranje prakse primalja koje bi trebale pomagati pri takvom porodu. Postavlja se pitanje koje Ministarstvo ima mogućnost najučinkovitijeg rješenja određenog problema. U slučaju kućnog poroda odgovor je Ministarstvo zdravlja, koje jedino ima sve potrebne preduvjete za rješavanje tog pitanja i svih pojedinosti koje se uz njega vežu kao što su sigurnost, dijagnoze, udaljenosti od bolnice i slično. Ta se pitanja ne bi mogla riješiti iz perspektive ljudskih prava ili obiteljskih politika.

Politiku ljudskih prava nemoguće je izostaviti iz ove diskusije i zapravo je temelj pitanja kućnog poroda, tj. zašto je to uopće politika vrijedna aktivnog i brzog rješavanja. Građani sve profinjenije počinju shvaćati svoja prava, ne samo kao samostalne forme već prava unutar podsustava, u ovom slučaju zdravstvenog, čime povezujem zdravstvenu i politiku ljudskih prava. Puljiz primjerice kaže: „Prava građana u pristupu zdravstvenom sektoru, pravo izbora liječnika, pravo izbora osiguravateljskih društava te prava pacijenata, sve su značajnija tema u nizu europskih zemalja” (Puljiz 2000: 81-82). U slučaju kućnog poroda to znači da se ne zahtjeva samo puko priznavanje toga čina kao dopuštenog nego se pritom traži i određena zdravstvena zaštita. Ne nastoji se uvjeriti zakonodavca da bi porod trebao biti pravo svake osobe, jer su međunarodna prava po tom pitanju već jasna. Točnije, pravo na kućni porod osigurano je pod pravom na privatni život i obitelj u Europskoj konvenciji ljudskih prava koju je Hrvatska potpisala. Također postoje i obveze koje proizlaze iz Ustava, drugih zakona i akata, no o pitanju zakonskog okvira više u idućim poglavljima.

Kućni porod ima dobre šanse da bude dio obiteljske politike, pogotovo kada se na njega gleda kao pravo izbora obitelji no za sada sami kreatori obiteljskih politika nisu pokušali „svojatati“ temu kućnog poroda. Naime, jedino je udruga Roda (Roditelji u akciji) velikim dijelom svojih akcija uključena u obiteljske politike, a to joj nije i jedini djelokrug, jer su drugi veliki dio njihove djelatnosti prava trudnica, roditelja i roditelja. Nadalje, prema svojem „opisu rada“ čini se kao da su obiteljske politike više zauzete socijalnim aspektima obitelji i to nakon što dijete dođe na svijet (Puljiz, 2000: 159). Slično se može i zaključiti promatrajući rasprave o medicinski pomognutoj oplodnji gdje zdravstvena politika i dalje drži središnje mjesto iako je u svojoj srži to pitanje vezano uz obitelj.

Drugi način rješavanja problema različitih sadržaja javnih politika je podjela na faze. U slučaju politike kućnog poroda, koja je tema ovog rada, ona je tek u nastajanju i za sada je tek kročila na dnevni red i djelomično fazu formulacije koje su najčešće i usko povezane. Stoga je nemoguće napraviti potpunu podjelu na faze politike asistiranog kućnog poroda, no analiza procesa koji se odvio do sada će biti tema preposljednjeg poglavlja ovog rada.

II. Definiranje konkretnog policy-problema

Hrvatska država trenutačno ne omogućava asistirani kućni porod. On nije de facto zabranjen, jer ne postoji zakonska odredba koja eksplicitno zabranjuje ženi da rodi izvan bolnice, no ako to odluči, ona službeno ne može imati uz sebe školovanu primalju. Imati primalju uz sebe znači imati zdravstvenu zaštitu prilikom kućnog poroda. No, zakonske odredbe onemogućuju hrvatskim primaljama da obavljaju kućni porod uz pomoć školovanog osoblja, čime žene koje se odluče na takav porod ne mogu koristiti njihove usluge, a da pritom sve bude sukladno zakonu. Drugim riječima, praksa kućnog poroda kao takva nije zabranjena, ali nije ni omogućena. Ali ako kućni porod nije potpuno pravno uređen, iako nije zabranjen, on nije ni ostvariv, čime se stvara začarani krug. Osim nemogućnosti korištenja usluga školovanih hrvatskih primalja, ako roditelja odluči roditi kod kuće uz inozemnu primalju, tada pri prvom službenom liječničkom pregledu djeteta i pri upisivanju u matične knjige nastaju problemi. Naime, pedijatri ne žele pregledati dijete rođeno kod kuće, a od majki se često traži ginekološki pregled netom nakon poroda u svrhu dokazivanja majčinstva. Neke se žene osjećaju prisiljenima ostvariti „slobodan porod“ (porod bez ikakve stručne asistencije) i to su najčešće osobe koje su imale jedan ili više neugodnih poroda u bolnici i ne žele ponoviti tu praksu, a žele imati još djece. Umjesto da ih se proziva neodgovornima, država bi im trebala omogućiti ono na što imaju pravo – zdravstvenu zaštitu tijekom poroda, pa makar to bio porod izvan bolničkih zidova.

Od središnje je važnosti za ovu temu pokazati da osobe koje prolaze kroz gore navedene situacije postoje. Prema približnim procjenama voditeljice udruge Roda Branke Mrzić Jagatić, kojoj se te žene javljaju, njihov broj se mjeri u desetcima na godinu i u stalnom je porastu. Tražeći savjete oko kućnog poroda, obitelji se javljaju i Hrvatskoj komori primalja, čija predsjednica Barbara Finderle tijekom razgovora također komentira porast broja žena koje rađaju kod kuće, ali i veliki broj situacija pri kojima roditelji imaju poteškoća prilikom prijave novorođenčadi u maticu rođenih. Problem je, osim pregleda djeteta, pronaći osobu koja će potpisati potvrdu o majčinstvu. Finderle napominje kako se više puta dogodilo da se u cijeli proces umiješaju policija i socijalne službe te je u jednom slučaju došlo i do odvajanja roditelja i djeteta na nekoliko dana. I primalje i udruga Roda smatraju takve postupke nedopustivima, jer se pri prakticiranju vlastitih prava roditelje

na kraju „kažnjava“. Reguliranje asistiranih poroda je važno, jer socijalna praksa već postoji i u porastu je. Prateći praksu stranih država, prilikom reguliranja rada primalja izvan bolnica one bi dobile pravo izdavanja potvrda da su pratile trudnoću i porod roditelje čime bi se riješio cijeli niz birokratskih zavrzlama oko prijavljivanja djeteta. Država ne smije dopustiti da zbog nemogućnosti korištenja asistencije pri kućnom porodu žene moraju radati neasistirano, pri čemu je moguć tragični scenarij: „Više je slučajeva neasistiranih porođaja kod kuće do kojih je došlo zbog različitih razloga (primalje su zakasnile ili čak nisu prihvatile poziv da prisustvuju porođaju zbog medicinskih indikacija). Takvom praksom majka i otac prinudeni su prihvatiti svu odgovornost i sve rizike ukoliko se dogode neželjene posljedice tijekom ili nakon porođaja.“ (Udruga Roda, 2011)

Osim navedenih, postoje i drugi argumenti koji pokazuju koristi reguliranja kućnog poroda. Državi koja nastoji riješiti probleme nataliteta u interesu bi trebalo biti poboljšati trenutno stanje u samim rađanicama, ali i ponuditi alternativu takvom porodu. Prema riječima voditeljice udruge Roda B. M. Jagatić, dio žena nakon traumatičnog bolničkog poroda odabire ne imati više djece zbog izuzetne nelagode pri pomisli vraćanja u bolnicu. Osim takvih slučajeva, kućni porod bi za državu bio jeftiniji pa ga zbog toga neke zapadne zemlje, kao Velika Britanija, nastoje što više popularizirati: „Ostale porođiljne jedinice, kao i vlada, pomno gledaju mjesta kao što su Torbay za načine na koji bi i oni mogli povišiti broj kućnih poroda, jer su prednosti za majku i dijete ujedno i prednosti za zdravstveni sustav zbog niže cijene i većeg zadovoljstva klijenata“ (The Good Birth, 2010). Duga praksa kućnih poroda koji su snažno regulirani s ciljem što veće sigurnosti razvili su i pozitivnu praksu kućnih poroda u Nizozemskoj koja ima jedan od najvećih postotaka kućnih poroda u svijetu, oko 30 % (AIMS, 2011). Državi je k tome jeftinije imati kućne porode pri kojima su troškovi minimalni, jer nema upotrebe lijekova, pojedinih medicinskih zahvata, žene ne provode vrijeme u bolnici, a strogim mjerama se pazi na kvalitetu. Tako i predsjednica Komore primalja Finderle opisuje jednostavnu i jasnu metodu ABCD-dijagnoze pri kojoj se svaki simptom i stanje roditelje nalazi pod jednim slovom koje pak označuje treba li roditelj roditi kod kuće ili u bolnici.

Opisani problem je svojevrsan jednoj ciljanoj skupini ne cijelom građanstvu. Ipak, ta skupina nije mala, jer obuhvaća sve žene reproduktivne dobi. Važno je ponuditi tu mogućnost, a žene biraju hoće li ju iskoristiti – možda pri jednom porodu hoće, a pri drugom ne i slično. Kućni porod danas nije moguć i takvo stanje nije održivo, a samo država može uistinu riješiti to pitanje. Zato je i nužna njezina suradnja. Naravno, pitanje će sigurnosti uvijek biti u središtu kućnog poroda pa je važno kratko se osvrnuti na to. Naime, postoji više istraživanja o tom problemu i sva pokazuju da je kućni porod jednako siguran kao i bolnički, no metodološki se najkvalitetnijim smatra niz od sedamnaest istraživanja britanskog NICE-a (Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost) koji nije pronašao statistički značajne razlike u smrtnosti novorođenčadi pri kućnim porodima niske rizičnosti i bolničkog poroda (AIMS, 2011). Također kućni porodi pokazuju veće zadovoljstvo žena kao i rjeđu uporabu medicinskih intervencija pri trudnoćama jednake rizičnosti. Naime, u Hrvatskoj se rutinskih provodi veliki broj zahvata koji su u većini zapadnih država odavno napušteni: „...provodi se opstetričko aktivno vođenje porođaja koje podrazumijeva rutinsko provođenje postupaka koje Svjetska zdravstvena organizacija u svojim smjernicama Skrb tijekom normalnog porođaja – praktični vodič iz 1999. godine navodi kao neučinkovite ili štetne i koje bi zbog toga trebalo izbaciti iz bolničke prakse: korištenje klistira, brljanje stidnih dlaka, intravenozna infuzija, profilaktičko uvođenje intravenske braunile, ležeći položaj tijekom porođaja, rektalni pregled, korištenje rendgenske pelvimetrije...“ (Udruga Roda, 2011). Zanimljivo je spomenuti i radikalne

autore poput francuskog doktora Michela Odenta, koji nastoji dokazati važnost prirodnog poroda zbog zdravog odnosa majke i djeteta kasnije. Osim postporodajne depresije te nemogućnosti povezivanja s djetetom, Odent tvrdi da izostanak djelovanja brojnih hormona prilikom poroda (na koje se utječe davanjem medicinskih lijekova i umjetnih hormona) negativno utječe na majku i dijete u daljnjem životu (Odent, 2006). No to je već tema drugog rada, a ovdje sam nastojala sažeti prednosti kućnog poroda i globalne trendove u diskusiji o njemu.

Problem je u nemogućnosti korištenja asistiranog kućnog poroda sa svim svojim prednostima i zaštitom države. Reguliranjem kućnog poroda postigla bi se usklađenost sa zdravstvenim regulatornim okvirom Europske unije te bi se pokazalo poštivanje prava pacijenata i ljudskih prava općenito.

III. Zakonski okvir

Zakonodavni okvir u Hrvatskoj definitivno ide u korist zagovarateljima asistiranog kućnog poroda. S obzirom da se nastoji utjecati na zakonodavce, najbolje ih je uvjeri „na njihovom terenu” – zakonskim argumentima. Pri analizi zakonskog okvira nastojat ću raščlaniti trenutačno zakonsko stanje, odrediti koji su ciljevi kao i pitanje policy-instrumenata u ovom konkretnom slučaju. Analiza zakona sastoji se od pregleda Ustava, Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Europske konvencije ljudskih prava.

Trenutačno u Hrvatskoj ne postoji niti jedan zakon ili akt koji izričito zabranjuje kućni porod. Postoji pak više zakonskih odredbi koje predstavljaju izvrsne temelje za zakonsku regulaciju kućnog poroda. Hrvatski Ustav nalaže da država štiti i regulira kategorije materinstva i porođaja (članak 56. i 62.) kao što i nalaže da svatko ima pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom. (Ustav, članak 58. i 69) . Ti članci pokazuju da ako osoba u Hrvatskoj odluči imati asistirani kućni porod, a zbog manjka regulacije ili nekog drugog razloga za koji je država zaslužna to ne može ostvariti, država krši članak iz Ustava, jer nije pružila zdravstvenu zaštitu prilikom korištenja prava (o pravnoj slobodi odabira mjesta i poroda uskoro). Naime, zdravstvena je zaštita također osigurana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Točnije, člankom 17. u kojem se spominje cjelovita zdravstvena zaštita žena, a posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom kao jednom od mjera zdravstvene zaštite . Članci 56. i 62. Ustava naglašavaju općenitiju nužnost reguliranja pitanja poroda ukazujući državi da je to u njezinoj domeni, a ne briga pojedinaca.

Posebno je zanimljiva zakonska regulativa sadržana u Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, točnije članka 15. U tome je sadržano najviše eksplicitnih referenci na asistirani kućni porod i njegovo reguliranje. Kao što je opisano u kratkom objašnjenju zakonskog stanja u Hrvatskoj pod nazivom Pravna pitanja vezana uz kućne porode u Republici Hrvatskoj, „od presudnog je značaja za pitanje kućnih poroda jer se radi o jedinom trenutno važećem propisu koji izrijekom spominje porod u domu i generalno predviđa mjere koje valja poduzeti tijekom i nakon kućnog porođaja. Također, njime se načelno određuje i djelokrug medicinskog osoblja koje navedene mjere treba provoditi.” (Pravna pitanja vezana uz kućne porode u Republici Hrvatskoj)

Zaključno, pojam kućnog poroda uistinu nije strana ideja u hrvatskom zakonodavstvu te je dužnost države putem akata ili zakona aktivno se pobrinuti za omogućavanje odabira mjesta i načina poroda. Nerješavanjem tog pitanja država otvoreno ignorira zahtjeve koji su dio i domaćeg i međunarodnog zakonskog okvira.

Hrvatska je potpisnica Europske konvencije o ljudskim pravima u kojoj pod člankom 8. „Pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života” stoji da svatko ima pravo na samostalno uređivanje svojeg privatnog i obiteljskog života. Taj članak implicira da je odabir mjesta i načina porod dio privatnog i obiteljskog života kao što je i odabir imena, grada gdje će se živjeti, broja djece i slično. Europa je to prepoznala kao ljudsko pravo, a Hrvatska se s time složila. Ipak, Hrvatska ne omogućava potpuno uživanje u tom pravu i zbog toga je na Europskom sudu za ljudska prava podignuta tužba u kojoj hrvatska državljanka Ivana Pojatina tuži Republiku Hrvatsku upravo po spomenutim osnovama (Udruga Roda, 2011). Slučaj je pokrenut u veljači 2012. godine te će proći mjeseci i godine do presude, ali sličan se slučaj dogodio u Mađarskoj, slučaj Ternovszky protiv Mađarske, gdje je podnositeljica tužbe odnijela pobjedu, a suci su to pojasnili ovako: „Dok autonomijski aspekt prava na poštovanje privatnog života jasno ukazuje na to da postoji pravo izbora postati roditeljem ili ne (Evans protiv velike Britanije) te je u svrhu učinkovitosti potrebno poštovati uvjete uživanja tog prava, nalazimo potrebnim pojasniti zašto to pravo poštovanja roditeljskog izbora zahtijeva minimum pozitivne regulative. Takav bi se izbor smatrao slobodom u 19. stoljeću. Dok nema državnog utjecaja na slobodu, čini se da ne postoji problem. Ali pozadinska pretpostavka klasičnog liberalizma ne funkcionira nužno u okviru moderne socijalne države, a pogotovo u medicinskom okruženju. U socijalnoj državi praktično sve se regulira: pravna uređenost je osnovno stanje i samo ono što je pravno uređeno smatra se sigurnim i prihvatljivim. Odjednom, u nedostatku pozitivne regulative, ono što je predmet neosporivog osobnog izbora postaje neuobičajeno i nesigurno. U svijetu koji je izuzetno puno reguliran, pojavljuju se opasnosti za slobode koje nisu pravno uređene” (Pravna pitanja vezana za kućne porode u Republici Hrvatskoj). Lako je zaključiti kako bi se ista pouka mogla primijeniti na Hrvatsku.

Ako razumijemo ciljeve kao pitanje što je potrebno činiti, a instrumente kao najbolji način postizanja ciljeva, tada možemo reći da je cilj uvesti regulaciju, a instrumenti su različiti zakoni ili akti koje država može odrediti pri postizanju cilja regulacije. Drugim riječima, problem manjka regulacije treba se riješiti uvođenjem regulacije. To je primarni, ako ne i jedini način rješavanja tog problema. Naime, ako se kroz Ministarstvo zdravlja uredi pitanje asistiranih kućnih poroda unutar postojećih zakona, a dodatnim aktima i dodatnim mijenjanjem zakona o radu koji se odnosi na hrvatske primalje, tada Vlada rješava svoje obaveze uređivanja pitanja vezanih uz porod.

Veliki dio problema može se riješiti pravilnom regulacijom rada primalja. Zakon o primaljstvu mijenjao se 2008. i 2010. godine, ali nije dopušten rad izvan bolničkih institucija. U radu primalja mnogo se promijenilo pri strožoj regulaciji njihove struke, točnije kompetentnosti: „Iako je tek nedavno nekoliko primalja dobilo licencu za samostalan rad, one ne mogu samostalno pratiti trudnoću i fiziološki porođaj, osnovati kuću za porode, niti samostalno savjetovati žene o zdravoj trudnoći i prirodnom porođaju. Primalje u hrvatskim rodilištima samo izvršavaju intervencije, terapije i postupke koje odredi liječnik.” (Udruga Roda, 2011). Naime, primalje mogu obavljati privatnu praksu no nije im dopušteno da ih otvaraju i zatvaraju iako u Zakonu o primaljstvu stoji da je djelatnost primalja vođenje trudnoće na svim razinama zdravstvene zaštite što podrazumijeva i ženin dom. Taj paradoks i nedostatak preciznije regulacije koči mogućnost kućnog poroda na fundamentalnoj razini, jer ne dopušta rad primalja izvan medicinskih institucija, čime je roditeljima uskraćena zdravstvena zaštita pri kućnom porodu.

IV. Analiza aktera

Javne politike imaju dvije dimenzije, okomitu i vodoravnu. Okomita se fokusira na stvaranje politike pristupom odozgo prema dolje, tj. prenošenje odluka od strane onih koji su ih osmislili na određene, dok je vodoravna dimenzija šireg oblika, jer podrazumijeva više sudionika u stvaralačkom procesu politika. „U okomitoj dimenziji drži se neupitnim postojanje kreatora politika: budući da je fokus na vlasti, moraju postojati i vladari. U vodoravnoj dimenziji, međutim, vidljivo je da hijerarhijska vlast nije dovoljna te da postoji mnoštvo sudionika, da su pregovaranje i konsenzus važni i da se malo postiže između kreatora politike i preuzimatelja politike“ (Colebatch 2004: 26). Problem kojim se bavim u ovom radu nije klasičnog okomitog tipa, jer nije okarakteriziran direktnim vertikalnim stvaranjem politika i prijenosa odluka već mnoštvom aktera koji djeluju u međusobnoj interakciji te generiraju interes za raspravu o pitanju poroda. Ti su akteri građani, udruga Roda, hrvatske primalje, liječnici te Ministarstvo zdravlja. Oni se mogu podijeliti u vladine i nevladine pri čemu je jedini vladin akter Ministarstvo. Mogu se također razdvojiti prema podjeli na vlast, ekspertizu ili poredak (Colebach, 2004: 27). U toj je podjelo Ministarstvo dio vladina aktera, a svojevrsna ekspertiza su liječnici i primalje dok ostatak aktera spada pod poredak (organizacije, građani, udruge...). No za ovu je politiku možda najkorisnije aktere podijeliti prema stavu oko samog pitanja kućnog poroda. Točnije, oni koji zagovaraju rješavanje tog pitanja i oni koji ga nastoje osporiti. Trenutačno stanje je takvo da se zainteresirane građane, udrugu Roda i primalje može staviti na stranu koja zagovara kućni porod dok su liječnici općenito manje oduševljeni tom idejom. Vlada nema inherentan stav već se mijenja ovisno o sazivu. Trenutačna vlada podržava rješavanje pitanja kućnog poroda dok vlada prijašnjeg saziva nije pokazivala interes prema toj temi.

Građane kao aktere čine svi zainteresirani pojedinci ili obitelji koje iz nekog razloga postanu povezani s temom kućnog poroda i svoj interes često prenose udruzi Roda ili nešto rjeđe Hrvatskoj komori primalja ili Ministarstvu. Važnost građana kao aktera vidi se i u činjenici da je jedna osoba podigla tužbu protiv Hrvatske, što u konačnici može biti presudan faktor u stvaranju osjećaja hitnoće rješavanja problema. S druge strane imamo udrugu Roda, kojoj je primarni cilj edukacija građana o pravima i mogućnostima tijekom trudnoće, poroda i roditeljstva. Iako im je primarna djelatnost usmjerenost prema edukaciji društva, zadnjih se mjeseci mijenja odnos prema radu s vladom te udruga želi proširiti i svoju sferu utjecaja na njih (prema riječima B. M. Jagatić iz udruge Roda). Ta je udruga jedina koja agregira interese građana vezane uz kućni porod te ih educira o tom pitanju koliko je to uopće moguće učiniti s obzirom da ih ne može savjetovati i povezivati s primaljama. Oni primjećuju porast zainteresiranosti prema toj temi posljednjih godina, a kao udruga imaju to pitanje u svojem djelokrugu od samog postojanja udruge.

Udruga Roda dobro surađuje s Hrvatskom komorom primalja, koja je jedan od krucijalnih aktera upravo zbog toga što bi regulacijom kućnog poroda primalje obavljale taj posao. Ipak, u Hrvatskoj komori primalja spominju da je profesija suočena s velikim izazovima rješavanja unutarnjih pitanja funkcioniranja struke i uređenja te su im za sada ta pitanja primarna. Rješavanje opcija asistiranog kućnog poroda im ovog trenutka nije na vrhu prioriteta te nisu s Ministarstvom krenuli u diskusiju o tom pitanju, no vjeruju da je ta ideja pokrenuta i nemoguće ju zaustaviti. Komora, osim što vrlo dobro surađuje s udrugom Roda, zadovoljna je i suradnjom s Ministarstvom, posebice s trenutačnom vladom te se redovito sastaju i uređuju zakonski okvir vezan uz regulaciju njihove prakse. S druge strane, imaju malo manje zadovoljavajuću suradnju s liječnicima (kada

je u pitanju asistirani porod), jer uvođenje te mogućnosti mnogi ginekologa i opstetričari gledaju kao problem sigurnosti za majku i dijete, ali i kao oduzimanje njihova posla od strane primalja. Na takav stav primalje reagiraju tvrdeći da je to oduvijek bio posao koji je njima pripadao. Određeni animozitet oko tog pitanja je razumljiv, pogotovo jer se radi o svojevrsnom sukobu u pristupu porodu – primaljskom i porodničarskom. Ipak, određena suradnja između ta dva aktera je potrebna kako bi se u budućnosti uspješno vodile različite trudnoće. Primalje u Hrvatskoj mnogo su snažnije i koherentnije kao akter otkad postoji Komora za razliku od prijašnje situacije kada je samo postojala udruga primalja. Postojanjem Komore primaljska struka je ozbiljnije shvaćena zbog mogućnosti unificiranog i zajedničkog djelovanja. Na taj način mogu učinkovitije komunicirati i s Ministarstvom, koje je posljednji akter u ovoj analizi.

Zanimljivo je da je Ministarstvo jedini promjenjivi akter u pogledu stava prema kućnom porodu. Naime, kao što se to događa, promjenom vlada mijenjaju se ministri, a s njima i njihovi stavovi oko nekih pitanja. Većina aktera s kojima sam razgovarala pohvalila je vladu izabranu 2011. godine naglasivši da je s njima lakše raditi i da su liberalniji prema nekim stavovima. Prijašnja je vlada, točnije Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, bilo gotovo neprijateljski nastrojeno prema kućnom porodu. Prema riječima Jagatić iz udruge Roda, jednom prilikom su poslali dopis navedenom Ministarstvu zahtijevajući rješavanje problema prijave djece nakon kućnog poroda pri čemu je Udruga dobila odgovor kojim su se prozivale majke koje su odabrale takav porod uz opasku da je to nadriječništvo. Ministarstvo tada, očito nije bilo sklono opciji regulacije kućnog poroda, što je razumljivo pogotovo jer je i sam ministar bio ginekolog, što ga čini akterom koji se protivi kućnom porodu. Promjenom Vlade promijenili su se i stavovi. Već u kampanji za izbore u Planu 21, u djelu Zdravlje za sve, Kukuriku-koalicija obećala je razvijanje sustava usluga za trudnice kao i izbor načina poroda (Kukuriku-koalicija, 2011). Od tada do sada nije pokrenuto rješavanje tog pitanja, što se možda može pripisati činjenici da Ministarstvo ima pune ruke posla spašavanjem posrnulog zdravstvenog sustava i stavljanjem pitanja medicinski pomognute oplodnje u središte rasprave kao i činjenicom da nisu naveli rok rješavanja izbora poroda. Ipak, dijametralna se razlika vidi u reakciji trenutnog ministra zdravlja na podignutu tužbu protiv Hrvatske na Europskom sudu za ljudska prava. Ministar Ostojić izjavio je da to pitanje treba regulirati i da nema pravnih prepreka rješavanju tog problema naglašavajući da svaka žena ima pravo odabira mjesta poroda (Žapčić, 2012).

Konačno, izgleda da se većina aktera trenutno slaže s nužnošću rješavanja tog problema uz djelomični izuzetak ginekologa i opstetričara. Iako postoje ginekolozi koji se ne protive toj ideji, čini se da otpor nije organiziran i snažan, čime ne predstavljaju ozbiljnu prijetnju tijeku politike kućnog poroda. No nedostaje aktivnost smih ženskih udruga te bi bilo korisno za politiku kućnog poroda da, osim udruga koje su orijentirane na obitelj i roditelje, postoji i podrška udruga koje su usredotočene isključivo na ženska prava i promicanje kućnog poroda s pozicije koja je jedinstvena samo njima.

V. Analiza dinamike policy-procesa

Za konkretni problem asistiranog kućnog poroda nemoguće je napraviti potpunu analizu dinamike policy-procesa zbog toga što se većina faza još nije odvila. Problem asistiranog poroda tek je došao na dnevni red i djelomično u fazu formulacije. To su ujedno dvije faze koje je često teško razlikovati jer se razvijaju paralelno. Vezano uz sam dolazak teme na dnevni red mogu se uočiti neke

karakteristike. Iako je tema poprilično kontroverzna, ipak nije tema većih sukoba ili prepirka. Ona ne zalazi u izrazito osjetljiva područja dubokih fundamentalnih religijskih ili ideoloških uvjerenja kao što su pitanja pobačaja ili čak pomognute oplodnje. Osobe o kućnom porodu često imaju stav ili ga brzo stvore kada saznaju za temu, ali to nisu duboko utkana i nepromjenjiva uvjerenja. Štoviše, često se i promijene nakon vlastita iskustva poroda. Primjerice, osoba može biti protiv kućnog poroda, no promjeni mišljenje nakon lošeg iskustva u bolnici ili osoba nakon prevelike boli odluči idući porod ostvariti uz lijekove. U policy-procesu uvjerenja aktera mogu biti od velike važnosti. Ona mogu objasniti procese i ishode odabrane politike, jer se polazi od ideje da snažno utječu na djelovanje policy-aktera, a autori Sabatier i Jenkins-Smith razlikuju duboka, policy i sekundarna uvjerenja. Pri tome su duboka uvjerenja gotovo nepromjenjiva, temeljna, ontološka i normativna. Policy uvjerenja su umjerenija, mogu biti empirijska i normativna te su vrlo pogodna za stvaranje zagovaračkih koalicija u kojima je podjela uvjerenja i stvorena. Posljednja vrsta uvjerenja su sekundarna koja se najlakše mijenjaju i najjače su empirijski utemeljena (Sabatier, 2009: 196). Iako akteri poput udruge Roda i primalja vjerojatno neće mijenjati stav o kućnom porodu, Ministarstvo nema uniformirani stav, jer se on mijenja ovisno o pojedincima koji čine vlast, a promjenjivi su akteri i građani, kao što sam već opisala. Zaključujem da su uvjerenja vezana uz pitanja kućnog poroda kod većine opisanih aktera dio policy-uvjerenja. Kod udruge Roda i primalja ona su više normativne prirode, jer sadrže osnove pojedinih vrijednosti pomiješanih s idejama boljitka. Kod običnih građana to su više empirijska policy-uvjerenja, jer su podložnija znanstvenim informacijama kao i vlastitoj empiriji pri čemu se mišljenje može promijeniti novim iskustvima ili primjerice studijama o sigurnosti poroda.

U posljednjem desetljeću raste zanimanje za asistiranim kućnim porodima, najčešće od strane visoko obrazovanih majki koje su već rodile, pa su ponukane lošim iskustvom, ili su vrlo informirane, a često su i živjele u inozemstvu. Za promoviranje pojedinih politika, pa tako i kućnog poroda, često je vrlo korisno imati što više zainteresiranih aktera, no nije samo u tome „ključ“ uspješnosti već i poštivanja ljudskih prava i vlastitih zakonskih okvira. Simptomatično, prvi stvarni korak naprijed u politici asistiranih poroda upravo se događa nakon što je podignuta tužba na Europskom sudu za ljudska prava, jer je to potaknulo Ministarstvo zdravlja da prvi puta pokaže zanimanje za rješavanje tog pitanja. Dinamika te politike (policy) prije promjene vlade i podignute optužbe bila je spora i neproduktivna. Svijest je o problemu postojala, ali izjavom tadašnjeg Ministra Milinovića da je porod kod kuće nadriječnost moglo se lako naslutiti da neće učiniti ništa vezano uz regulaciju kućnog poroda. Premda je prerano točno tvrditi, čini se da je podizanje optužnice protiv Hrvatske najbolje pokazalo Vladi ozbiljnost hrvatskih roditelja u želji za dobivanjem tih mogućnosti, ali i ukazalo na to što je dužnost države.

VI. Zaključak

Konačno, u ovoj fazi politike kućnog poroda nemoguće je dati potpunu završnu ocjenu djelovanja države. No moguće je još jednom sažeti odgovor na pitanje nastajanja politike asistiranog kućnog poroda u Hrvatskoj, koje se provlači kroz cijeli rad, te iznijeti završna razmišljanja. To ću učiniti kroz teoriju o tri razine javnih politika Hala Colebatcha. Autor iznosi tri dimenzije politika koje zajedno stvaraju određenu politiku. Te razine su mjerodavni izbor, strukturirana interakcija i društvena konstrukcija. Pogrešno je i nepotrebno razdvajati te razine, jer svaka od njih zasebno ne može dati potpuni prikaz neke politike (Colebatch, 2011: 18). I dok to nije slučaj sa svim politikama, politika kućnog poroda uistinu je ostvarila sve tri razine.

Prva razina je mjerodavni izbor (authoritative choice) koja podrazumijeva elemente koji se vežu uz vladu i politiku te „klasično” stvaranje politika kao onoga što vlada odluči. Iako ta razina sama po sebi nije dovoljna za potpuno razumijevanje policy-procesa, od središnje je važnosti, jer u nju spadaju dijelovi politike kućnog poroda koji se odnose na potrebne zakonodavne promjene (to su instrumenti za postizanja cilja). U mjerodavni izbor pripada i sukladnost s ljudskim pravima kao i potrebna zdravstvena zaštita svih roditelja koju može jamčiti samo država. Utjecaj mjerodavnog izbora na politiku vidi se i u tome što veća sklonost pitanju kućnog poroda od strane trenutne vlade naglašava i njezino brže rješavanje.

Strukturirana interakcija aktera je druga razina javne politike u kojoj je poznato tko sudjeluje u pojedinom policy-problemu te na kojem je položaju. Prisutna je određena stabilnost u odnosu aktera, jer postoji jasan policy-problem, ljudi i institucije koje su uključene u njega kao i predviđanje njihova mogućeg djelovanja (Colebatch, 2011: 17). U ovom sam radu analizirala policy-aktere u politici kućnog poroda iz čega se jasno može zaključiti da posjeduju sve elemente strukturirane interakcije, jer su poznate pozicije svih aktera oko pitanja kućnog poroda, postoji njihova međusobna komunikacija kao i suradnja, a jasnije su i uloge svakog od njih.

Posljednji je element društvena konstrukcija koja se veže na postojanje policy-problema. Iako sve može biti policy-problem, dok se to ne ostvari, ne može postojati niti sam policy. Potrebno je odrediti oko čega akteri uopće odvijaju interakciju, što je problem i zašto. Od „obične teme” potrebno je stvoriti problem. To stvara diskurs o društvenoj konstrukciji problema (Colebatch, 2011: 17). U politici kućnih poroda to je nastalo raspravama o mjestu i načinu poroda kao prava, ali i diskursom o različitim pristupima porodu (porodničarski ili primaljski) i pitanjima koji je bolji. Time jedna mogućnost poroda, porodničarskog, i nemogućnost izbora postaje shvaćena kao problem koji treba riješiti. Ožvljenje teme poroda omogućio je izostanak dubokih uvjerenja o tom pitanju čime se njegovo shvaćanje i važnost mijenja kroz povijest, na trenutke izvirujući na površinu, a na trenutke nestajući. U Hrvatskoj je trenutna situacija postala ključni trenutak porasta važnosti tog pitanja i time se zadovoljava posljednja dimenzija Colebatchevog okvira javnih politika.

Konačno, ovaj rad nastojao je pokazati stvaranje politike kućnog poroda u Hrvatskoj, a njezina se uspješnost za sada čini obećavajućom. Osim samog pritiska tužbe u Strasbourgu, čini se da je vlada inherentno sklonija hvatanju u koštac s tim problemom. Rješavanje problema sastojat će se gotovo u potpunosti od središavanja regulatornog sustava, tj. njegova nepostojanja. Postavljanje potrebne regulacije moglo bi se riješiti kroz nekoliko godina ili kraće. U brzo rješenje vjeruju i primalje dok su u Rodi oprezniji i predviđaju da će se promjena dogoditi u sljedećim generacijama. Za uspostavu mogućnosti kućnog poroda nije potrebno uvoditi ekstenzivne strukturalne promjene već treba detaljno izraditi pravni okvir vezan uz sigurnost i kvalitetu te uređenje rada primalja. Za zadovoljavanje inicijalne potrebe kućnog poroda malog broja žena već postoji stručni kadar primalja koje bi to mogle obavljati, a u budućnosti bi se unaprijedilo i školovanje primalja. Tim postupkom, jednostavnim, ali izrazito snažnim, vlast može uspješno riješiti naizgled jedno-dimenzionalno pitanje ljudskih prava, a zapravo potaknuti pozitivne ishode na više razina, kao što su manji troškovi za zdravstvo, kraći oporavak i veće zadovoljstvo roditelja, a indirektno vjerojatno i boljoj natalitetnoj slici Hrvatske.

VII. Literatura

1. AIMS (Association for improvements in the maternity services). 2011. The benefits of home birth: Evidence of safety, effectiveness and women's experience. Surrey: AIMS.
2. Colebatch Hal. 2004. Policy. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
3. Colebatch Hal. 2011. Challenge and Development: The Emerging Understanding of Policy Work. *Politička misao* 48(5): 11-24.
4. Crawford Bridget J. 2011. Third-wave feminism, motherhood and the future of feminist legal theory. u. J. Jones et al., ur. *Gender, Sexualities and Law*. New York. Routledge: 227-240.
5. Hill Michael. 2010. Proces stvaranja javnih politika. Zagreb: Fakultet političkih znanosti.
6. Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. Tajništvo Europskog suda za ljudska prava, 2010. <http://www.echr.coe.int/NR/ronlyres/8E8F1266-6754-4880-80DD-BBA9D2677D9C/0/CRO_CONV.pdf> (pregledano 10.5.2012.)
7. Kukuriku koalicija. 2011. Zdravlje za sve. <<http://www.kukuriku.org/plan21/zdravlje-za-sve/>> (pregledano 26.5.2012.)
8. Odent Michel. 2006. Womb Ecology: The physiological reference. <<http://www.wombecology.com/?pg=physiological>> (pregledano 30.5.2012.)
9. Petak Zdravko. 2007. Javne politike: Razvoj discipline u Hrvatskoj i svijetu. u. M.Kasapović, ur. *Izlazak iz množine? Stanje hrvatske političke znanosti*. Zagreb. Fakultet političkih znanosti: 187-215.
10. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Zagreb: Narodne novine. 126/06, 156/08
11. Pravna pitanja vezana za kućne porode u Republici Hrvatskoj. (Nedostaje naziv autora i godine izdanja, dobiveno na uvid od Hrvatske komore primalja)
12. Puljiz Vlado et al. 2000. Sustavi socijalne politike. Zagreb: Revija za socijalnu politiku.
13. *The Bussiness of Being Born*. Red. Abby Epstein. Barranca Productions, 2008.
14. The Good Birth Company. 2010. Giving Birth At Home. <http://www.thegoodbirth.co.uk/home_birth> (pregledano 26. 5.2012.)
15. Udruga Roda. 2011. Predmet: Podnesak uz tužbu. Zagreb: Roda.
16. Zakon o primaljstvu. Zagreb: Narodne novine. 120/08, 145/10.
17. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Zagreb: Narodne novine. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11
18. Žapčić, A. 2012. Ostojeć najavio regulaciju: „Žene u Hrvatskoj trebaju moći odlučiti hoće li roditi u bolnici ili kod kuće.” Tportal. 9.5. <<http://www.tportal.hr/vijesti/hrvatska/192660/zene-u-Hrvatskoj-trebaju-moci-odluciti-hoce-li-roditi-u-bolnici-ili-kod-kuce.html>> (pregledano 26.5.2012.)
19. Weible, C. M., Sabatier, P. A. 2009. Coalitions, Science, and Belief Change: Comparing Adversarial and Collaborative Policy Subsystems. *Policy Studies Journal* 37(2): 195-212.
20. WHO. 2012. Health Services. <http://www.who.int/topics/health_services/en/> (pregledano 26.5.2012)

NINA JURETIĆ

Nina Juretić je baccalaureate politologije i trenutno pohađa diplomski studij na Fakultetu političkih znanosti u Zagrebu. Studirala je i u Americi, a sfera interesa su joj javne, posebice zdravstvene politike i politička teorija. Pisala je radove na temu hrvatskog i stranih zdravstvenih sustava kao i o temama vezanim uz porodične politike.

Andreja Kolenc, Aktivistica za porode, IBC

Funkcionalan plan poroda

Plan poroda sve je popularniji u Sloveniji, a kako sam i sama sve više uključena u porođajnu scenu, primijetila sam i zapisala kakav utjecaj on ima te kakvo se djelovanje i rezultati ostvaruju po njegovoj primjeni. Rezultati mjerenja distribuirani su u odnosu na posljedice primjene plana poroda i prema tomu su razvrstani u dvije skupine.

Plan poroda je zamišljen kako bi se budući roditelji pripremili za porođaj i kako bi ih se potaknulo da razmisle kakav proces poroda žele imati, da pojasne svoje želje i očekivanja. Također im nudi način da izraze svoje želje medicinskom osoblju ili asistentima na porodu, kao i realan plan za cjelovitu skrb tijekom poroda.

Kao što se očekivalo, uočene su pozitivne posljedice primjene plana poroda. U ovoj prvoj, pozitivnoj skupini vidimo roditelje koji tvrde da su bili sretni s cijelim iskustvom poroda, a i medicinsko je osoblje tvrdilo da im je rad bio manje stresan i protočniji. Obje se strane slažu da je plan poroda doveo do takvih rezultata ili barem pridonio iskustvu.

U drugoj su skupini suprotne posljedice primjene plana poroda. Roditelji nisu bili zadovoljni iskustvima s poroda, a medicinsko osoblje tvrdi da im je rad zbog njega bio stresniji, odnosno da ih je više iscrpio. Opet su se obje strane složile da je upravo plan poroda doveo do takvih rezultata ili da je barem pridonio tom iskustvu.

Šire promatranje istoga područja pokazuje da ove dvije vrlo različite skupine posljedica koje donosi primjena plana poroda nisu lokalni već i globalni problem.

Na površini tih dviju skupina nema očiglednih razlika: tu je medicinsko osoblje, pacijenti/-ce i plan poroda. Stoga se razvila teorija prema kojoj moraju postojati detalji koji određuju hoće li posljedice primjene plana poroda rezultirati time da se iskustvo svrsta unutar prve ili unutar druge skupine. Rezultati detaljnih mjerenja doista su potvrdili ovu teoriju i to tako da su ujedno prepoznati uzroci koji dovode do vrlo različitih posljedica primjene plana poroda.

Najčešće navođen uzrok bila bi riječ Plan koja se koristi u naslovu Plana poroda. Suvremeno društvo razumije riječ plan kao nešto što se mora dogoditi, što je fiksirano samim planom. U suvremenom se društvu misli da kad nešto planirate, a onda se to ne dogodi prema planu koji imate, onda je ili plan propao ili se vi kao osoba osjećate neuspješno. Upravo takvo razmišljanje dovodi do komplikacija pri kojima roditelji osjećaju duboko razočaranje ako porod ne ide prema planu. Medicinsko osoblje iz istog razloga može doživjeti visoku razinu stresa i također može osjećati da nisu uspjeli sa svojom pacijenticom ako porod nije prošao u skladu s njezinim planom poroda.

Drugi navedeni uzrok su sredstva informiranja na kojima se temelji plan poroda. Žene ga počinju koristiti jer je to postao trend, a ne iz nužde, pa počnu kopirati druge. Pišu svoje planove poroda i težnje isključivo temeljem podataka koje su dobile iz slučajnih internetskih priča i raznih društvenih mreža. Informiraju se iz nepouzdanih izvora, čime podrivaju ozbiljnost i vjerodostojnost planova poroda.

Žene imaju rastuće poteškoće pri suočavanju s iskustvom porođaja; one, zapravo, žele biti isključene iz iskustva poroda, a u planu poroda našle su priliku da provedu takvu isključenost. Takve ga žene

koriste kao psihološki štiti ili kao agresivan zahtjev, pa tim činom same sebe izuzimaju iz iskustva poroda dok se skrivaju iza svoga plana poroda. Uz takvo gledanje na stvari, svrha plana poroda ugrožena je i unakažena.

Sljedom toga, uz uvođenje raznih preporučenih oblika plana poroda ili čak njihovih strogo nametnutih oblika, žene su počele slijediti pravila i trendove zbog kojih ne vjeruju u vlastito izražavanje želja na porodu. Sve je to dovelo do nužnosti da se vrati povjerenje u plan poroda ili, još bolje, da se vrati povjerenje u ono čemu je izvorno bio namijenjen.

Kad žena piše svoj plan poroda, treba se dobro informirati i imati dobru podršku te potražiti pouzdane izvore informacija. Osim toga, iznimno je preporučljivo da se prilikom pisanja plana poroda uspostavi suradnja s medicinskim osobljem koje će biti prisutno pri porodu, što se u praksi, međutim, vrlo rijetko primjenjuje. Treba shvatiti da bolnica ima svoje rutine, svoje operativne postupke i prakse, pa određene želje pri porodu nisu kompatibilne s njima. Osim toga, prilikom pisanja plana poroda u obzir valja uzeti i prostorna ograničenja pojedine bolnice. To je vrlo važno, osobito prije nego što žena dođe u bolnicu roditi dijete. Pisanje plana poroda u suradnji s medicinskim osobljem osigurat će izbjegavanje nepotrebnog i neugodnog stresa za obje strane – kako za medicinsko osoblje, tako i za pacijenta.

Plan poroda trebao bi pomoći ženama i buduće roditelje pripremiti za rođenje. Trebao bi ih potaknuti da jasno svoje želje i očekivanja, pružiti im sve činjenice o porodu i dati im priliku da se pripreme na ono što će se zbivati tijekom njega. Također je bitno da se jasno identificiraju i utvrde njihove želje vezano uz porod, kao i načini na koje se te želje mogu primijeniti u praksi.

Kao što je rečeno, bolnica ima rutine, operativne postupke i prakse za koje vjeruje da osiguravaju optimalne performanse i sigurnost. Rad medicinskog osoblja zahtijeva vrlo racionalno rukovanje vremenom. Kao što im plan poroda može pružiti mogućnost da vrijeme racionaliziraju, također može dovesti do toga da im se vrijeme oduzme. Ako budući roditelji imaju znanja te uvažavaju bolničke postupke i rad medicinskog osoblja, plan poroda mogao bi se napisati ili prilagoditi tako da se uzme u obzir medicinsko osoblje i poštuje njihovo vrijeme.

U zaključku, rezultati promatranja pokazuju nam da je potrebno vratiti povjerenje u plan poroda. Obje strane, kako budući roditelji tako i medicinsko osoblje, trebaju pokušati razumjeti jedni druge. Trebaju poticati uzajamno poštovanje i učinkovito koristiti plan poroda kao alat koji im omogućava da obje strane postignu pozitivne rezultate.

Za buduće je roditelje plan poroda vrlo učinkovit način da se pripreme za rođenje, razjašnjavanje te izražavanje očekivanja i želja. Medicinskom osoblju, pak, plan poroda može olakšati rad, omogućiti im manje stresne uvjete rada i čak uštedjeti vrijeme.

Da bismo imali funkcionalan plan poroda, svi moramo biti svjesni odgovornosti, poštovanja i dubokog učinka koje plan poroda može imati.

ANDREJA KOLENC

Andreja Kolenc je doula, žena zaljubljena u čin rađanja i majka troje djece. Iskusiła je tri vrlo različita poroda, a njezina strast za rađanjem javila se tijekom priprema za drugi porod. Njezina vizija poroda budućnosti temelji se na spajanju drevne mudrosti s modernom znanosti.

dr. sc. Noam Zohar

Porod kod kuće, ljudska prava i službene predrasude: Izrael, Mađarska i ECHR

Na određeni način mađarski zakon, suočen s izazovom u slučaju Ternovsky, prijateljskiji je prema roditeljama nego izraelski zakon, jer izričito priznaje da porod „izvan institucija“ može biti dopušten. Ipak, Europski je sud za ljudska prava (ECHR)¹, u svojoj odluci donesenoj sa šest glasova za i jednim protiv, dao puno težine činjenici da taj isti zakon zahtijeva određivanje pravila za dopuštanje takvog poroda i uvjeta koji bi bili povod za zabranu. Sud stoga zaključuje, smatram opravdano, da nedostatak sekundarnog zakonodavstva potrebnog za pobliže određivanje tih uvjeta stvara nesigurnost, posljedica čega je odvratanje zdravstvenih djelatnika od asistiranja pri kućnim porodima, a time i nezakonito ograničavanje slobode žena da rode onako kako žele.

Na temelju navedenog moglo bi se zaključiti da će, kada se jednom donesu takvi podzakonski akti, pružajući dovoljnu pravnu sigurnost, prava roditelje biti propisno osigurana. Ali time se ignoriraju potencijalni problemi vezani za prirodu i poseban sadržaj uvjeta postavljenih zdravstvenim djelatnicima koji asistiraju pri kućnom porodu. Kao što će čitatelj vidjeti iz izraelskog konteksta prikazanog u nastavku, takvi uvjeti mogli biti proizvoljni, diskriminirajući i zapravo opasni. Ako se sekundarno zakonodavstvo koje se odnosi na kućne porode temelji na lažnim pretpostavkama o relativnoj sigurnosti i sadrži neprofesionalne odredbe o odgovarajućim postupcima, postizanje pravne sigurnosti neće najaviti slobodu nego pogoršati ugnjetavanje žena.

Izraelski temeljni zakon ne spominje izravno porod kod kuće. Zakon o pravima pacijenata (1996., poglavlje 13a) određuje da se „medicinska skrb ne smije pružiti ako i dok pacijent nije dao svoj informirani pristanak“. Međutim, još uvijek postoji jak društveni imperativ da se roditi može samo u bolnici, a zapravo je ženina mogućnost izbora u bolničkim rađaonicama često ograničena.² Moglo bi se reći da izraelski temeljni zakon dopušta porod kod kuće time što ga ne spominje, jer i Zakon o liječnicima i Zakon o primaljama govore o dozvoli za obavljanje poroda, bez navođenja određene lokacije. Također valja naglasiti da, iako Zakon o primaljama zahtijeva obuku koja će se propisati podzakonskim aktima, vlada nije donijela nikakvu odredbu za primalje koje nisu završile studij sestrinstva (engl. direct entry midwife), čime su jedine službeno priznate primalje medicinske sestre sa specijalizacijom iz primaljstva i porođništva³ u bolničkim rađaonicama.

Većina izraelskog sekundarnog zakonodavstva koje se odnosi na zdravstvene usluge objavljuje se preko okružnica koje izdaje ravnatelj Ministarstva zdravlja. Godine 2008. izdana je takva okružnica, koja je postavila određena ograničenja za porod kod kuće. Krajem 2011. izraelski su mediji izvijestili da se priprema revidirana, još restriktivnija okružnica. Činilo se da su stručnjaci koji su sudjelovali u njezinoj izradi bolnički ginekolozi. Kontaktirao sam višeg dužnosnika zaduženog za izradu nacrt

¹ Europski sud za ljudska prava

² To čak uključuje diskriminirajući zakon koji daje svakoj roditelji pravo na Dar za rođenje pod uvjetom da rodi u bolnici, s izričitim ciljem obeshrabriranja poroda kod kuće (vidi O. Morgenstern-Leissner, „Hospital Birth, Military Service and the Ties that Bind them: The Case of Israel“, Nashim 12 (2006), 203-241). (Imajte na umu da se godišnji broj kućnih poroda, iako je još uvijek mali, gotovo utrostručio u posljednjih nekoliko godina od 200-300 koje navodi).

³ Nažalost, hebrejska riječ je ista za oboje.

okružnice dr. Hezija Levija izražavajući zabrinutost zbog etičkih propusta u nacrtu i pozivajući ga da se konzultira s primaljama i liječnicima koji asistiraju pri kućnim porodima. U svojem se odgovoru suprotstavio prijedlogu za konzultacije, ali mi je poslao tekst (naziv dokumenta bio je „Porod kod kuće – konačna verzija, prosinac 2011.”) i pozvao me da dam svoje komentare.

Predložena okružnica nevoljko je priznavala žensko pravo na porod kod kuće, ali je nastojala uvesti prilično stroga ograničenja za ostvarivanje tog prava, ograničavajući dozvole za zdravstvene djelatnike, primalje ili liječnike, za asistiranje pri takvim porodima. Time služi kao primjer neprimjerenog sadržaja s kojim se možemo suočiti kad pravna nesigurnost otvara put pristranoj sigurnosti. Nažalost, okružnica, koja je izmijenjena u nekim aspektima kao odgovor na prosvjede primalja, a možda i na moje pismo, ali ipak u suštini slična nacrtu, konačno je objavljena nekoliko mjeseci kasnije. Slijedi moj prijevod pisma od 26. prosinca 2011. koje sam poslao dr. Leviju u kojem sam pokušao navesti ozbiljne etičke nedostatke predloženih ograničenja. Tamo gdje priroda problematičnih odredbi koje kritiziram nije lako vidljiva iz mojih komentara, dodao sam pojašnjenja (uglavnom u zagradama).

...

Na početku želim naglasiti da su moja razmatranja zasnovana na prevladavajućoj profesionalnoj etici i društvenom moralu. Čak i kada se pozivam na zakone države Izrael, to nije zamišljeno kao pravno mišljenje (nisam pravnik), već kao pokušaj oslanjanja na duh zakona kao vodeće norme u zemlji. Čak i ako se može dobiti pravno mišljenje kojim se za nešto navodi da formalno nije u suprotnosti sa slovom zakona, to samo po sebi ne isključuje da je ista stvar etički neprihvatljiva, ali također i suprotna duhu zakona – odnosno osnovnim vrijednostima koje zakon utjelovljuje.

A)

Na prvoj stranici (nacrt) okružnice potvrđuje da ne postoji zabrana da žena rodi u svojem domu te da Zakon o primaljama i Zakon o liječnicima dopuštaju primalji ili liječniku s licencom da joj tamo pruže profesionalnu uslugu (trebao bih dodati da, po mojem mišljenju, to nije ograničeno samo na ženin dom, već se može odvijati na bilo kojem drugom prikladnom mjestu). Treba naglasiti da te dozvole ne predstavljaju nikakvu posebnu ili neuobičajenu privilegiju. U demokratskom je režimu osnovna pretpostavka da žena ima pravo birati gdje će i kako proći kroz jedno od najvažnijih iskustava svojega života i kako će se početi povezivati s djetetom koje će s ljubavlju podizati. Ako prihvatimo (kontroverznu) premisu da je žena u normalnom porodu „pacijent”⁴, tada prema Zakonu o pravima pacijenata ona može izabrati kakav će medicinski tretman primiti, od koga i gdje. Isto proizlazi, naravno, i iz Temeljnog zakona: Ljudskog dostojanstva i slobode.

U svjetlu svega toga, uvodna je rečenica neskladna i iritantna, jer se u njoj navodi: „Općenito govoreći, prednost treba dati obavljanju poroda u radaonicama priznatih, licenciranih bolnica”. Činjenica da se ta izjava odnosi na raniju okružnicu Ministarstva (zdravlja, objavljenu u studenom 2000.), nije dovoljna za uklanjanje etičkog oblaka koji lebdi nad njom. Prema mojim saznanjima, može se čvrsto utemeljeno reći da je, s obzirom na sigurnost i dobrobit žene koja rađa, porod kod kuće (uz nazočnost kompetentnih stručnjaka) sigurniji i općenito bolji od poroda u bolnici. Što se tiče sigurnosti novorođenčeta, jasno je da je u oba okruženja rizik od ozbiljne štete minimalan. Ipak,

⁴ U hebrejskom to je ista riječ kao „bolesno”, stoga je oznaka problematična iz perspektive koja normalan porođaj vidi kao zdravu aktivnost, a ne kao „bolest”.

postoji debata o relativnom riziku. Prema aktualnim i pouzdanim publikacijama, u porodicima koji nisu visokog rizika, sigurnost novorođenčeta jednaka je kod kućnog poroda u usporedbi s bolničkim porodicima. Prema drugim publikacijama, postoji mala razlika u korist bolničkih poroda. Čak i prema ovim publikacijama (od kojih su neke sumnjive u pogledu znanstvene pouzdanosti), dodatni je rizik (kao i ukupni apsolutni rizik) kod kućnog poroda daleko manji od onog koji pacijenti (i roditelji, kao prirodni čuvari svoje djece) uobičajeno prihvaćaju odbijajući određene tretmane ili birajući kako, gdje i tko će ih liječiti, u različitim medicinskim kontekstima.

Stoga se čini da vaša izjava predstavlja nezakonitu diskriminaciju – možda na osnovi spola – koja omalovažava prosuđivanje roditelje u usporedbi s prosuđivanjem drugih pacijenata te samovoljno umanjuje njezinu slobodu.

B)

Budući da sigurnost poroda kod kuće ovisi o prisutnosti kompetentnih stručnjaka, ženino pravo da odabere takav porod zahtijeva nepostojanje ograničenja vezanih za odgovarajuću uslugu i brigu. Proizvoljna ograničenja o tome kome je dopušteno asistiranje pri kućnom porodu nezakonita su iz dva razloga: narušavaju ženinu slobodu i narušavaju slobodu rada⁵ [4] primalja ili liječnika da asistiraju pri porodu. (Napomena: koristim se izrazom „asistirati” radije nego vašim „obaviti”, jer nije primalja ili liječnik nego žena ta koja „obavlja” porod!). U tom svjetlu, Poglavlje 1 nacrtu okružnice sadrži značajne etičke nedostatke:

Odlomak (a), u oba dijela, nepotrebno je restriktivan u odnosu na postojeći zakon. Zakon o primaljama zahtijeva odgovarajuću obuku, ali ne obuku za registrirane medicinske sestre, a svakako ne tri godine radnog iskustva u bolničkim rađaonicama. Budući da se praksa i model skrbi u kućnim porodicima diljem svijeta značajno razlikuje od onih koji prevladavaju u rađaonicama, može se postaviti pitanje doprinosi li takvo iskustvo kvaliteti skrbi ili sigurnosti u kućnim porodicima. Dapače, može biti čak i štetno. U svakom slučaju, takvo ograničenje ne bi trebalo biti uspostavljeno bez potpore, pod najboljim standardima skrbi temeljene na dokazima. Isto tako, drugi dio odlomka, suprotno Zakonu o liječnicima, zahtijeva specijalizaciju iz porodništva i iz ginekologije, bez dokaza da takva (dvostruka!) specijalizacija doprinosi stručnosti pri kućnim porodicima i bez zahtjeva (kao i u prvom dijelu, za primalje) za bilo kakvim iskustvom u kućnim porodicima. Jasno je vidljivo da je taj dio bio sastavljen na temelju konzultacija s osobama koje asistiraju pri porodu s modelom skrbi koji prevladava u rađaonicama i bez konzultacija s onima koji asistiraju u kućnim porodicima (više o tome u nastavku).

Odlomak (d) problematičan je iz sličnih razloga. Uvjet posjedovanja profesionalnog osiguranja, odnosno osiguranja treće strane, ne doprinosi kvaliteti skrbi ili sigurnosti. Štoviše, dok država ne djeluje kako bi zajamčila dostupnost takvog osiguranja, stvarni učinak tog zahtjeva ograničava mogućnost poroda kod kuće, što, kako je navedeno, narušava ženina osnovna prava i profesionalne slobode primalja.

C)

Poglavlje 2 posvećeno je potrebnim uvjetima za obavljanje poroda kod kuće. Budući da nisam stručnjak u primaljstvu ili porodništvu, nedostaju mi kompetencije za komentar većine tih zahtjeva.

⁵ zraelsko zakonodavstvo obuhvaća osnovni zakon o zaštiti slobode rada.

Ipak, s obzirom da sam donekle upoznat sa stručnom literaturom i sa standardima prakse širom svijeta, neki od tih zahtjeva čine mi se nerazumnima. Nakon savjetovanja s mjerodavnim tijelima, mogu reći da se mnogi od predloženih zahtjeva čine proizvoljni i irelevantni za odgovorne prakse i modele skrbi prihvaćene za kućne porode u Izraelu i u inozemstvu – prakse čija je sigurnost utvrđena u inozemstvu istraživanjima širokog opsega. Štoviše, čini se da je nekima od tih zahtjeva cilj ograničavanje mogućnosti obavljanja poroda kod kuće gotovo do točke da ih isključuje u potpunosti – očito kao primjena nedopuštenog temeljnog pristupa formuliranog na početku. To uključuje, između ostalog, odlomak 2.1.3 (zahtijeva da normalan „biofizički profil“ fetusa bude potvrđen (implicitno, ultrazvukom) najmanje 48 sata prije poroda), 2.1.5 (zahtijeva pismo ženina liječnika opće prakse kojim potvrđuje da je „fizički i psihički zdrava“) i 2.2.3 (zahtijeva da bude moguće doći u bolničku rađaonicu u roku od 30 minuta od odluke o prebacivanju u bolnicu). Vrlo je teško vjerovati da su se oni koji su formulirali te članke oslanjali na činjenice ili bilo kakve objektivne dokaze. Isto vrijedi za Poglavlje 3, koje je posvećeno kontraindikacijama, npr. odlomak 3.4.2 koji navodi (kao kontraindikaciju koja onemogućuje kućni porod) „trudnički dijabetes“, bez obzira na težinu stanja i to je li pod nadzorom ili ne.

Naročito uznemiruje paternalizam odlomka 2.1.5 koji zahtijeva certificiranje ženina „fizičkog i mentalnog zdravlja“. Za ženu koja rađa, kao i za bilo koju osobu, pretpostavlja se da je sposobna donositi odluke, a njezina odluka da rodi kod kuće potpuno je moralno vrijedna kao čin ljudskog bića, bez ikakve potrebe za takvim certificiranjem. Ako ona zna za bilo kakav bitan zdravstveni problem, sigurno će to prijaviti svojem zdravstvenom skrbniku, nema potrebe za „dopuštanjem“ njezina liječnika opće prakse. Nepotrebno je reći da niste smatrali potrebnim takvo pismo zahtijevati kao uvjet za dopuštanje rađanja u bolničkim rađaonicama, iako i to uključuje određene rizike (kako je gore navedeno, s obzirom na ženino zdravlje, veći ukupni rizik nego u porodu kod kuće). Dosljednost bi zahtijevala takav zahtjev, koji bi stvorio apsurdnu situaciju u kojoj bi svaki izbor glede lokacije rađanja ovisio o pismu liječnika opće prakse – ako tog pisma nema, ženi bi bilo zabranjeno da igdje rodi.

D)

Nakon savjetovanja sa stručnjacima, čini mi se da poglavlja 4–5 (smjernice za upravljanje brigom o ženi i novorođenčetu i smjernice za prijevoz u bolnicu) također sadrže stavke koje su proizvoljne pa čak i opasne, jer odražavaju praksu i model skrbi u rađaonicama, a ne one primjerene i prihvaćene u kućnom porodu. Također, što je profesionalna osnova za zahtjev (4.10) da se ženu uputi da sa svojim novorođenčecom treba doći u rađaonicu „na pregled i registraciju“ u roku od 24 sata nakon rođenja (povrh i pored poslijeporođajne skrbi i posjeta njezina pružatelja zdravstvene skrbi dan nakon poroda)?

E)

Dodatak A (obrazac suglasnosti za porod kod kuće) sadrži upitne i jednostrane formulacije, posebno u odnosu na jezik obrasca za pristanak za koji se od žene zahtijeva potpis (ako to doista učini) po dolasku u rađaonicu. Na primjer, među „rizicima“ poroda kod kuće predloženi obrazac uključuje izjavu „Objašnjeno mi je da nekontinuirano praćenje pulsa (fetusa) može izazvati (...)“ itd. Implicitna pretpostavka suprotstavlja to „stalnom“ praćenju kakvo se provodi u rađaonici uređajem priključenim na ženino tijelo, što se ovdje smatra nerizičnim. Po istoj logici, međutim, od žena koje odabiru roditi u rađaonici trebalo bi zahtijevati da potpišu izjavu „Objašnjeno mi je da stalna priključenost na monitor može dovesti do lažnih uzbuna koje se odnose na pad fetalnog pulsa tijekom trudova, a

time dovesti do nepotrebnih intervencija, uključujući carski rez, koje bi mogle uzrokovati moju smrt ili povećan rizik u kasnijim porodima te također da moj ostanak u neprirodnom položaju potrebnom za takav nadzor može ometati moj napredak u porodu, a time dovesti do ozbiljnih porodničarskih komplikacija" itd.

F)

Pored i povrh navedenih detaljnije opisanih problema, očito je, kako sam utvrdio, da je okružnica pripremljena uz sudjelovanje isključivo zdravstvenih stručnjaka koji asistiraju pri porodima u bolničkim rađaonicama, bez konzultacija s vodećim stručnjacima koji imaju znanje i stručnost u kućnim porodima. To samo po sebi predstavlja kršenje osnovne profesionalne etike, prema kojoj je pogrešno utvrđivati smjernice za jednu struku na osnovi pristupa i stručnog mišljenja druge struke. Štoviše, u ovom se slučaju radi i o sukobu interesa, institucionalnih i financijskih, jer su prihodi od niskorizičnih poroda važni bolnicama, koje su na dobitku zbog ograničenja koja se odnose na profesionalne mogućnosti primalja koje asistiraju pri kućnim porodima.

Ta se ograničenja možda mogu opravdati ako su utemeljena na istraživanjima i činjenicama, a time i sposobna povećati sigurnost rađanja za žene i novorođenčad. Postoje, međutim, razlozi za sumnju da je istina suprotna: definiranje parametara i smjernica uz konzultiranje s pogrešnim stručnjacima, zanemarujući one s relevantnim iskustvom vjerojatno će ugroziti zdravlje i sigurnost žena i novorođenčadi.

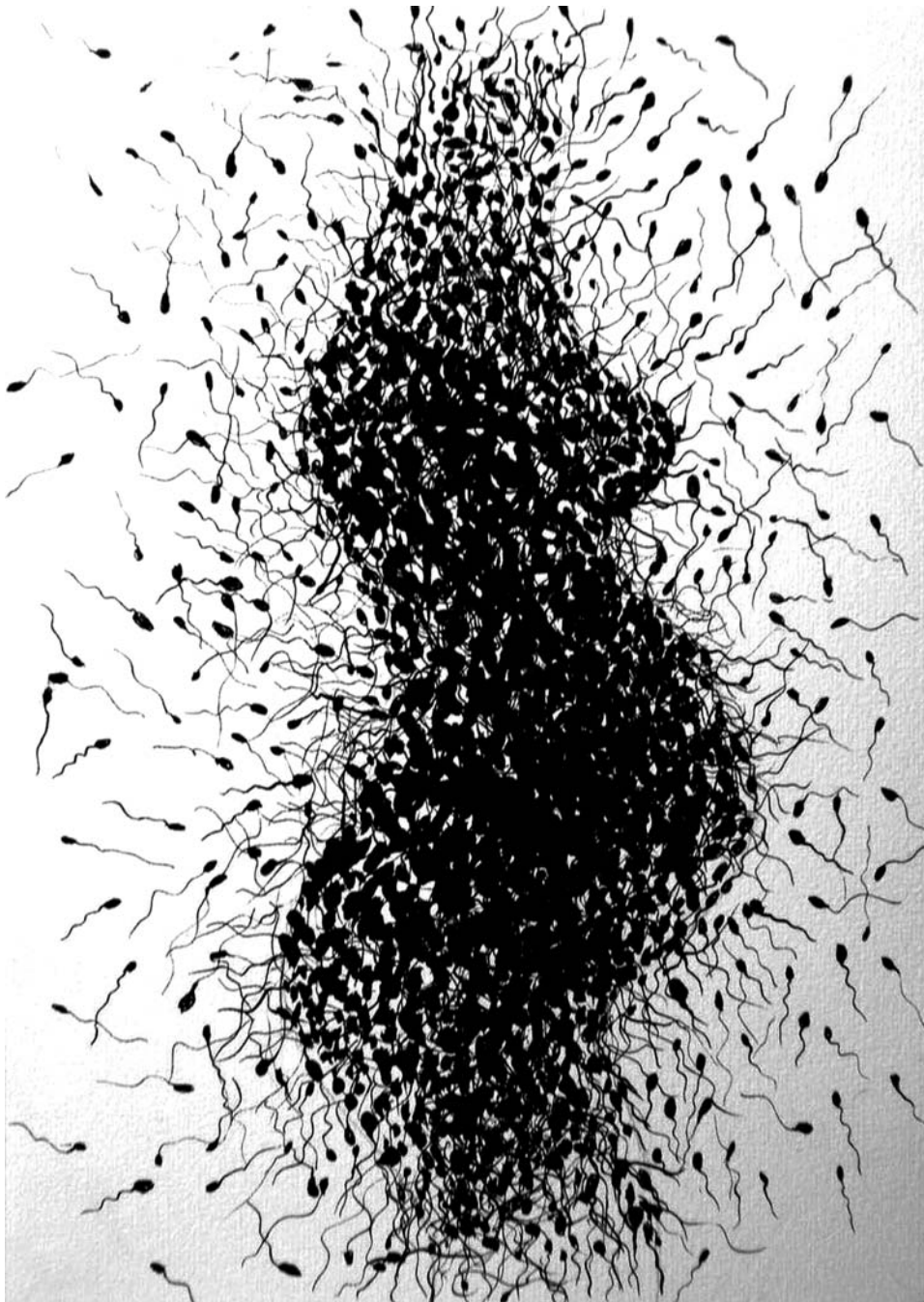
Žena koja odabire roditi kod kuće, koja radi vlastite dobrobiti, dobrobiti svojeg djeteta i veze između njih nastoji izbjeći komplikacije, rizike i štete povezane s bolničkim rađaonicama, ima pravo na poticaj i podršku Ministarstva zdravlja ili barem na poštovanje i obzirnost, umjesto neprijateljskog stava zastupljenog u ovom dokumentu, koji ograničava njezinu mogućnost donošenja odluka i krši njezina prava kao samostalne osobe.

Prvi korak prema ispravljanju te nepravde je odgađanje postupka potvrđivanja predloženog nacrt, koji će kao što je navedeno (ili postoje razlozi za zabrinutost), proizvesti više štete nego koristi. Veliki je dio gore navedenih nedostataka izravna posljedica toga da je nacrt okružnice prošao kroz neprimjerenu i neetičnu proceduru. Ako postoji potreba za revidiranom okružnicom o porodima kod kuće, trebalo bi je izraditi uz konzultacije prvenstveno s primaljama i liječnicima koji prakticiraju kućne porode (a možda i s predstavnicama žena koje traže i promiču kućne porode) te uz usporedbu s praksom u tom području prihvaćenom u dobro uređenim državama, oslanjajući se na objektivne činjenice i istraživanja.

S poštovanjem,

Prof. dr.sc. Noam Zohar

Direktor, Diplomski program Bioetike
Odjel za filozofiju
Sveučilište Bar Ilan



KONFUZIJA
Marina Mikočič

Anna Ternovszky

Pismo konferenciji Ljudska prava u porodu

Haag, Nizozemska, svibanj 2012.

Ja sam poput milijuna drugih majki koje su željele odlučiti, i još se uvijek nadaju da će to moći činiti i ubuduće, gdje i pod kojim uvjetima roditi svoje dvoje djece. Moj je stalni cilj pomoći najviše što mogu da bi druge poput mene imale isto pravo – slobodno odlučiti, tako da njihove odluke ne određuju drugi. Svaka žena to ima pravo učiniti! Nije li tako?

Ne bismo uopće trebali razgovarati o pravima, jer se ta pitanja odnose na samu srž naših života. Međutim, pravni sustav u kojem živimo ima veliki utjecaj i moć nad time kako nešto radimo. I ove vrste propisa, koje pokušavaju kontrolirati ono što najbolje znamo na osnovu naših instinkata, jasni su znakovi da se drevna vjera u žene koju smo nekada imali negdje usput izgubila. Kroz povijest čovječanstva jedno je uvijek bilo sigurno: žene su znale roditi, znale su donijeti novi život na svijet. I poštovali su nas zbog toga. Vjerovalo nam se i bile smo cijenjene. No, u što se to pretvorilo? Sumnja se u našu drevnu mudrost, a nama, majkama, se sudi. To duboko rastužuje moje srce.

Nadam se da ćemo, govoreći o ovom pitanju na način na koji ova konferencija namjerava, korak po korak, biti u mogućnosti pomoći ne samo majkama, već i liječnicima, primaljama i doulama koje su posvetile svoje živote ovom svetom cilju. Nadam se će naša pozornost prema ovoj važnoj temi njima stvoriti prave uvjete da nastave slijediti svoj poziv.

Dakle, ja sam majka koja je odlučila roditi svoja dva dječacića kod kuće, okružena obitelji, svojim voljenima te primaljama i doulama koje sam odabrala. To je bila najbolja odluka koju sam donijela u životu. Njihovi porodi su moja najdragocjenija sjećanja, nešto što ću uvijek cijeniti. I zauvijek ću biti zahvalna onima koji su bili uz mene u tom trenutku, pomažući mi ljubavlju i predanošću, ne mareći ni za što drugo osim za mene i moju djecu. Osoba prema kojoj osjećam najviše zahvalnosti je moja draga primalja, Ágnes Gereb, koja je provela 20-30 sati neprekidno mi pomažući, pružajući mi svoju nepodijeljenu pozornost, svoju najveću ljubav i poštovanje, stojeći pored mene dok sam rađala svoje dječake u najmirnijim i nesmetanim uvjetima. Za mene je tada sigurnost značila biti kod kuće, okružena poznatim mirisima i svjetlima koja su dio mog svakodnevnog života, uz prisutnost supruga punog ljubavi, moje braće, sestara i prijatelja, kao i potpora mojih primalja i doula.

Sjećam se, provela sam 10 sati sjedeći u kadi, a pri svakom trudu moje pomoćnice otvorile bi slavinu i pustile malo tople vode, hladile me kako bih se osjećala bolje ili mi dale neki napitak da se malo osvježim, tješile me kad sam povraćala. Pružile su mi pomoć i podržale me na svaki način koji žena može trebati u takvoj situaciji. Ági je klečala na grubom kamenom podu, masirala mi leđa, pjevala i davala mi kompresije, držeći mi ruku čvrsto kad bih zatražila. Nisam se osjećala neugodno ni sekundu, čak ni kad sam bila na rukama i koljenima, vrišteći i grčeći se potpuno naga. Nisam se morala "pristojno ponašati", nitko nije rekao ni riječi – osjećala sam se prihvaće-

nom. Osjećala sam se kao da ću umrijeti od boli, ali osjećaj takve vjere koji su imale, spoznaja da vjeruju da to mogu podnijeti dala mi je ogromnu snagu. To je bio novi osjećaj i nešto u čemu sam u potpunosti uživala. Imala sam priliku iskusiti sposobnost da mogu sama donijeti svoje dijete na svijet. Dobila sam priliku stvarno se susresti sa samom sobom i doživjeti ogromnu moć koja se nalazi u meni. Sve do danas, prisjetiti se toga i graditi na tom osjećaju daje mi veliku snagu. Mogućnost da se usredotočim prema unutra mi je dozvolila da obratim pozornost i osjetim kako radim sinhronizirano sa svojom bebom. Osjetila sam kako se borimo kao tim, kada bi se moja maternica stegnula, on bi skupio sve svoje snage gurajući se prema van. Osjetla sam svaki njegov pokret i to je bila najvjerojatnija suradnja između nas dvoje. Ljubav koja me okruživala dok sam ga istiskivala bila je također nešto što nikada neću zaboraviti. Moja sestra i moja doula su klečale licem u lice, njihove su noge formirale moj živi porođajni stolčić. Muž me držao odozgo, a Ágnes Gereb i Ágnes Király, moje dvije primalje, masirale su moju medicu toplim uljem da ne popuca. Stavile su vruće obloge na moj trbuh i tako je moj prvi dječak stigao na svijet. Ági je vlastitim ustima isisala amnionsku tekućinu iz nosa i usta mog djeteta, a onda mi se nasmiješila i rekla: "Prvi poljubac je bio moj". Zatim ga je stavila na moje tijelo, a ja sam počela dojiti. Nitko ga nije odnio daleko od mene, ni na sekundu. Mogli smo ostati zajedno satima i danima u potpunom miru. To je nešto što ću zauvijek cijeniti.

Pokušavam zamisliti kako se dijete osjeća kad napustiti sigurnost majčine utrobe i stigne na ovaj nepoznati svijet. Kako zastrašujuće i bolno mora biti putovanje samo po sebi, a kada dijete stigne, osjeća promjenu temperature, jaka svjetla su zacjelo strahovito bolna za oči pa prva borba za zrak- sve je novo. Jedina stvar koja ostaje ista je djetetova majka. Poznati ritam njezinog srca, toplina njezinog tijela, njezin glas. Jedino sigurno mjesto je s njom. To je razlog zašto osjećam da je presudno za moje dijete da ostane sa mnom nakon rođenja- nešto što je ponekad dopušteno u bolnicama, ali nažalost i zabranjeno u mnogim situacijama.

Zašto i kako sam se obratila Europskom sudu za ljudska prava u Strasbourgu? Kad sam bila trudna drugi put, progon Ági već je bio počeo. Bilo je nekoliko tužbi protiv nje i bilo je nemoguće znati kako će se sve odvijati kada budem u devetom mjesecu trudnoće. Postalo mi je jasno da mi mađarski zakon u tom trenutku ne bi dopustio da rodim kod kuće uz liječnički nadzor, bez kršenja pravila. Tada sam se obratila Strasbourgu i zatražila neku vrstu rješenja. Bojala sam se mnogih stvari. Bila sam posebno zabrinuta da bih mogla stvoriti Ági još više problema ako bude komplikacija pri porodu. Nisam željela svaliti takvu odgovornost na njezina ramena, budući da nije ona, već ja, donijela ovu svjesnu odluku i prihvatila sve rizike povezane s mojim porodom kod kuće. Na temelju iskustva prvog poroda, znala sam bez sumnje da je Ági liječnica i primalja koja će učiniti sve za sigurnost mene i mog djeteta. Čudno, mađarski sudovi i naša liječnička komora priznaju to svim liječnicima, pretpostavljajući da samo Ági ne bi učinila sve što može, najbolje što zna.

Ágnes Gereb je pomagala pri kućnim porodima 22 godine. Prema mađarskim statističkim podacima, tijekom tog vremena bilo je gotovo 5500 perinatalnih smrti povezanih s bolničkim porođajima. Nema jamstva u porodu, bez obzira gdje i kako se odvija. Svatko pretpostavlja da su liječnici uključeni u tih 5500 bolničkih porođaja učinili sve što je ljudski moguće da spase djecu.

Nitko od tih ljudi nije bio optužen za nemar ili poslan u zatvor. Zašto je Ágnes Gereb podvrgnuta drugačijem skupu pretpostavki, koji je, čini se, pošao od pretpostavke da je postupala s lošim namjerama? Vrlo mi je teško prihvatiti njezinu demonizaciju zbog pomaganja porodu pri kojem je dijete umrlo zbog distocije ramena, znajući da svake godine djeca umiru u bolnicama, u Mađarskoj i drugdje, zbog distocije ramena. Dokle god je prisutan takav dvostruki standard koji pretpostavlja dobru namjeru medicinskih djelatnika i lošu namjeru primalja, tako da se samo primalje suočavaju s kaznama za ishode koji se mogu pojaviti u bilo kojem porodu, kod kuće ili u bolnici, kako mogu izabrati porod kod kuće, bez obzira koliko snažno osjećam da je to pravi izbor za mene i moje novorođenče?

Osim toga, u vrijeme moje druge trudnoće bilo je nekoliko drugih optužbi protiv Ági koje su me jako podsjetile na lov na vještice davnih vremena. Zbog ovih sam se optužbi bojala za Ági u slučaju da asistira pri mom porodu. Bila sam jako zabrinuta da, kao rezultat ove situacije, neću imati mogućnost roditi svoje dijete kod kuće ili da čak i na uvjetnoj kazni Ági može biti prisutna samo u tajnosti, kako joj ne bismo izazvali još više problema. To je bila najnedostojanstvenija situacija u kojoj sam ikada bila jer je moja želja da Ágnes Gereb i Ágnes Király prisustvuju rođenju našeg drugog sina bila obavijena tajnošću i strahom.

Očekivala sam našeg drugog dječaka okružena tim strahovima tako da sam često u vrtiću razgovarala o tome s drugim majkama koje su rodile kod kuće. Jedna od mama je radila kao odvjetnica u Mađarskoj uniji za građanske slobode, a zbog svoje buntovne znatiželje pitala sam je postoji li viši sud kojem se ljudi mogu obratiti u takvim situacijama. Rekla je da postoji, Europski sud za ljudska prava u Strasbourgu. Objasnila je da samo privatne osobe mogu podnijeti tužbu, a u ovom slučaju to bi trebala biti neka trudnica. U to vrijeme očekivala sam naše drugo dijete i moja neposredna reakcija bila je da bih rado bila ta osoba. Kad smo se pogledale, prasnule smo u smijeh, iako smo obje znale da se uopće ne šalim. Stvari su se nakon toga ubrzano odvijale, a tada me kontaktirao dr. Tamás Fazekas, jedan od odvjetnika u Mađarskoj uniji za građanske slobode. On je već dugo vremena bio uključen u Ágin slučaj. Upoznali smo se, raspravili pojedinosti i ubrzo nakon toga podnijeli papire.

U pravnom smislu, optužili smo državu Mađarsku zbog kršenja dva članka Europske konvencije o ljudskim pravima, jedan koji se odnosi na pravo na privatnost, a drugi na odredbu protiv diskriminacije.

Odgovor države na naš zahtjev sadržavao je neku vrstu cinizma koju još uvijek ne mogu shvatiti, nakon svih ovih godina. Osporavajući sve optužbe, njihovo kratko odbacivanje navodilo je da, budući da sam odbila zdravstvene usluge (bolnički porođaj) koje je nudila država - što, dodali su, također krši pravo mog djeteta na život - nisam imala pravo zahtijevati bilo kakve "alternativne" zdravstvene usluge od njih. Naravno, moja namjera nipošto nije bila odbiti zdravstvene usluge.

Bio je prekrasan osjećaj saznati da smo pobijedili i da je Sud osudio stanje mađarske politike prema porodicama, naređujući mojoj zemlji da izradi potrebne propise što je prije moguće. Sudska presuda vratila mi je vjeru, kao i mnogim ljudima u Mađarskoj i inozemstvu, da će se nešto ko-

načno dogoditi, a dugo očekivani propisi konačno izraditi. Bila sam prilično zadovoljna činjenicom da je proces započeo i da je kao rezultat donesen novi zakon kojim se regulira porod. Međutim, od tada i dalje imam neka pitanja i strahove.

Sud je zauzeo čvrsto stajalište da pravo na privatnost uključuje pravo odrediti okolnosti u kojima će se nećije dijete roditi. Prema objašnjenju sudaca, dio prethodne regulative moje vlade (koja je propisivala kazne za primalje koje pomažu pri kućnim porodima) je kršenje mojih prava, kao i prava drugih budućih majki. Sud je također naveo da je činjenica da sam bila pod prijetnjom nametnutih sankcija, kao i nedostatak posebnih sveobuhvatnih propisa ograničila moju mogućnost odlučivanja u smislu poroda kod kuće.

Unatoč sudskoj presudi u Strasbourgu, Ágnes Gereb naknadno je osuđena na zatvorsku kaznu od dvije godine, što me duboko uznemiruje i užasava. Ne bi li presuda Europskog suda u mom slučaju trebala značiti da primalja kao Ágnes ne može biti podvrgnuta takvoj neuobičajenoj kazni za potporu porodima kod kuće?

Nakon presude Europskog suda, Mađarska je donijela propise koji se odnose na porod kod kuće, ali ga je podvrgnula mnogim proizvoljnim ograničenjima. Novi mađarski propis navodi da troškovi kućnog poroda nisu obuhvaćeni našim zdravstvenim osiguranjem, čak i ako majka ima pravo na medicinsku uslugu kao dio svog zdravstvenog osiguranja. Za mene to znači da država opet na mene gleda drugačije nego na žene koje rađaju u bolnicama i, prema tome, nalaže mi da sama platim ono što oni smatraju glupavim hobijem.

To je strašna diskriminacija. Osobno si ne mogu priuštiti plaćanje troškova, ali čak i kada bi mi financijska situacija to omogućavala, i dalje to ne bih učinila, jer osjećam ogorčenje zbog toga što takva usluga nije svima dostupna na jednakim osnovama. Što može biti važnije u bilo kojoj zemlji od zdravstvene skrbi za majku koja rađa dijete?

Postoji i drugi odlomak propisa zbog kojeg još jedan porod kod kuće za mene postaje nemoguć. Jedan dio propisa navodi da dijete čija je očekivana porođajna tjelesna masa iznad 4000 grama ne ispunjava uvjete za porod kod kuće. Imam dva pitanja kada je riječ o objektivnosti ove odredbe: jedna je da procjena ultrazvukom može odstupati za čak 500 grama, a druga je činjenica da se majčina visina ne uzima u obzir ni na koji način. Na primjer, ja sam visoka 180 centimetra i oba moja sina su rođena kod kuće, s tjelesnom masom iznad 4000 grama. Kad bih se podvrgla ozbiljnom programu mršavljenja, to bi mi možda dalo neku nadu da država može dopustiti da svoje treće dijete donesem na svijet kod kuće.

S obzirom na sve navedeno, i dalje vjerujem da odluka još uvijek nije u rukama žena. Reguliranje poroda kod kuće započelo je u Mađarskoj, ali pod sadašnjim uvjetima ne bih bila u stanju iskoristiti ovu mogućnost zbog svih razloga koje sam spomenula. Kao rezultat toga, bila bih prisiljena roditi u bolnici ili učiniti to posve sama kod kuće, bez ikakvog nadzora.

Konačno, željela bih izraziti iskrenu nadu da neće doći do zastoja u procesu promjena koji je započeo u Mađarskoj, da će se nastaviti razvijati još dvadeset ili trideset godina i predstavljati

IZAZOVI I TRENDOWI U MATERNALNOJ SKRBI U HRVATSKOJ I EUROPSKOJ UNIJI

Zagreb, 15. travnja 2013.



interes i onih majki koje odaberu roditi kod kuće. Vjerujem da se taj program može ostvariti u bliskoj suradnji sa svim sudionicima koji u njemu sudjeluju: strukovnim fakultetima, liječnicima, primaljama, doulama s iskustvom u kućnim porodima, samih majki, naravno, kao i onih koji stvaraju okvir za naše odluke: naših političara.

Nadam se da nismo daleko od dana kada ideja o "jednakim pravima" više neće biti samo izraz. Međutim, vrlo dobro vidim da, da bi se to dogodilo, moramo raditi zajedno u dobro uspostavljenoj međunarodnoj suradnji. Učinimo da slučaj Ági (i sve veći broj takvih alarmantnih slučajeva u primaljstvu) služi kao snažan poziv na buđenje i iskoristimo ga kao vodič kroz naše zajedničke napore, kako bi konačno pravo na neometan porod kod kuće postao dostupan diljem svijeta, bez obzira na nečiju pozadinu ili lokaciju.

ANNA TERNOWSZKY

Anna Ternovszky je fotografkinja i keramičarka. Trenutno je majka s punim radnim vremenom, i upravlja vlastitim poduzećem koje proizvodi i distribuira ekološki prihvatljivu ambalažu.



TRUDNICA

Jadranka Lacković [ojoMAGico]

Branka Mrzić Jagatić, RODA

Žene - žrtve nasilja u porodu

U proteklih punih 11 godina, koliko se udruga RODA zalaže za unaprjeđenje skrbi za roditelje u hrvatskim rodilištima, zamijetile smo da se pokret za prirodni porod i humanizaciju rodilišta sve više širi i oko sebe okuplja sve veći broj zainteresiranih skupina žena ali i zdravstvenih djelatnica i djelatnika. Puno je organizacija na svim kontinentima koje traže poštivanje prava žena u rodilištima te napuštanje procedura, protokola i intervencija koji su se pokazali štetnima i opasnim. Sve je više konferencija u svijetu koje okupljaju liječničku, primaljsku i pravnu struku, kao i sve ostale koji žele poboljšati skrb za roditelje u rodilištima. U Haagu je održana i prva svjetska konferencija o pravima žena u porodu koja je okupila više stotina sudionica i sudionika. Također, sve je više internetskih stranica kojima je cilj podići svijest žena o njihovim pravima, ali im i pomoći u prijavi kršenja istih i pružanju odgovarajuće pravne pomoći.

U Hrvatskoj se RODA osjeća pomalo usamljeno u svojoj borbi za humanizaciju rodilišta, jer je svijest o postojanju nekih oblika nasilja u rodilištima još uvijek niska. Niti društvo niti struka, ali niti velik dio žena, ne prepoznaju ovo kao problem. Nasilje u rodilištima dobro je skriveno iza brige za dobrobit djeteta i majke, odgovornosti za njihovo zdravlje i život, stručnosti u vođenju poroda.

Naša je želja podići svijest o tome da je sustav skrbi za roditelje u Hrvatskoj potrebno unaprjeđivati. Ovo nije nešto što žene ili naša udruga mogu samostalno rješavati, jer je za unaprjeđenje cijelog sustava potrebno uključiti sve dionike u dijalog. Nadamo se da će se prije ili kasnije to i dogoditi, neovisno o razini stručnosti iz područja ginekologije i opstetricije. Nikad u povijesti žene nisu morale biti posebno kvalificirane kako bi mogle radati i biti majke. Stoga im nisu potrebne niti posebne kvalifikacije i stručnost kako bi ih institucije uključile u dijalog kao korisnice usluga.

Smatramo našom odgovornošću progovoriti o ovoj osjetljivoj temi, ne zato da tražimo krivca, već zato da ukažemo na potrebne promjene u sustavu skrbi za roditelje i da senzibiliziramo javnost, institucije i zdravstvene djelatnike o ovom problemu. Vjerujemo da se mnogi slučajevi nepoštivanja prava žena, ili nekog oblika nasilja u rodilištima, ne bi niti dogodili da se provodi odgovarajuća sustavna edukacija svih uključenih u skrb za roditelje te da su svi koji su u kontaktu s roditeljama upućeni u njihova prava i osjetljivi na njihove potrebe.

Što je nasilje u porodu?

Nasilje u obitelji, nasilje u školama, nasilje na ulici, vršnjačko nasilje, nasilje nad djecom, nasilje nad ženama – svi smo čuli za ove oblike nasilja. Iako možda ne znamo puno o npr. vršnjačkom nasilju, nećemo zanijekati da postoji, jer sama činjenica da je ono imenovano pretpostavlja da ovaj oblik nasilja postoji.

Međutim, tko je čuo za nasilje u porodu? Kad bismo pitali slučajne prolaznike da nabroje vrste nasilja, malo je vjerojatno da bi itko od njih spomenuo nasilje u porodu. Znači li to da ga nema? Ili to znači da ga ne prepoznamo? Mi vjerujemo da ono nije prepoznato i zato nije niti imenovano.

Nasilje u porodu je sintagma kakvu hrvatski jezik zapravo ne poznaje, ali je ne poznaje niti naše društvo. Kad čitate bilo koju vrstu publikacija (onu papirnatu ili internetsku) vezanu uz nasilje nad

ženama, malo je vjerojatno da ćete negdje naići na podatak da je nasilje u porodu jedan od oblika nasilja nad ženama. U engleskom jeziku je nešto lakše, pa ćete tako pretražujući internet naići na izraze obstetric violence (opstetričko nasilje), birth rape (silovanje u porodu) i birth trauma (traumatičan porod).

U prosincu 2010. u International Journal of Gynecology & Obstetrics, eminentnoj stručnoj medicinskoj publikaciji, objavljen je članak u kojem je dr. Perez D'Gregorio iz Venezuele opisao termin opstetričkoga nasilja koji je ušao i u zakonodavstvo Venezuele. Za nepoštivanje tog zakona propisane su i kazne. Prema dr. D'Gregoriju, sljedeći postupci osoblja u rodilištima smatraju se opstetričkim nasiljem:

1. Prerano i neprimjereno korištenje medicinskih intervencija.
2. Prisiljavanje žena na ležeći položaj na leđima s uzdignutim nogama i onda kad postoji mogućnost zauzimanja vertikalnog položaja za porod.
3. Rano odvajanje majke i djeteta bez medicinske indikacije te neomogućavanje ranog povezivanja, nemogućnost držanja i dojenja djeteta po porodu.
4. Uplitanje u prirodan tijek niskorizičnoga poroda ubrzavanjem poroda bez dobivanja informiranog pristanka roditelja.
5. Dovođenje poroda carskim rezom kad je moguć vaginalni porod bez dobivanja informiranog pristanka roditelja.

Kako ga god zvali, ovaj oblik nasilja povezuje se s institucijama u kojima žene rađaju, a to su u našem slučaju bolnice, tako da o nasilju u porodu možemo govoriti i kao o vrsti institucionalnog nasilja.

Sada kad znamo da je ova vrsta nasilja prepoznata u svijetu, barem među nekim skupinama ljudi i žena, te kad smo ga i mi imenovali, moramo svi zajedno tek početi učiti kako da ga prepoznamo.

Kako prepoznati nasilje u porodu?

Kada bi bilo koji oblik ponašanja koje žene često doživljavaju u našim rodilištima doživjele na poslu, u kući ili na ulici, svi bi takvo ponašanje proglasili nasiljem, a ženama bi ponudili zaštitu ili pomoć.

Pokušajte zamisliti da se bilo koja od ovih situacija ne događa u rodilištu već na nekom drugom mjestu:

- nepredstavljanje i dominantno ponašanje stručnog osoblja s kojim dolazite u doticaj,
- neizvjesnost jer ne znate tko će i što raditi na vašem tijelu (posebno intimnim dijelovima tijela) dok trpite bol,
- nedobivanje informacija o postupcima i intervencijama koje će se nad vama provoditi,
- dobivanje iskrivljenih, netočnih i polovičnih informacija,
- netraženje pristanka kod provođenja postupaka i intervencija kao što su bri-

janje intimnih dijelova tijela, klistiranje, česti (ponekad i bolni) vaginalni pregleđi, prokidanje vodenjaka, ubrzavanje poroda uvođenjem dripa, ublažavanje bolova lijekovima, rezanje međice škarama, naličjevanje na trbuh, povlačenje pupkovine, neostvarivanje kontakta koža na kožu s djetetom...

- nemogućnost kretanja i prisiljavanje na ležeći položaj na leđima s podignutim nogama i kada zatražite mogućnost kretanja i zauzimanje drugog položaja,
- zabrana pristupa pratnje (osobe koja vam pruža podršku) u rađaonicu do pred kraj poroda, iako je pratnja završila plaćeni tečaj koji je bio uvjet za ulazak u rađaonicu,
- nepoštivanje vaših želja (usmenih ili u obliku plana poroda),
- nepoštivanje privatnosti,
- neupoznavanje s vašim pravima,
- zabrana unosa pića i hrane tijekom poroda,
- zabrana unosa osobnih stvari u rađaonicu,
- neobraćanje i patronizirajući odnos stručnog i pomoćnog osoblja,
- emocionalne prijetnje i ucjene.

Moguće je da uopće ne prepoznamo ovakvo nasilje, ili ga jedva prepoznamo, i zbog toga što se ono događa u institucijama koje su hramovi zdravlja, u koje odlazimo potražiti stručnu pomoć vjerujući da ćemo od osoblja dobiti skrb koju nema potrebe preispitivati jer je to osoblje stručno, a mi smo žene obične laikinja. U takvoj neravnoj poziciji, među nepoznatim ljudima, u nepoznatom prostoru, gole, same i u bolovima, žene pristaju šutke ili često brzo odustaju od pružanja otpora, jer ne žele ugroziti sebe niti dijete.

Udruga Roda je 2010. uputila anketu 31 hrvatskom rodilištu s pitanjima vezanim uz skrb rođilja. Na anketu je odgovorilo 29 rodilišta, dok 2 to nisu učinila niti nakon višekratnih molbi. U obzir treba uzeti činjenicu da su rodilišta znala odakle dolazi anketa, pa postoji mogućnost da su neki podaci uljepšani. Ovakvu anketu Roda će ponovno provesti i na ovaj će način bilježiti podatke svake godine, jer podaci koje smo tražile od rodilišta nisu dostupni u statističkim izvještajima. Na taj će način svi zainteresirani moći vidjeti promjene u hrvatskim rodilištima. Niže su navedeni podaci do kojih smo došle, a koji se odnose na postupke kojima se direktno krše prava žena u rodilištima:

- U velikoj većini rodilišta (u njih 19) rutinski se provode brijanje i klistir, a u čak 13 rodilišta ženama se rutinski otvara venski put. Moramo upozoriti da kada se u bolničkom okruženju koristi riječ „rutinski“, to znači da sve žene dobivaju takvu skrb bez da im se nudi mogućnost da ga odbiju. Odbiti ga mogu samo ponekad ako to izričito zatraže.
- Od 31 rodilišta, njih 29 odgovorilo je da se od žena pri ulasku traži potpisivanje blanko suglasnosti kojom žene pristaju na sve medicinske intervencije. To ih stavlja u nepovoljan položaj, jer unaprijed pristaju na sve intervencije i zahva-

te, bez odgovarajuće informacije o tijeku poroda i o stanju djeteta, koju u tom trenutku još nitko niti nema.

- Plan poroda uvažava se, osim u slučaju hitnosti, u 10 rodilišta. U 7 rodilišta se ne uvažava jer postupaju po svom protokolu, a u 12 rodilišta se nisu susreli s planom poroda. U planu poroda žene iznose svoje želje vezano za tijek poroda ukoliko je normalan. Iz ovih rezultata, na žalost, vrlo jasno vidimo da se želje roditelja ne uvažavaju niti onda kad je tijek poroda normalan.
- Što se pratnje u porodu tiče, čak u 7 rodilišta pratnja nije dopuštena, u 8 rodilišta u pratnji može biti isključivo suprug, a 10 rodilišta uvjetuje da pratnja završi tečaj bolnice.
- Gotovo 1/3 rodilišta ne dopušta roditeljama unos vode tijekom trudova, a više od 2/3 rodilišta ne dopušta roditelji unos nikakve hrane.
- U čak 9 rodilišta rutinski se prokida vodenjak, a u samo tri se radi urez međice [epiziotomija], no samo su 4 rodilišta navela da je moguće odbiti ovaj postupak.

Ovo je samo kratki pregled primjera kršenja prava žena u rodilištima, iako ih ima još dosta koji su vezani za boravak s djetetom.

Kako spriječiti nasilje u porodu?

Sada kad smo imenovali ovu vrstu nasilja i znamo ga prepoznati, važno je znati što možemo učiti kako bismo ga spriječili.

Udruga RODA priprema letak o pravima žena tijekom trudnoće i poroda koji će moći poslužiti kao edukativni materijal ženama, njihovoj pratnji ali i zdravstvenim radnicima. U njemu će, osim toga kako prepoznati nasilje u porodu, biti navedeni i koraci koje žrtve takvog nasilja mogu poduzeti i kome se mogu obratiti za zaštitu prava.

Također, uskoro će javnosti biti dostupan portal rodilista.roda.hr na kojemu ćemo svake godine ažurirati podatke dobivene iz rodilišta s postocima određenih intervencija i postupaka. Na osnovu informacija s ovoga portala o stopama ureza međice, prokidanja vodenjaka, korištenja lijekova i dr. žene će moći donijeti informiranu odluku o tome u kojem rodilištu žele roditi. Nadamo se da će ovaj portal poslužiti i kao mjesto za zdravo nadmetanje rodilišta. Važan korak u prepoznavanju i suzbijanju nasilja u rodilištima je i obrazac za prijavu slučajeva kršenja prava, nasilja, diskriminacije i korupcije u rodilištima. Do sada je iskustva žena bilo moguće čitati na roditeljskim forumima, a Rodin forum, kao najveći roditeljski forum u Hrvatskoj, vrvi primjerima pred kojima nitko tko drži do ljudskih prava ne bi smio zatvarati oči. Problem je u tome što žene same teško prepoznaju i priznaju da su doživjele nasilje, ali i u tome da osoblje u rodilištima teško razlikuje ovo dvoje od bolničkoga protokola. Nadamo se da će ovaj portal pridonijeti tome da se ono što se događa u našim rodilištima nazove pravim imenom.

Unaprjeđenju skrbi trudnica i roditelja u Hrvatskoj trebalo bi pridonijeti i uvođenje inicijative Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a „Rodilište – prijatelj majke” koja je krenula iz spoznaje da rodilišta nisu prijateljsko okruženje za majku i za dijete te da je potrebno unijeti promjene kako bi

ona to postala. Cilj ove inicijative pokrenute 1991. promicanje je modela u rodilištima koji će unaprijediti ishode poroda i dovesti do smanjenja troškova. U njemu prevladava usmjerenost na prevenciju i zdravlje kao alternativa skupim pretragama, dijagnostici i terapijskim programima. UNICEF je u Hrvatskoj 2010. započeo pripremu za provedbu ove inicijative.

Neka od načela kojima se ova inicijativa definira i promiče su:

- Porod je normalan, prirodan i zdrav proces.
- Žene i novorođenčad imaju urođeno znanje o porođaju.
- Prisutnost primalja koje podržavaju i štite normalan tijek porođaja najprimjenija je za većinu žena tijekom trudnoće i porođaja.
- Osnaživanje žena i jačanje njihova samopouzdanja.

Ova inicijativa provodit će se uvođenjem i poštivanjem 10 koraka kojih će se osoblje morati pridržavati ako želi steći i zadržati ovu titulu.

U prepoznavanje i suzbijanje svih oblika kršenja prava, nasilja i diskriminacije potrebno je uključiti sve koji su uključeni u skrb za trudnice i rodilje, jer će samo tako Rodina baza kršenja prava s vremenom postajati sve manja i tanja.

Već se nešto više od 100 godina žene diljem svijeta zalažu za ostvarenje svojih prava u svim područjima života, a u nekim manjim dijelovima svijeta dio svojih prava uspjele su i ostvariti. Pravo na rad, pravo na obrazovanje, pravo na zdravstvenu zaštitu, pravo na glasanje... ovom se popisu, na žalost, ne može dodati i pravo žena na odlučivanje o vlastitom tijelu u kontekstu reproduktivnih prava. Iako isključivo ženski „posao“, porod i porođništvo nalaze se uglavnom u rukama muškaraca. Možda razloge nasilja u porodu možemo tražiti upravo u činjenici da teritorijem porođaja vladaju muškarci koji ga nikada nisu doživjeli, osjetili njegovu snagu i moć, koji ga ne mogu razumjeti jer ga ne mogu niti doživjeti. Između ostalog, i zato je važno da žene vrate porod u svoje ruke.

Uostalom, one to najbolje rade.

BRANKA MRZIĆ JAGATIĆ

Od 2006. aktivistica i volonterka u udruzi Roda. Volontira kao Rodina savjetnica za dojenje i kao voditeljica radionica za trudnice. Zaposlena u udruzi Roda kao Koordinatorica programa i volontera. U slobodno vrijeme volontira kao doula na bolničkim i kućnim porođajima. Majka dvije kćeri.

2. dio

MODELI SKRBI U TRUDNOĆI I PORODU U INOZEMSTVU



Elisabeth Geisel

Bolnički i izvanbolnički porod: usporedbe rezultata Prezentacija nedavnoga njemačkog pilot-projekta

U ovoj ću prezentaciji prikazati rezultate najnovijega pilot-projekta započetog u Njemačkoj, u kojemu je osmišljen način da se usporede bolnički i izvanbolnički porodi.

Prije toga bih vas upoznala s konceptom slobodnoga porođiljnog centra.

Definicija

Kuće za porode mjesta su na kojima žene mogu rađati oslanjajući se na svoje hormone, na temelju fiziologije. Njemački zakon nalaže: „Svakom porodu treba prisustvovati primalja, specijalistkinja za fiziološki porod.“ To znači da liječniku nije dozvoljeno da sam prisustvuje porodu, a primalji jest.

Tko tamo radi?

Samo primalje.

Sloboda pri izboru mjesta za porod.

Pojedine su žene različite, različiti su njihovi osjećaji o tome što je sigurno, dolaze iz različitih kultura, a sve to doprinosi specifičnim očekivanjima i željama glede mjesta poroda. Ove se specifičnosti ne mogu uvažiti politikom „jedno odgovara svima“. Medicinski sustav nudi upravo takav pristup, odnosno bolnicu. Zato je od velike važnosti imati različite mogućnosti mjesta poroda. Mjesto za ovaj važan eksperiment ne može se ograničiti na bolnicu.

Ako društvo određenoj grupi zaniječe slobodu izbora, nijeće slobodu svima. Ne može se ograničiti sloboda ženama prilikom poroda, a da se ne uskraćuje sloboda uopće. Primijetili smo da autoritarni politički režimi ne nude mogućnost izbora, a što je društvo demokračiniće, to ima više slobode za sve. Pogledajte kako je razvijen osjećaj za demokraciju u Europi!

Koji se kriteriji trebaju zadovoljiti kako biste bili primljeni u kuću za porode?

Kuće za porode su, zajedno s krovnom udrugom za zdravstveno osiguranje, donijele popis izuzetaka. Popis je dugačak i nužno odražava samo medicinske aspekte. Socio- psihološki aspekti također su važni, kao i motivacija majke da odabere jedno, odnosno drugo mjesto za svoj porod.

Neke od prepreka za porod u kući za porode su sljedeće: HES, sindrom HELLP, gestacijska eklampsija, tromboza, sindrom amnionske infekcije, krvarenje, pojedini položaji djeteta, prethodne operacije maternice, prijevremeni porod (prije 37. tjedna) ili prenesenost (nakon 42. tjedna), blizanačka trudnoća...

Postoje slučajevi kad primalja donese odluku nakon konzultacije s kolegama.

Žena i primalja zajedno pažljivo odabiru najbolje okruženje.

Kratak pregled razvoja slobodnih porodičnih centara.

- 1987. u Berlinu je osnovana prva kuća za porode
- 1993. osnovana je treća kuća za porode u Frankfurtu
- 2005. bilo je sto kuća za porode
- 2009. postoji 120 kuća za porode diljem Njemačke
- oko 2% djece rodi se izvan bolnice, što je oko 8.500 djece godišnje
- većina kuća za porode je 30 minuta, odnosno desetak kilometara udaljena od najbližeg ro-dilišta

Na samom početku, pokretači osnivanja kuća za porode bili su edukatori poroda. Moji kolege iz Frankfurta i ja aktivno smo se uključili u osnivanje kuće za porode 1993. godine. Organizacije rodi-telja, takozvani „korisnici“ usluga, neizmjereno su važni u ostvarivanju uspjeha.

Sada bih predstavila dva tijela koja su omogućila ovaj pilot projekt.

QUAG – Društvo za kvalitetu izvanbolničkog poroda

Zahvaljujući radu QUAG-a, izvanbolnički porodi dobro su dokumentirani od 1996. U Njemačkoj, bolji ishodi poroda nemaju veze s rađanjem u bolnici, kao što se često misli, već s boljom prehra-nom, razmacima između trudnoća, higijenom itd. Razlog zašto su se porodi u velikom broju počeli iz domova seliti u bolnice je zdravstveno osiguranje koje je prilično nedavno (1960.) počelo osiguravati bolnički porod.

- Od 1996. godine QUAG sakuplja podatke, vodi evidenciju i kontrolira gotovo sve planirane izvanbolničke porode u Njemačkoj. Do 2012. sakupili su podatke s više od 100 325 poroda, što predstavlja reprezentativan uzorak.
- QUAG također propituje kvalitetu skrbi te procjenjuje zdravstvene ishode poroda.

GVK – Krovna organizacija društava za zdravstveno osiguranje

- 153 društva za zdravstveno osiguranje članovi su organizirani u GVK
- GVK osigurava 70 milijuna osiguranika
- na ovaj se način osigurava sustav zdravstvene njege u Njemačkoj, zajedno s liječnicima, farmaceutima, bolnicama i klinikama

QUAG i GVK osmislili su pilot-projekt i u studenom 2011. donijeli sljedeći zaključak: do danas nema statističkih pokazatelja kojim bi se usporedili rezultati bolničkih i izvanbolničkih poroda. Li-ječnici tvrde da imaju teške slučajeve i time opravdavaju velik broj intervencija. Primalje tvrde kako u bolnici ima puno nepotrebnih intervencija. U stvarnosti je svrha bolnice da brine o ženama i djeci s problemima. Popis izuzetaka ima za cilj utvrditi tko je kandidatkinja za izvanbolnički porod.

Projekt je osmišljen tako da se pronađu načini za usporedbu 60.000 bolničkih i 30.000 izvanbol-

ničkih poroda. Svi su porodi bili iz jednodnodne trudnoće, oko termina, u položaju glave prema dolje i nisu se očekivali nikakvi problemi. Sve su majke mogle odabrati izvanbolnički porod.

Neki od rezultata i zaključak:

	Izvanbolnički porod	Bolnički porod
Netaknuta međica	42 %	29,8%
Razderana međica	jednako rijetko	
Porod u ležećem položaju	23,7%	86,1%
Lijekovi za izazivanje trudova	6,6%	19%
Apgar nakon 5 minuta	<7	
Apgar nakon 10 minuta	jednaki	
Majka i dijete zajedno otpušteni kući	100%	90,6%

Primalja kao najbolja profesionalka za fiziološki porod.

Službeni izvještaj za javnost nakon istraživanja kaže:

- zaključak: kod poroda o kojima se brinu primalje prisutna je visoka razina skrbi
- primalja pruža potporu fiziološkom porodu i može zamijetiti prve znakove komplikacija

Istraživanje i rezultati objavljeni su u studenom 2011., ali do danas (ožujak 2013.) izdavači stručnih medicinskih časopisa za liječnike i ginekologe uspješno su spriječili njihovo izdavanje!

Osim rezultata navedenog istraživanja, predstavila bih neke činjenice o izvanbolničkom porodu koje je prikupio QUAG tijekom 2011. u 10 377 poroda iz jednodnodne trudnoće:

- spontani porod: 91%
- željeni položaj tijekom poroda: uspravan
- epiziotomija: 4,9%
- netaknuta međica: 45%
- carski rez nakon odvoženja u bolnicu: 6%
- odvoženje u bolnicu tijekom poroda: 16,6%
- odvoženje u bolnicu nakon poroda: 3,5% svih majki
- nijedna majka nije umrla
- najčešći uzrok smrti novorođenčeta: problemi s disanjem
- smrtnost novorođenčadi: 0,11% (= 1,1 na tisuću)

Ovi podaci podupiru stajalište da je izvanbolnička skrb primalje sigurna i za majku i za dijete te pokazuju da primalje pružaju intenzivnu, ali ne i invazivnu skrb.

Više od brojeva!

- Brojevima ne možemo izraziti zadovoljstvo djece!
- Brojevima ne možemo izraziti količinu hormona ljubavi koji cirkuliraju kroz majku i dijete, a pogoduju dugoročnom zdravlju (fizičkom i psihološkom): endorfini, oksitocin, prolaktin itd.
- Dokazano je dobro! Statistički podaci su uvjerljivi.
- Za sada su se dobrim pokazali kriteriji prema kojima se majka može odlučiti za izvanbolnički porod.
- Svi podaci podupiru stajalište da je skrb primalje u izvanbolničkom porodu sigurna za majku i dijete.
- Podaci pokazuju da žena može odabrati najbolju mogućnost za sebe i svoje dijete, bez bojazni da će donijeti opasnu odluku.

Troškove pokrivaju društva za zdravstveno osiguranje.

Nakon 20 godina rada, 2008. godine, zdravstveno osiguranje napokon pokriva troškove poroda u kućama za porode (550 eura po porodu), što je 4 puta manje nego troškovi bolničkog smještaja kad nema nikakvih problema! Primalje se plaćaju honorarno.

Godine 2011. neka su osiguravajuća društva počela plaćati primalju 250 eura kako bi bila dostupna na poziv (2 tjedna prije i nakon termina), dok su prije 2011. to plaćali roditelji.

Je li izvanbolnički porod mogućnost za budućnost? Za vas?

- željeli bismo vas nadahnuti
- jednoznačno rješenje ne postoji
- potičemo vas kako biste uvidjeli da se čak i utopijska ideja može provesti u djelo
- možete koristiti najnovije statističke pokazatelje iz drugih zemalja (Ujedinjenog Kraljevstva, Njemačke, Nizozemske, itd.) kako biste podastrijeli dokaze!
- pronaći ćete svoj način, samo unapređujte svoje profesionalne vještine
- budite strpljivi
- pružat će vam jak otpor, ali kad imate dokaze znate da ih ne motivira samo povoljan ishod poroda
- uživat ćete u najmanjem koraku naprijed
- bit će vam potrebni saveznici: laici, aktivisti itd.

Osim brojeva i statistike koji nastoje umanjiti činjenice o porodu, pretvarajući ga u računovodstveno pitanje i prikazujući ga znanstvenim zbog dugog niza brojeva i dijagrama u boji, ono što dolazi u

IZAZOVI I TRENDOWI U MATERNALNOJ SKRBI U HRVATSKOJ I EUROPSKOJ UNIJI

Zagreb, 15. travnja 2013.



pitanje je sreća majke i djeteta te njihova sposobnost da vole, kao i sreća društva u cjelini.

Danas smo u izvrsnom položaju da promijenimo paradigmu: zbog dobrih rezultata izvanbolničkog poroda, u pitanje se dovodi bolnička praksa.

www.gkv-spitzenverband.de • [pilotprojekt_vergleich_klin-ausserklin_Geburten_GKV-SV_18221.pdf](#) • www.quag.de (Ovdje pogledajte publikacije među kojima su članci na engleskom.)

ELISABETH GEISEL

Elisabeth Geisel već 30 godina radi u nezavisnim ženskim zdravstvenim centrima u Njemačkoj. Uz njezinu pomoć otvorena je prva Kuća za porode u Frankfurtu 1993. godine. Ukupno je 21 godinu vodila Njemačku udrugu za edukaciju u porodicima (GfG), a sada je njezina predsjednica. Pokrenula je Europsku mrežu udruga za porode (ENCA) i razvila posebne veze s istočnom Europom. Vodila je program Europske Unije u Sankt Petersburgu i treninge za edukatore o porodicima u Pragu i Budimpešti. Njezina knjiga o poslijeporodajnoj depresiji prevedena je na češki.



POROD

Sandra Jambrec

Daniela Drandić - RODA, voditeljica programa Trudnoća i porod

Modeli primaljske skrbi (rad sa XXXVI. Simpozija primalja)

Na XXXVI. Simpoziju Hrvatske udruge primalja 2012. godine, Roda je sudjelovala s radom koji je predstavio primaljsku praksu u nekoliko europskih zemalja (stanje primaljstva i klimu među ženama koje traže određenu vrstu skrbi) i na Novom Zelandu. Potonji je primjer zemlje u kojem je status primaljstva, i općenito stručnjaka koji smiju asistirati pri porođaju, uređen na način koji ženi omogućava pravo bezuvjetnog odabira vrste skrbi koju želi za sebe u trudnoći i porođaju.

Da je vrijeme za korjenite promjene u našem sustavu konačno sazrelo, govori i pljesak kojim je Rodin rad ispraćen.

Kao predstavnice udruge RODA – Roditelji u akciji, udruge građana aktivne na području trudnoće, poroda i poslijeporođajnog razdoblja u Hrvatskoj, cijenimo svaku priliku raditi s vama, pomagačicama pri porodu i saveznicama trudnica i majki. Vremena se mijenjaju pred našim očima, u našoj zemlji, Europi i cijelom svijetu. Majke diljem svijeta odabiru nezavisne primalje češće nego ikad prije te sve više zahtijevaju promjene u sustavima maternalne skrbi, što uključuje i biranje vrste skrbi i mjesta poroda.

Pozivamo vas da nam pomognete kako bismo skrb za majku i dijete u Hrvatskoj učinili više usmjerenom na ženu, više usmjerenom na obitelj i svakako više vođenu primaljama.

Danas ću govoriti o tome zašto žene u Velikoj Britaniji, Njemačkoj, Italiji i na Novom Zelandu biraju skrb nezavisne primalje, zašto primalje u tim zemljama odlučuju raditi izvan sustava i kako primaljstvo tamo funkcionira. Na kraju ću govoriti o dugoročnim promjenama koje kao roditelji i aktivisti želimo vidjeti u Hrvatskoj.

Iza mene se prikazuju fotografije poroda na kojima su prisustvovala primalje. Fotografije su iz raznih zemalja, a porodi su se dovršili u bolnicama, kućama za porode i u domovima roditelja. Vrijeme je da se upitamo izgleda li porod u Hrvatskoj onako kako bi trebao, poštujemo li žene i njihove potrebe, njihovu djecu i njihove obitelji? Vrednuje li naš sustav hijerarhiju i protokol, ili vrednuje žene? Koju ulogu mogu primalje tu imati?

Mi biramo primalje i trebamo samostalne, nezavisne, profesionalne primalje koje slobodno razmišljaju.

Ujedinjeno Kraljevstvo

Što se ide sjevernije u Europi, primaljstvo je snažnije; tako su u Ujedinjenom Kraljevstvu primalje samostalno prisutne na 80% poroda u klasičnim bolničkim ustanovama, u odjelima koje vode primalje, samostalnim kućama za porode i kod kuće. Sama pretpostavka britanskoga sustava drugačija je od onoga na što smo navikle u Hrvatskoj po tome što navodi da svaka žena smije rađati s kime i gdje god želi. Štoviše, pravila primaljstva navode da je primalja dužna prisustvovati porodu ukoliko je pozovu, neovisno o okolnostima, jer je prisutnost primalje u najboljem interesu majke i njenog djeteta.

Unatoč tomu, kontinuirana skrb jedan na jedan nije nešto što postoji u nacionalnom zdravstvenom sustavu, pa iako primalje prate ženinu trudnoću, porod i razdoblje nakon poroda, one su često dio tako velikog tima da se događa da žena na svakom pregledu vidi drugu primalju. Posljedica toga je da mnoge primalje napuštaju sustav kada shvate da je na taj način nemoguće prakticirati autentično primaljstvo. Sve veći broj korisnica zdravstvenih usluga, konkretno majki, također traže kontinuitet skrbi jedan na jedan, bilo uz jednu primalju bilo uz tim od dvije ili tri primalje.

Potražnja za ovakvom vrstom usluga dovela je do nastanka nezavisnog ili privatnog primaljstva. Nezavisne primalje pružaju prenatalnu, porodnu i postnatalnu skrb tijekom najmanje 10 dana nakon poroda, u kojem god okruženju žena izabere – bolnici, kući za porode ili u ženinom domu – ali žena sama mora platiti tu uslugu. Iako je sustav dužan ženama ponuditi skrb primalje iz Nacionalnoga zdravstvenog sustava, ta vrsta skrbi ne znači nužno skrb od već poznate osobe, niti da će ista osoba ili osoba iz istoga malog tima pomoći na pregledima ili na porodu. Stoga žene, umjesto da štede za ljetovanje, odlučuju štedjeti za skrb nezavisne primalje.

Osim kontinuirane skrbi jedna na jednu, mnoge se žene odlučuju za nezavisne primalje zbog prethodnoga traumatičnog poroda, lošega bolničkog iskustva ili jednostavno zato što ih je sustav označio „visokorizičnima“, bilo to potkrijepljeno znanstvenim dokazima ili ne. Rezultat toga je da nezavisne primalje imaju iskustva s većim postotkom takozvanih „visokorizičnih“ slučajeva poput poroda na zadak, poroda nakon jednog ili više carskih rezova, poroda žena s posebnim zdravstvenim potrebama, pa su se na neki način specijalizirale za takve situacije.

S druge strane, primalje koje napuste sustav naprave to iz niza razloga, ali onaj koji se najčešće čuje može se sažeti u riječi jedne od njih: „Išla sam iz sustava jer nisam spremna nastaviti zlostavljati žene onako kako ih zlostavljaju u bolnicama.“

Nedavna studija po imenu Studija o mjestu poroda ili BirthPlace Study, pokazala je da skrb jedan na jedan vodi do optimalnih ishoda poroda te da porodi u manjim, lokalnim bolnicama obično prolaze uz manje intervencija i imaju bolji sveukupni ishod. Rezultati ove studije doveli su do promjene u trendu zatvaranja manjih, lokalnih ustanova za porodništvo u korist većih ustanova u većim gradovima u Britaniji.

Otočne zajednice u Ujedinjenom Kraljevstvu zadržale su lokalnu primaljsku skrb, uz specijalističku skrb koja je dostupna nekoliko puta na tjedan. U slučaju potrebe, organiziran je transfer u specijaliziraniju bolnicu, ali naglasak je uvijek na smještanju žene u blizini njene obitelji, a premještanje se vrši samo ako je to apsolutno nužno. Ukoliko se tijekom poroda u lokalnoj ustanovi javi potreba za transferom u bolnicu, otoci imaju organiziranu službu hitnog prijevoza helikopterom, dok lokalne ruralne ustanove na kopnu imaju osiguranu službu hitne pomoći.

Da naglasimo, ako žena u Britaniji rađa u manjoj vanbolničkoj ustanovi ili kod kuće i potreban joj je transfer u bolnicu, koristi redovnu, postojeću zdravstvenu prijevoznu infrastrukturu, bilo da se radi o helikopteru u slučaju otočne zajednice ili o redovnoj hitnoj pomoći u slučaju zajednice na kopnu. Ovi se načini prijevoza ne odnose samo na porode, nego na sve potrebe zdravstvenoga transporta.

Primjer Britanije osobito je zanimljiv za nas u Hrvatskoj, s obzirom na to da smo u posljednjih nekoliko godina bili svjedocima zatvaranja mnogih malih lokalnih vanbolničkih rodilišta u korist velikih bolničkih ustanova, trenda koji se nije pokazao korisnijim za majke i njihovu djecu. Međutim,

ovaj je trend u našoj zemlji poslužio da se povećá opći strah i nervoza koji okružuju razdoblje kasne trudnoće i poroda, naročito kod onih žena koje žive daleko od velikih bolnica. Uz to je rezultirao općim nepovjerenjem prema malim vanbolničkim porođničkim ustanovama, a to nepovjerenje nije potkrijepljeno dokazima.

Njemačka

Nezavisno primaljstvo u Njemačkoj je živo i uglavnom ga pokriva državni zdravstveni sustav, pri čemu participacija koju žene plaćaju iznosi samo mali dio naknade (200 do 500 eura). Žene odabiru nezavisno primaljstvo uglavnom zbog prethodnoga nezadovoljavajućeg iskustva u bolničkom sustavu ili zato što žele individualnu skrb jedan na jedan koju ne mogu dobiti u bolničkom sustavu. Neke žene biraju prije- i poslijeporođajnu skrb nezavisne primalje, ali uz porođaj u bolnici. Primalje su prihvaćen dio zdravstvenog sustava i uživaju poštovanje kao stručnjakinje za normalne porode. Nažalost, mnoge su žene i prečesto uvjerene da je njihova trudnoća patološka, pa prebacuju skrb na liječnike specijaliste koji nude velik broj često nepotrebnih intervencija. Ove intervencije uglavnom ne pomažu, već ometaju proces rađanja, ali, nažalost, ujedno daju roditeljima dojam da liječnici „čine nešto“ što primalje ne čine, iako u stvarnosti, kao što je rekla jedna nezavisna njemačka primalja, „što manje činite, to više morate znati“.

Trenutno u Njemačkoj ima oko 1% vanbolničkih poroda, koji se odvijaju u kućama za porode ili kod kuće. Ovaj broj je postupno rastao tijekom posljednjih pet do deset godina, i nastavlja s rastom. Primalje i kuće za porode imaju ograničenja kada je riječ o ženama kojima smiju pružiti skrb, uz pravila koja su ponekad apsurdna. Primjerice, vaginalni porod nakon 2 carska reza nije dopušten u porođajnom centru, ali jest kod kuće s primaljom.

Teškoća rada nezavisnih primalja u Njemačkoj godišnja je naknada za osiguranje u iznosu od oko 4000 eura; kao rezultat toga, većina primalja djeluje u većim i bogatijim gradovima gdje imaju veći broj potencijalnih klijentica. Žene izvan tih većih gradova koje žele rađati u bolnici, jednako kao i u Hrvatskoj, ponekad su prisiljene putovati i više od 50 km kako bi rodile u najbližoj bolnici. Također je vrlo teško pronaći nezavisnu primalju spremnu putovati u udaljenija područja kako bi asistirala pri porodu. Osim toga, klima je u mnogim njemačkim bolnicama takva da prisutnost nezavisne primalje nije uvijek dobrodošla u slučajevima kada žena želi bolnički porod s nezavisnom primaljom ili kada porod iz bilo kojeg razloga treba dovršiti u bolnici.

Većina nezavisnih primalja cijeni svoju nezavisnost i nastoji je održati unatoč visokim premijama osiguranja i ne uvijek idealnim odnosima s bolničkom mrežom, navodeći da bi njihov povratak u sustav značio pružanje suboptimalne skrbi ženama i njihovoj djeci. Nezavisne su primalje ponosne na skrb koju pružaju i odbijaju pružiti išta manje od toga.

Italija

Kao i u ostalim europskim zemljama, sve više žena u Italiji traži skrb nezavisnih primalja, ali je ukupni broj žena koje se odlučuju za ovu vrstu skrbi još uvijek prilično malen, dok opstetrička skrb predstavlja normu. U zemlji postoje samo dva bolnička odjela koja vode primalje, a sve ostale bolničke primalje većinom su pomoćnice liječnika, što je slično statusu koji one imaju u Hrvatskoj. Mnoge žene smatraju da su primalje te koje rade sve tijekom normalnoga bolničkog poroda, no one su daleko od toga statusa u bolnicama. Nezavisne primalje u Italiji nemaju nikakvu autonomiju u bolnicama, ali mogu pratiti ženu u bolnicu ukoliko je to potrebno ili ako žena to želi.

Nezavisno je primaljstvo prilično rašireno; u cijeloj zemlji postoji oko 300 nezavisnih primalja, od kojih je najveći broj na sjeveru zemlje. Pokret za nezavisno primaljstvo pokreće sve veća potražnja korisnika, ali i činjenica da je 50% primalja nezaposleno nakon diplome. To znači da u posljednjih dvije godine sve više diplomantica primaljstva postaju nezavisne (privatne) primalje i općenito postaju sve vidljivije i prihvaćenije kao profesija.

Nezavisne su primalje u Italiji privatne primalje, što znači da žena koja koristi njihove usluge sama plaća te usluge. Ipak, tri pokrajine u zemlji daju subvencije u iznosu od otprilike 1000 eura, dok žena plaća otprilike drugih 1000 eura.

Trenutno je udio kućnih poroda u Italiji samo 0,5%, ali u posljednje dvije godine taj se broj povećao te je vjerojatno da će i dalje rasti. Žene se u Italiji odlučuju za kućni porod i skrb nezavisne primalje većinom iz istih razloga kao i žene u Njemačkoj i Ujedinjenom Kraljevstvu: zbog prethodnoga lošeg iskustva u bolnici ili zbog želje za kontinuiranom skrbi jedan na jedan.

Zanimljivo je da za primalje u Italiji ne postoje smjernice koje na temelju zdravstvene povijesti postavljaju ograničenja o tome kojoj ženi primalja smije pružiti skrb, kao što postoje u Njemačkoj. U tom smislu, primalje mogu preuzeti skrb za bilo koju ženu za koju smatraju da se mogu skrbiti, slično kao u Britaniji. Međutim, opstetricija inzistira na određenim intervencijama tako da, na primjer, budući da se skoro sve trudnoće u kojima je dijete na zadak dovršavaju carskim rezom u 38. tjednu trudnoće, većina primalja u Italiji nikad nije vidjela vaginalni porod djeteta na zadak, a kamoli da su prisustvovala takvom porodu. Stoga, zbog nedostatka iskustva, uglavnom ne obavljaju kućne porode na zadak.

Još jedna ogromna nepodudarnost u skrbi između sjevera i juga zemlje ogleda se u tome da je stopa carskih rezova to veća što se dalje ide na jug (neke procjene govore o 50-60% carskih rezova na jugu), dok je postotak carskih rezova na sjeveru oko 25%. Osim toga, na jugu se bilježi veća stopa intervencija, a status primalja na jugu, naročito primalja koje rade u bolnici, znatno je niži.

Štoviše, u Italiji se otvara sve više privatnih bolnica, u kojima se stopa carskih rezova procjenjuje na oko 80%. Zapravo, situacija u pogledu bolničkih usluga i primaljstva u Italiji ne razlikuje se mnogo od situacije u Hrvatskoj.

Novi Zeland

Jedina neeuropska zemlja koja se razmatra u ovom radu, Novi Zeland, nije izabrana slučajno. Prema riječima britanske primalje koja radi na Novom Zelandu, tamošnje žene biraju nezavisnu primaljsku skrb iz jednostavnog razloga – jer to mogu. Skrb nezavisne primalje jednako je dostupna unutar sustava zdravstvene skrbi kao i skrb opstetričara ili liječnika opće prakse. To znači da žena može birati koga želi kao glavnog pružatelja skrbi – nezavisnu primalju, opstetričara ili liječnika opće prakse – što zdravstveni sustav u potpunosti pokriva. To su tri vrlo izjednačena zanimanja, između kojih nema hijerarhije. Izbor je u ženinim rukama, pa unatoč tomu što ima mogućnost konzultirati bilo koga od njih tijekom trudnoće, njezin je glavni pružatelj maternalne skrbi (lead maternity carer) ona osoba koja je s njom tijekom trudnoće, poroda i poslije poroda. Primalje često rade u malim timovima od dvije ili tri i dobro su prihvaćen dio sustava, zajednice i zdravstvenoga sustava. Za trudnice je normalno imati primalju.

U pogledu ograničenja vezanih za zdravlje žena o kojima primalja može skrbiti, jednostavno ih

nema, jer primalja ima jednak status kao opstetričar. Ona može konzultirati opstetričara, predložiti ženi da posjeti opstetričara, ali ako žena bira primalju kao glavnu pružateljicu skrbi, primalja je samostalna u pružanju skrbi toj ženi. Kao rezultat toga, ne postoje problemi propisa o primalstvu ili ograničenja primaljstva, iako je bitno naglasiti da su primalje koje rade u bolnicama manje samostalne od onih koje rade kao nezavisne primalje.

I, kao što je rekla jedna novozelandska primalja: „Žene na Novom Zelandu ne bi željele da bude ikako drugačije: one su previše čvrste da bi dopustile državi da donosi odluke umjesto njih.“

Budućnost porođiljnih usluga u Hrvatskoj?

Postojeći sustav u Hrvatskoj ne uključuje nezavisne primalje, kuće za porode niti jedinice u bolnicama kojima upravljaju primalje. Potaknute željom za kontinuiranom skrbi jedan na jedan, ili željom da se izbjegne još jedno loše bolničko iskustvo, kao i druge žene u Europi, Hrvatice aktivno tragaju za alternativama, u zemlji i inozemstvu. Ulaskom u Europsku uniju u srpnju 2013. godine, bit će nam dostupno još više mogućnosti, a doista ne zaslužujemo ništa manje.

Hrvatska treba jake, nezavisne primalje. Hrvatska treba jedinice kojima upravljaju primalje i kuće za porode, primalje koje imaju partnerski odnos sa ženom i sustavom i jednako poštovanje kao porodničari. Hrvatska treba primalje koji će se znati zauzeti za sebe, za žene i za tek rođenu djecu, stručnjakinje za fiziološki porod, koje poštuju proces poroda i mogu pružati kvalitetnu skrb svakoj ženi koja to želi.

Uz vašu pomoć, sigurne smo da će prosječan porod u Hrvatskoj kroz pet do deset godina više sličiti na porodu sa slika iza mene, te da će i žene i primalje biti zadovoljnije. No, za to nam treba vaša pomoć, vaša želja da stvari zaista krenu na bolje, vaša svijest da je žena koja rađa ispred vas ljudsko biće čiji se život u porodu mijenja zauvijek, da je njezin porod obiteljski događaj a ne medicinski protokol.

Mi ćemo raditi na tome da ženama bude bolje, da se sustav mijenja i da primalje dobiju nezavisnost i vrednovanje koje im treba. Budite naše saveznice. Zajedno možemo činiti čuda.

Hvala Vam.

DANIELA DRANDIĆ

Daniela Drandić voditeljica je programa Trudnoća i porod u udruzi Roda od 2011. godine.



KLICA

Marina Mikolčić

Dr. sc. Irena Zakarija-Grković, dr. med., spec. ob. med., IBCLC, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

Alternativni modeli antenatalne skrbi: Iskustva iz Australije

Sažetak: U Australiji trudnica ima mogućnost odabira stručno osposobljenog liječnika obiteljske medicine za pružanje antenatalne skrbi (LOM). LOM obavlja većinu rutinskih pregleda (osim u 12., 28., 36. i 40. tjednu kada trudnice odlaze specijalistu ginekologije i porodništva), brine o svim rutinskim pretragama, a ukoliko želi, u lokalnoj bolnici trudnicu može i poroditi. U bilo kojem trenutku LOM se može obratiti ginekologu te potražiti savjet ukoliko dođe do odstupanja od normalnog tijeka trudnoće, također može uputiti trudnicu na obradu u dnevnu bolnicu, pri rođilištu. Ova zajednička skrb za trudnicu zasnovana je na činjenici da se najbolji ishodi u maternalnoj skrbi mogu postići upravo zajedničkom skrbi više zdravstvenih djelatnika. LOM mora posjedovati kvalifikaciju odnosno diplomu koju izdaje Kraljevska australska i novozelandska komora opstetričara i ginekologa nakon minimalne šestomjesečne obuke u rođilištu te polaganja pismenog i usmenog ispita. Diploma se obnavlja svake tri godine, a osim antenatalne i postnatalne skrbi njome su obuhvaće i ambulantna ginekološka skrb, savjetovanja o planiranju obitelji, kao i jednostavne ginekološke procedure (npr. uzimanje Papa testa). Ovaj se model u Australiji uspješno provodi već desetljećima na zadovoljstvo žena i zdravstvenih djelatnika koji pružaju skrb u cilju dobrobiti majki i djece.

Ključne riječi: antenatalna zajednička skrb, liječnik obiteljske medicine, porodničar, trudnice.

Uvod

U Australiji trudnica može odabrati jedan od oblika ponuđene antenatalne zdravstvene skrbi. Nude se četiri osnovna modela, ovisno o tome tko pruža skrb i gdje:

1. skrb u lokalnoj državnoj bolnici na antenatalnoj klinici gdje trudnicu pregledava dežurni specijalizant ili specijalist opstetricije i ginekologije;
2. skrb u lokalnoj ustanovi za porode ("birthing centre"), koja djeluje kao odvojeni odjel u sklopu rođilišta, a o trudnici brinu primalje;
3. skrb kod odabranog, kvalificiranog obiteljskog liječnika;
4. skrb u kojoj trudnica, kao privatni pacijent, ima pravo na odabir specijaliste ginekologije i porodništva.

Odluka o izboru skrbi treba biti informirana, naime, treba razmotriti prednosti i rizike svih ponuđenih modela, kao i odnos medicinskih indikacija te želja kod svake trudnice ponaosob. Kod svakog modela naglasak je na kolaborativnom pristupu, odnosno na suradnji svih zdravstvenih djelatnika uključenih u skrb trudnice. Svi oni koji pružaju antenatalnu skrb moraju znati koje znanje, vještine i iskustvo posjeduju drugi članovi tima te pravovremeno zatražiti njihov savjet i pomoć. Postoje smjernice koje izdaje nadležno strukovno udruženje o kliničkim situacijama i koje ukazuju kada je potrebno uputiti trudnicu iskusnijem članu tima.¹¹

Postupak

Većina žena obratit će se obiteljskom liječniku (ukoliko nemaju svog privatnog ginekologa) kao osobi od povjerenja kako bi potvrdile trudnoću, odredile njezin stadij i savjetovale se o daljnjoj skrbi. Daljnja skrb ovisit će o općem zdravlju žene te o njezinoj povijesti bolesti, odnosno povijesti prethodnih trudnoća. Prilikom prve posjete, liječnik trudnicu također informira o zdravoj prehrani, uključujući nadomjeske vitamina D, tjelovježbi, testovima za genetske poremećaje – objašnjava njihovu svrhu i rizike, trudničkim tečajevima i drugim resursima koji pripremaju za roditeljstvo i dojenje, o spriječavanju infekcija, rutinskim pretragama, opasnosti pušenja, uzimanja droga i konzumacije alkohola tijekom trudnoće. Potom, trudnica nastavlja odlaziti svom odabranom zdravstvenom djelatniku prema ustaljenom rasporedu: jednom mjesečno do 28. tjedna trudnoće, zatim svaka dva tjedna do 36. tjedna i onda jednom tjedno do termina, ukoliko je trudnoća normalna.

Zajednička skrb trudnica između liječnika obiteljske medicine (LOM) i specijaliste ginekologije i porodništva

Ovaj model skrbi prepoznaje različite potrebe i težnje žena, uključujući potrebu za sigurnošću te potrebu za kontinuiranom skrbi od znane osobe. Kod ovog modela, LOM i ginekolog zajednički brinu o trudnici tako što većinu pregleda trudnica obavlja kod LOM-a, a manji dio (u 12., 28., 36. i 40. tjednu) kod porodničara. U bilo kojem trenutku LOM se može obratiti ginekologu te potražiti savjet ukoliko dođe do odstupanja od normalnog tijeka trudnoće, također može uputiti trudnicu na obradu u dnevnu bolnicu pri rođilištu. Otvorena komunikacija i volja za suradnjom su preduvjeti za ovaj model skrbi (tablica 1).

Tablica 1. Principi zajedničke skrbi²⁾

1.	Vjerovanje da se najbolji ishodi u maternalnoj skrbi mogu postići zajedničkom skrbi različitih zdravstvenih djelatnika.
2.	Uzajamno povjerenje i poštovanje spram svake profesije i njihovih pogleda i načina razmišljanja.
3.	Zajednička skrb usredotočena na majku i njezina očekivanja, ciljeve i vrijednosti.
4.	Otvorena, iskrena i nepristrana komunikacija sa trudnicom, njezinim partnerom ili osobom za podršku, kao i s ostalim majčinih skrbnicima.
5.	Informirani izbor i mogućnost trudnice da donese odluku nakon ostvarene prilike za razgovor s različitim zdravstvenim djelatnicima.
6.	Profesionalna stručnost i neprekidno medicinsko usavršavanje obvezno za sve profesionalce uključene u skrb...

Obrazovanje

Zajedničku antenatalnu skrb mogu pružiti samo liječnici obiteljske medicine (LOM) s posebnim kvalifikacijama, odnosno oni liječnici koji su stekli diplomu Kraljevske australske i novozelandske komore opstetričara i ginekologa. Njihova izobrazba obuhvaća 5 područja rada (tablica 2). Cilj je omogućiti izobrazbu liječnicima obiteljske medicine koji žele pružiti: antenatalnu i postnatalnu skrb zajedno s porođničarima; ambulantnu ginekološku skrb; savjete o planiranju obitelji; skrb nisko do umjereno rizičnim trudnicama; koji žele izvršavati normalne i asistirane porode i jednostavne ginekološke zahvate.⁴⁾ Kandidati za program moraju imati diplomu medicinskog fakulteta prepoznatog od SZO te završenu drugu poslijediplomsku godinu (nužne su i dvije godine rada u struci). Obuka se sastoji od rada u akreditiranom rodilištu u trajanju od barem šest mjeseci nakon kojeg se polaže pismeni i usmeni ispiti. Tijekom obuke vodi se dnevnik rada i ocjenjuju kliničke vještine kandidata. Kvalifikacija se mora obnavljati svake tri godine pohađanjem stalne medicinske edukacije iz područja zdravlja žena. Postoji mogućnost stjecanja naprednih vještina, uz dodatnu šestomjesečnu obuku u rodilištu koje, pored gore navedenih vještina obuhvaćaju i : 1) sposobnost zbrinjavanja kompliciranih poroda; 2) izvođenja carskog reza; 3) asistiranju liječnicima obiteljske medicine kada specijalist porodništva i ginekologije nije dostupan; 4) sposobnost izvođenja laparotomije u ginekološkim hitnoćama i 5) u posebnim uvjetima, izvođenja laparoskopije i/ili kolposkopije. Svaki kandidat ima mentora koji pruža potporu i provjerava napredovanje kandidata te potpisuje dnevnik rada.

Kraljevska australska i novozelandska komora opstetričara i ginekologa vjeruje da zajednička skrb prema gore navedenom programu može pružiti zadovoljavajući ishod za majku i njezino dijete s visokim stupnjem sigurnosti, ali i zadovoljstva za majku i sve zdravstvene djelatnike koji su zajednički skrbili o njoj.⁵⁾

Tablica 2. Područja izobrazbe diplomanta³⁾

Područje	Opis rada
Osnovne vještine	Metodologija i praksa osiguravanja kvalitete, vođenje dokumentacije, kodiranje.
Antenatalna skrb	Zbrinjavanje komplikacija u trudnoći, poremećaja izazvanih trudnoćom, trudnoće kod žena s prethodnim zdravstvenim problemima.
Porod	Zbrinjavanje normalnog poroda, komplikacije tijekom poroda.
Postnatalna i neonatalna skrb	Pregled novorođenčeta, liječenje žutice kod novorođenčeta, oživljavanje novorođenčeta, komplikacije puerperija.
Ginekološke procedure	Prekid trudnoće, zbrinjavanje spontanog pobačaja, marsupijalizacija Bartolinijeve ciste/apscesa.

Zaključak

Uvažavajući različite potrebe i želje žena u Australiji se nude brojni modeli antenatalne skrbi, uključujući i model zajedničke skrbi liječnika obiteljske medicine i specijalista ginekologije i porodništva. Preduvjet za uspješno provođenje ovog modela jest otvorena komunikacija i međusobno poštovanje zdravstvenih djelatnika te razrađeni program izobrazbe liječnika obiteljske medicine.

Literatura

1. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [homepage on the Internet]. Melbourne: The Association; c2011 [updated Mar 2012; cited Mar 11, 2013]. Maternal suitability for models of care, and indications for referral within and between models of care; 11 pages. Available from: http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc_view/963-c-obs-30-maternal-suitability-for-models-of-care-and-indications-for-referral-within.html?Itemid=341
2. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [homepage on the Internet]. Melbourne: The Association; c2011 [updated Nov 2010; cited Mar 11, 2013]. Collaborative maternity care; 2 pages. Available from: http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc_view/966-c-obs-33-collaborative-maternity-care.html?Itemid=341
3. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [homepage on the Internet]. Melbourne: The Association; c2011 [updated Aug 2012; cited Mar 11, 2013]. About the certificate in women's health and DRANZCOG scope of practice: DRANZCOG information pamphlet; 2 pages. Available from: <http://www.ranzcog.edu.au/education-a-training/certificate-diploma-training.html>
4. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [homepage on the Internet]. Melbourne: The Association; c2011 [updated Jun 2012; cited Mar 11, 2013]. What is the DRANZCOG/DRANZCOG Advanced; 2 screens. Available from: <http://www.ranzcog.edu.au/the-ranzcog/about-the-diploma.html>
5. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [homepage on the Internet]. Melbourne: The Association; c2011 [updated Nov 2011; cited Mar 11, 2013]. Policy Statement on Shared Maternity Care Obstetric Patients in Australia; 4 pages. Available from: http://www.ranzcog.edu.au/component/docman/doc_view/989-wpi-09-policy-statement-on-shared-maternity-care-obstetric-patients-in-australia.html?Itemid=341

IRENA ZAKARIJA-GRKOVIĆ

Irena Zakarija-Grković je završila studij medicine na Riječkom sveučilištu, ali je struku "ispekla" u Melbourneu gdje je 12 godina radila u kliničkoj praksi. Tijekom tog vremena provela je tri godine u bolnici, uključujući godinu dana u Bolnici za žene Sestara milosrdnica, specijalizirala je obiteljsku medicinu, stekla titulu "Diplomanta australskog i novozelandskog koledža opstetricije i ginekologije" te postala međunarodno certificirana savjetnica za dojenje. Od povratka u Hrvatsku 2004. godine, odnosno od zaposlenja na Medicinskom fakultetu u Splitu 2006. godine, nastavlja s promicanjem dojenja radom u nacionalnom Povjerenstvu za promicanje dojenja, kao koordinatorica UNICEF-ova BFHI-ja za područje Dalmacije te predsjednica Hrvatske udruge IBCLC – savjetnica za dojenje. Majka je troje djece.

3. dio

POZITIVNE PROMJENE U VRSTAMA SKRBI U HRVATSKOJ I SLOVENIJI



Nada Matanović, babica, Bolnica za ženske bolesti i porodništvo Postojna

Porod u “Babiški hiši” u Postojni

U zadnje vrijeme sve su češće trudnicama koje žele porod u skladu sa svojim željama. Sve više trudnica rađa kod kuće jer „nisu stigle do rođilišta”. Takvi su porodi rizični i opasni po zdravlje majke i bebe. Kako bi takvih poroda bilo što manje, u Bolnici za ženske bolesti i porodništvo u Postojni organizirali smo „Babišku hišu”. Riječ je o apartmanu u sklopu rođilišta koji je namijenjen prirodnim porodima. To je kopija austrijskog privatnog porodnog centra i najbliža varijanta porodu kod kuće. Porod je to kod kuće, ali u sklopu bolnice. Uvjet su za porod u „Babiški hiši” zdrava trudnica i trudnoća bez komplikacija. Kontraindikacije za prirodan porod u „Babiški hiši” su trudnoća ispod 38 i iznad 41 t.g kronične bolesti, preeklampsija, hipertenzija, gestacijski dijabetes, inducirani porod, prekomjerni dobitak na težini (više od 16 kg), zadnji Hb manji od 100, višepodna trudnoća, plod okrenut zatkom, IUGR ili potvrđeno veliki plod, sumnjiv ili patološki CTG, placenta previja, puknuće vodenjaka više od 24 sata, krvarenje i zelena ili krvava plodovnica.

Možda su kriteriji prestrogi, ali baš zbog takvih kriterija u „Babiškoj hiši” nismo imali niti jedan porod koji se zakomplikirao.

Prednosti su prirodnog poroda u „Babiški hiši” neograničeno kretanje, domaća atmosfera, prisutnost drugih članova obitelji (i doule), potpuni „rooming in”, samostalnost i neograničeni posjeti.

Sve počinje mjesec dana prije termina poroda kada trudnica dolazi u rođilište na razgovor k babici. Taj je razgovor važan za izgradnju povjerenja i dobre suradnje između babice i trudnice. Svakoj trudnici se pristupa individualno, jer svaka ima svoje potrebe i želje. One traže normalan ljudski tretman, s puno poštovanja i uvažavanja njihovih želja. Važno je takvim trudnicama dati slobodu odlučivanja. Trudnice obično imaju plan poroda, popis koji se sastoji od želja vezanih za pojedine bolničke tretmane. U planovima poroda obično stoji da rođilja ne želi brijanje i klistiranje, da ne želi da se s novorođenčeta odstrani verniks, da je otac djeteta prisutan pri porodu, da se pupčana vrpca prereže tek kad prestane pulsirati, da ju prereže djetetov otac itd. Nabrojani postupci u našem se rođilištu rutinski rade već duže vrijeme. Ima i želja koje bi se mogle nazvati opasnim, na koje mi kao bolnica ne možemo i ne smijemo pristati, a tiču se antibiotske zaštite u slučaju kad je od prsnuća vodenjaka proteklo više od 8 do 12 sati. Plana poroda možemo se držati sve dok porod teče prema planu i dok nisu ugroženi ni rođilja ni novorođenče. Plan poroda uzima se kao ozbiljan dokument koji poslije poroda ostaje u zdravstvenoj dokumentaciji u tzv. porodnom zapisniku. Zbog toga plan poroda moraju pregledati babica i glavna sestra, ako se on ne slaže s našom doktrinom.

Mi smo, ipak, zdravstvena ustanova i u današnje vrijeme ne smijemo dopustiti pojavu sepse kod novorođenčeta, koju smo mogli spriječiti davanjem antibiotika prije poroda. Postoje zakoni i pravila kojih se svi moramo držati, i rođilje i zdravstveno osoblje.

S obzirom na anamnezu i plan poroda babica ocjenjuje je li trudnica kandidatkinja za prirodan porod ili nije. U slučaju da plan poroda nije u skladu s našim pravilima, babica ga prosljeđuje glavnoj sestri, koja na raportu zajedno s ginekolozima i pedijatrima odlučuje može li se udovoljiti željama trudnice. Kada trudnica dođe roditi, ona ima svoju babicu koja je s njom sve vrijeme poroda i tri sata nakon njega. U „Babiškoj hiši” nema lijekova, koriste se samo alternativni pristupi rađanju. Moguć je i dogovor s terapeutkinjom za shiatsu-masažu. Ako babica procijeni da porod ne napreduje, tada se porod nastavlja u rađaonici pod liječničkom kontrolom.

Alternativni porod u rađaonici

Budući da je ponekad „Babiška hiša“ zauzeta i da je cijena „Babiške hiše“ za neke roditelje preveliki financijski zalogaj, morali smo omogućiti prirodan porod i u rađaonici. Takve roditelje zovemo „alternativkama“. To su one roditelje koje tijekom poroda nisu dobile ništa od lijekova, kod kojih porod nije induciran niti stimuliran i koje nakon poroda nisu dobile uterotonik. Sve su imale svoj plan poroda, kojeg smo se svi pridržavali i ispunili sve želje koje su bile napisane. Većinom su to roditelje koje su do samog kraja poroda šetale, bile na lopti i rodile su u malo drugačijem položaju od klasičnog na leđima s uzdignutim uzglavljem. Puno ih je rodilo na koljenima, na boku, četveronoške, čučajući, jedna je rodila stojeći, a jedna je imala orgazmičan porod. Često se koristimo gimnastičkom loptom. Nešto manje se koristimo stolčićem za rađanje, možda zato što naše krevete za rađanje možemo tako složiti da roditelja praktički sjedi dok rađa. Babici je tako fizički lakše voditi porod, a na taj joj je način medica preglednija. Možda je još zanimljivo reći da smo u „Babiškoj hiši“, ne u rađaonici, pri dva poroda imali prisutnu i stariju djecu, koja su bila oduševljena rođenjem mlađeg člana obitelji.

Alternativni porodi slični su porodima u „Babiškoj hiši“ samo što roditelja nema „svoju“ babicu tijekom cijelog poroda. U rađaonici sve roditelje imaju otvoreni venski put i sve vrijeme poroda su priključene na CTG-aparat, prijenosni ili fiksni. Na tome inzistiraju ginekolozi našeg rodilišta i od toga ne odstupaju.

Statistika

U našem malom rodilištu godišnje se rodi oko 1800 novorođenčadi. Brojke pokazuju da smo u osamnaest mjeseci imali 23 poroda u „Babiškoj hiši“, 49 poroda u vodi te 75 poroda u rađaonici vođenih kao alternativni porodi. Porod u vodi moguć je u rađaonici u kadi ili u „Babiški hiši“ u bazenu. Sam čin rađanja djeteta moguć je u vodi ili na krevetu, ovisno o želji roditelje i o dogovoru s babicom. Samo su tri roditelje precijenile svoje mogućnosti i „pobjegle“ iz „Babiške hiše“ u rađaonicu zbog potrebe za analgeticima. Samo je jedna roditelja rodila uz epiziotomiju, i to zato jer je plodovnica bila zelena i nije bilo vremena preseliti ju u rađaonicu. Sve ostale roditelje rodile su spontano. Krvarenja po porodu bila su u granicama normale. Najniža ocjena po Apgar-indeksu bila je 9.

Moram naglasiti da u Sloveniji još nije zakonski riješeno pitanje poroda koji vodi sama babica. Za sve je porode u našoj bolnici i u „Babiškoj hiši“ prije babice odgovoran liječnik. Zato je još uvijek liječnik taj koji će odobriti porod u „Babiškoj hiši“ ili odobriti porod prema planu poroda koji je roditelja donijela u rađaonicu. Babica dakle uvijek radi prema liječnikovim uputama, a sve ostalo je stvar povjerenja i dogovora.

NADA MATANOVIĆ

Rođena je u Rijeci 1976. godine, gdje je završila osnovnu i Medicinsku srednju školu – primalski smjer. Nakon završenog školovanja preselila se u Ljubljanu gdje je dobila posao babice (primatelj) u Univerzitetnom Kliničnom centru u Ljubljani. Nakon četiri godine preselila se u Pivku radi posla u Bolnici za ženske bolesti i porodništvo Postojna. Radi u rađaonici kao babica već 13 godina. Godine 2010. upisala je Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, smjer primaljstva.

Tadeja Korenč, Urška Savodnik, Urška Kotnik

Doula u Sloveniji i pregled statistika poroda na kojima su prisustvovala u 2012. godini

1. Uvod

Kratka biografija:

Na međunarodnoj radionici DONA održanoj 2009. godine u Ljubljani prisustvovalo je više od 25 doula. Neslužbeno Udruženje slovenskih doula (Združenje slovenskih doula), 2012. godine, okupilo je oko 30 doula, a njih 15 prisustvovalo je porodima. Slovenske doule sastaju se jednom mjesečno kako bi razmijenile iskustava. U manjem broju doule također djeluju i kao aktivistice za prava pri porodu. Rad će predstaviti tri porođajne doule, ujedno i aktivistice, Tadeja Korenč, Urška Savodnik i Urška Kotnik.

Sažetak:

Prezentacija je usredotočena na porođajne doule u Sloveniji i bit će potkrijepljena konkretnim podacima o porodima kojima su slovenske doule prisustvovala.

Nekolicina nezavisnih doula aktivno je djelovala i prije 2009. godine. U listopadu iste godine, udruga „Prirodni počeci“ (Združenje „Naravni začetki“) organizirala je prvu radionicu porođajnih doula u Sloveniji, koju je predvodila Debra Pascali-Bonaro i DONA International. Godine 2011. slovenske doule osnovale su neslužbenu udrugu. Godine 2012. nizom događanja održanih na WorldDoulaWeek po prvi put predstavile su svoju misiju i rad široj javnosti. Nadalje, izrađene su mrežne stranice i mailing liste. Nove doule prihvaćaju se u neslužbeno udruženje, a istovremeno u tijeku su aktivnosti s ciljem uspostavljanja službene udruge. Doule se sastaju svakog mjeseca i razmijenjuju iskustva, a manja grupa doula također se kao aktivistice bore se za prava pri porodu.

Prisutnost porođajne doule dozvoljena je u svim slovenskim rodilištima, njih četrnaest. Međutim, to ne znači da svaka žena koja tijekom poroda želi prisustvo i podršku doule može to i ostvariti, jer većina rodilišta kontinuiranu prisutnost dopušta samo jednoj osobi. Najčešće tu ulogu, s pravom, ispunjava otac djeteta. Provedba ove politike uglavnom se opravdava nedostatkom prostora u rađaonama. Zanimljiva je, međutim, činjenica da su rađaone u tri rodilišta koja dopuštaju stalnu prisutnost dva pratioca među najmanjima! Riječ je o rodilištima u Brežicama, Kranju i Jesenicama. Dva ili više pratioca dopuštena su i u primaljskoj jedinici u Postojni, iako je tamo došlo do incidenta u kojem je douli, koja je ujedno bila i studentica primaljstva, prisustvovanje porodu zabranjeno.

U nastavku će se prikazati rezultati poroda kojima su prisustvovala doule od siječnja 2009. godine do siječnja 2013. godine, s osobitim naglaskom na to kako (ne)kontinuirana podrška doula utječe na ishod poroda. Također će biti prikazani detalji o razini intervencija, postotku poroda s operativnim završetkom, varijacijama rezultata između rodilišta te kratka usporedba s nacionalnim statistikama.

2. Metode

Kako bi prikupili podatke zamolile smo doule, članice neslužbenog Udruženja slovenskih doula (Združenje slovenskih doula), da ispune upitnik (Prilog 1) s pitanjima o osnovnim statističkim podacima o tijeku poroda i njihovim ishodima. Četrnaest doula ustupilo je podatke o 95 poroda koji su se odvijali uz njihovu prisutnost od siječnja 2009. godine do siječnja 2013. godine. Iako su naši brojevi premali da bi bili značajni, ipak su primjetna odstupanja od prosječnih ishoda na nacionalnoj razini.

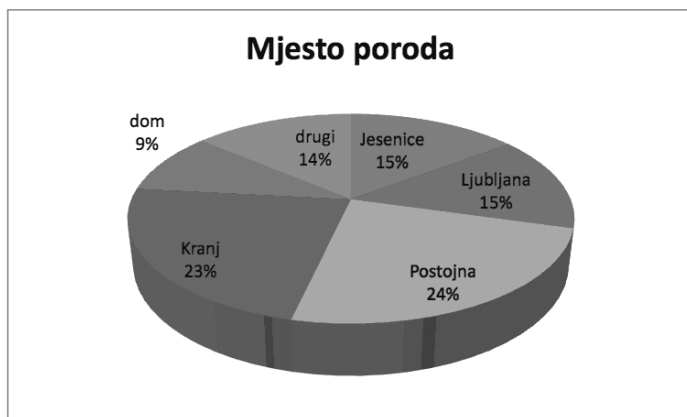
Usmjerile smo se uglavnom na deskriptivnu statistiku s poroda kojima su prisustvovala doule, usporedbama između kontinuirane i povremene prisutnosti doule i odstupanjima između različitih mjesta poroda i različitih rodilišta. Neki od naših rezultata također se mogu usporediti s nacionalnom statistikom, prikupljenom u okviru Perinatalnog informacijskog sustava Republike Slovenije od strane Zavoda za javno zdravstvo.

3. Rezultati

3.1. Ishod poroda u prisustvu doula – pregled podataka

Mjesto poroda

Mjesto većine poroda (87,4 %) je u jednom od devet slovenskih rodilišta (u Sloveniji postoji četrnaest rodilišta), devet poroda se odigralo kod kuće (9,5 %), a tri u Austriji (3,1 %), bilo u Centru za porode u Marii Saal ili u rodilištu u Feldbachu. Većina bolničkih poroda bila je u Postojni (24,2 %), Kranju (23,1 %), Jesenicama (14,7 %) i Ljubljani (14,7 %).



Slika 1: Mjesto poroda

U vremenskom razdoblju od pet godina, nešto više od polovice svih poroda (52,6 %) odigralo se u rodilištima koja omogućuje stalnu prisutnost više od jednog pratioca, kod kuće ili u inozemstvu. U devet slučajeva doule nisu prisustvovala porodima (18 %). Zbog brzine poroda, u tri slučaja, doula nije uspjela stići, dok je u druga tri slučaja porod dovršen carskim rezom.

U rodilištima koji pri porodu dozvoljavaju pratnju jedne osobe rodilo je 45 žena, a tijekom pet godina doule su stalno prisustvovala na 25 poroda, što je više od pola. To se promijenilo u 2012. godini kada su doule stalno prisustvovala na samo 36,8 % poroda.

Porodi u 2012. godini

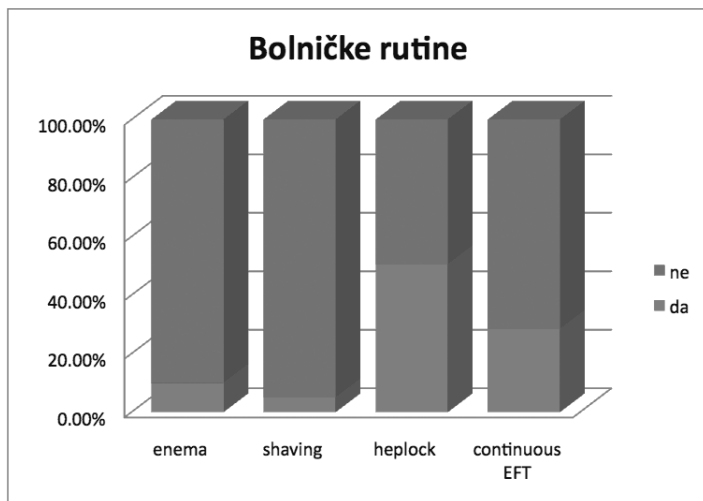
Od svih poroda u našoj anketi, njih 50 (52,6 %) zbilo se tijekom 2012. godine. Od 50 poroda, njih 32 (64 %), odvijalo se na mjestima gdje je dozvoljeno prisustvo više od jednog pratioca: 14 u rodilištu u Jesenicama, 10 u Kranju, 5 kod kuće, 2 u Brežicama, a jedan u Centru za porode u Austriji. Stalno prisustvo doula izostalo je na samo četiri poroda; u dva navrata porod je bio prebrz, a dva puta porod je dovršen carskim rezom. Ostala 38 % poroda tijekom 2012. godine odigrala su se u bolnicama koje provode politiku jednog pratioca, a stalno prisustvo doula zabilježeno je u samo sedam od devetnaest slučajeva.

Prethodni porodi majki

Nešto više od polovice (54,7 %) žena su prvorotke, potom slijede drugorotke (40%), a samo 5,3 % žena rađalo je treći put. U dva slučaja doule su prisustvovala porodu mrtvorodenčeta. Kod drugorotki cerviks je u prosjeku bio otvoreniji (7,3 cm) nego li kod prvorotki (4,7 cm). Drugorotke su u prosjeku imale osam sati kraće porode i pretrpjele su manja napuknuća medice.

Bolničke rutine

Klistir je primilo 10 % svih žena, nešto više od 5 % posto je obrijano, a 50,5 % imalo je otvoren ven-ski put (kanilu). Kontinuirani elektronički fetalni monitoring korišten je 28,4 %, samo jednom tele-metrijski. Od navedenih poroda šest poroda okončano je kirurški, jedan uz pomoć vakuum ekstrak-cije, a pet puta se pribjeglo carskom rezu. Tri carska reza imala su jasnu medicinsku indicaciju.



Slika 2: Bolničke rutine

Korištenje lijekova

Od svih 95 poroda, samo dva (2,1 %) su medicinski inducirana, oba puta zbog smrti fetusa u maternici. Postotak pojačavanja trudova uz pomoć sintetičkog oksitocina nešto je veći, 12,6 %, a prokidanje vodenjaka izvedeno je u 11,6 % slučajeva. Lijekovi za ublažavanje porođajne boli koristili su se u 11,6 % poroda, pri čemu je nešto više od polovice bila epiduralna analgezija.

Kirurški dovršeni porodi

12,6 % poroda dovršeno je operativno, u 10,5 % slučajeva riječ je o carskom rezu, dok je 2,1 % poroda okončano uz pomoć vakuum ekstrakcije. Epiziotomija je izvedena u 6 slučajeva, u dva slučaja zbog uporabe vakuum ekstrakcije. U pet od šest slučajeva izvedbe epiziotomija, tijekom drugog porođajnog doba žene su ležale na leđima. Pet od njih šest bile su prvoroćkinje. Od svih žena, u 26 slučajeva (27,2 %) zabilježeno je napuknuće međice; većina žena, njih 18, imalo je prvi stupanj napuknuća, 7 žena drugi stupanj napuknuća, dok je samo jedna imala treći stupanj napuknuća. Četvrtog stupnja napuknuća nije bilo.

Komplikacije tijekom i nakon poroda

U 14,9 % slučajeva ženama se tijekom drugog porođajnog razdoblja pomoglo fundalnim pritiskom. Kad smo pogledale vezu između ovog zahvata i oštećenja mekog tkiva, otkrile smo da su epiziotomije izvedene u 50 % svih slučajeva fundalnog pritiska (jednom uz korištenje vakuum ekstraktor), kod 14,3 % žena došlo je do napuknuća, a 7,1 % poroda završilo je carskim rezom. U samo 28,6 % slučajeva dijete je rođeno s netaknutom međicom. Fundalni pritisak se najčešće izvodio u bolnicama u Kranju i Postojni, pet slučajeva u svakoj. U Ljubljani, Brežicama, Jesenicama, te Murskoj Soboti izveden je jednom.

Komplikacije nakon poroda nastupile su u 11,6 % slučajeva, četiri puta s majčinim krvarenjem, pri čemu transfuzija krvi nije bila potrebna, jednom je došlo do atonije te manualnog uklanjanja posteljice, a u jednom slučaju majka je bila ozbiljno iscrpljena i povraćala je. Tri puta problem je bio infekcija novorođenčeta, dva puta je bila potrebna reanimacija novorođenčeta. Osam slučajeva komplikacija dogodilo se u slovenskim bolnicama (četiri u Postojni, tri u Kranju, jedan u Ljubljani), dva u Austriji (jedan u centru za porode u Marii Saal, jedan u bolnici u Felbachu) i jedan kod kuće.

Treće porođajno doba i dojenje

Pupkovina je odmah stegnuta i prerezana u 20,4 % poroda, kod 77,5 % je prerezana nakon što je prestala pulsirati, a u 2,1 % roditelji su izabrali lotosov porod. Jedan lotos porod odigrao se kod kuće, a jedan u bolnici. Više od 90 % novorođenčadi tjedan dana nakon poroda bilo je isključivo dojeno.

3.2 Usporedba podataka zasnovana na kontinuiranoj, odnosno povremenoj podršci doule

Usporedba podataka s poroda uz stalno prisustvo doule (69,5 %) i onih uz povremeno prisustvo (30,5 %) dala je zanimljive rezultate. Zamjetne razlike nastale su u učestalosti primjene klistira, kontinuiranog elektronskog praćenja fetusa, ležećeg položaja tijekom prvog i drugog porođajnog doba, rutinskog korištenja kanile, pojačavanja trudova sintetičkim oksitocinom, amniotomije, epi-

IZAZOVI I TRENDOWI U MATERNALNOJ SKRBI U HRVATSKOJ I EUROPSKOJ UNIJI

Zagreb, 15. travnja 2013.



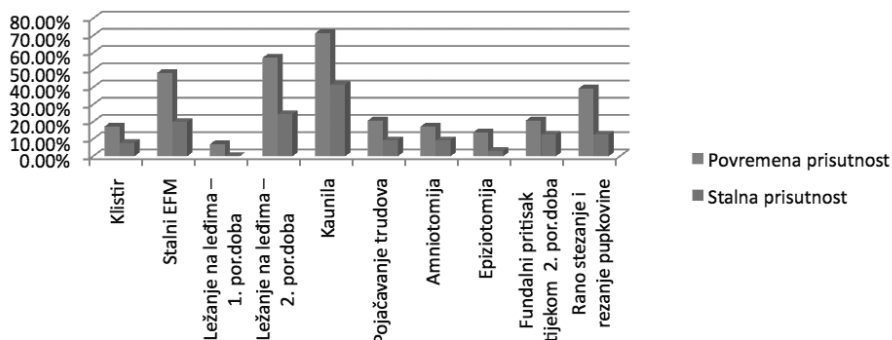
ziotomije, fundalnog pritiska i ranog stezanja i rezanja pupkovine. Razina intervencija bila je viša u skupini gdje podrška doule tijekom poroda nije bila kontinuirana.

Također je uočljiva razlika u učestalosti carskih rezova, ali to je vjerojatnije posljedica bolničkih pravila o prisutnosti pratnje u rađaoni. Nije bilo većih odstupanja između dviju skupina glede brisanja, indukcije poroda, upotreba lijekova protiv bolova (epiduralna analgezija, drugi lijekovi protiv bolova), komplikacija nakon poroda i stope dojenja u vrijeme otpusta iz bolnice i tjedan dana nakon poroda.

Intervencija	Povremena prisutnost	Stalna prisutnost
Klistir	17,2%	7,6%
Stalni EFM	48,3%	19,7%
Ležanje na leđima – 1. por. doba	6,9%	0,0%
Ležanje na leđima – 2. por. doba	57,1%	24,2%
Kaunila	71,4%	41,3%
Pojačavanje trudova	20,7%	9,1%
Amniotomija	17,2%	9,1%
Epiziotomija	13,8%	3,0%
Fundalni pritisak tijekom 2. por. doba	20,7%	12,3%
Rano stezanje i rezanje pupkovine	39,3%	12,3%

Tablica 1: Usporedba podataka stalne i povremene prisutnosti doule tijekom poroda

Razina intervencija - stalna odn. povremena prisutnost doule



Slika 3: Usporedba podataka stalne i povremene prisutnosti doule tijekom poroda

3.3 Usporedba nacionalne statistike i poroda u prisustvu doule

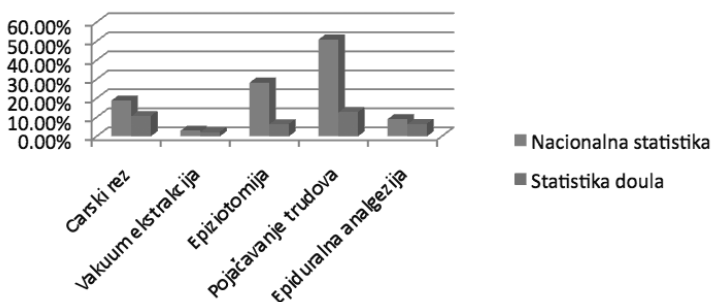
Koristeći podatke prikupljene u okviru Perinatalnog informacijskog sustava Republike Slovenije od strane Zavoda za javno zdravstvo, sastavljena je kratka usporedba između rezultata poroda na nacionalnoj razini i naše vlastite statistike, u pogledu učestalosti carskih rezova, poroda pomoću vakuum ekstrakcije, epiziotomija, pojačavanja trudova i epiduralne analgezije. Za izračunavanje prosječne vrijednosti korišteni su podaci iz nacionalnih statistika za 2005. godinu (Drglin i sur., 2007), 2010. godinu (Perinatalni informacijski sustav RS) i još neslužbene podatke za 2011. godinu (Perinatalni informacijski sustav RS). Za izračunavanje srednje vrijednosti pojačavanja trudova i epiduralne analgezije korišteni su podaci iz 2005. i 2011. godine, budući da oni za 2010. godinu nisu bili dostupni.

U svim slučajevima porodi uz podršku doule imali su niže stope intervencija. Najveća odstupanja povezana su s pojačavanjem trudova (38,3 postotnih bodova) i epiziotomijom (21,9 postotnih bodova), stopa carskog reza bila je niža u skupini s doulama za 8,3 postotnih bodova. Manja odstupanja također su vezana za stopu poroda potpomognutih vakuum ekstrakcijom i korištenje epiduralne analgezije.

Intervencija	Nacionalna statistika	Statistika doule
Carski rez	18,8 %	10,5 %
Vakuum ekstrakcija	2,9 %	2,1 %
Epiziotomija	28,2 %	6,3 %
Pojačavanje trudova	50,9 %	12,6 %
Epiduralna analgezija	9,0 %	6,4 %

Tablica 2: Usporedba nacionalne statistike i poroda uz prisutnost doule

Usporedba nacionalne statistike i poroda uz prisutnost doule



Slika 4: Usporedba nacionalne statistike i poroda uz prisutnost doule

3.4 Razlike između pojedinih bolnica

Stalna podrška doula tijekom poroda

Zbog bolničkih pravila i porođajnih okolnosti nazočnost doule nije bila stalna na svim porodima. Najviša stopa stalne potpore doula (92,9 %) zabilježena je u rodilištu u Jesenicama. Samo je jedan slučaj da doula nije prisustvovala porodu, a razlog tomu je što nije uspjela stići na vrijeme. Isto vrijedi i za porode kod kuće, doule su bile stalno prisutne u 88,9 % slučajeva, tek jednom doula nije uspjela stići na vrijeme. Treća najveća stopa stalne prisutnosti doula zabilježena je u bolnici u Kranju (77,3 %).

Zahvaljujući dovoljnom broju poroda kojima su, u tri bolnice, prisustvovala doule bilo je moguće provjeriti kontinuiranu prisutnost doula na porodu tijekom godina. Zbog malog broja poroda kombinirale smo podatke za godine 2009. i 2010., te za godine 2012. i 2013. Stopa kontinuirane prisutnosti doula naglo je pala 2012. godine u Postojni i Ljubljani. Obje bolnice provode politiku „jedne osobe za podršku“. U Kranju, gdje su dopuštena dva pratioca, stopa kontinuirane prisutnosti doula porasla je 2011. i ostala visoka u 2012. U 2012. godini doula nije prisustvovala na samo dva poroda u Kranju, jednom zbog brzine poroda, a drugi put zbog hitnog carskog reza.

Sasvim druga priča dolazi iz Postojne, zabilježena je 2011. godine, gdje doula opisuje situaciju:

Moja klijentica željela je roditi u primaljskoj jedinici, ali kada smo stigli bila je zauzeta. Bolničko osoblje uvjeravalo je par da će moja prisutnost biti dopuštena tijekom poroda. Nakon trosatne šetnje vratili smo se u bolnicu, gdje je primljena i odvedena na klistir i brijanje. Bolničko osoblje ponovo je uvjeravalo par da ću ih moći pratiti. Kad je došla u rađaonicu, oca su pozvali i opet je potvrđeno da ću im se i ja pridružiti. Kad je par bio u rađaonici, osoblje mi je reklo da znam pravila, znam da ne mogu biti prisutna na porodu i poslali su me kući. Nakon toga uslijedilo je dva sata rasprave, a za to vrijeme paru su lagali. Kad je roditelj saznala da mi nije bio dopušten ulazak u rađaonicu, porod je stao. Bez obzira na tu činjenicu moja prisutnost još uvijek nije bila dopuštena, pa smo se oprostili i otišla sam. Zbog zastoja u porodu, porod je tri sata kasnije dovršen carskim rezom.

Bolnica / godina rođenja	2009. 2010.	2011.	2012 2013.
Postojna	7/8	3/4	6/11
Ljubljana	3/4	4/6	1/4
Kranj	3/5	6/7	8/10
jesenice	—	—	13/14

Tablica 3: Kontinuirana prisutnost doula na bolničkim porodima tijekom 2009. – 2013., zapis 7/8 znači da je doula bila stalno prisutna na 7 od 8 poroda.

Bolničke rutine

Rutinskom brijanju i klistiru, 21,4% odnosno 35,7%, najčešće se pribjegavalo u bolnici u Ljubljani. Kontinuirani elektronski fetalni monitoring najčešće je korišten u Kranju (54,5 %), Ljubljani (35,7 %) te u Postojni (26,1 %). U ove tri bolnice također je zabilježen najveći postotak korištenja kaunila, u

Kranju u 81,8 % slučajeva, u Ljubljani u 74,4 %, a u Postojni u 50 %. Navedene rutine najmanje su se primjenjivale na kućnim porodima i u Jesenicama, gdje nije bilo brijanja niti klistira, a kaunila i kontinuirano elektronsko praćenje fetusa su bili korišteni u samo jednom slučaju.

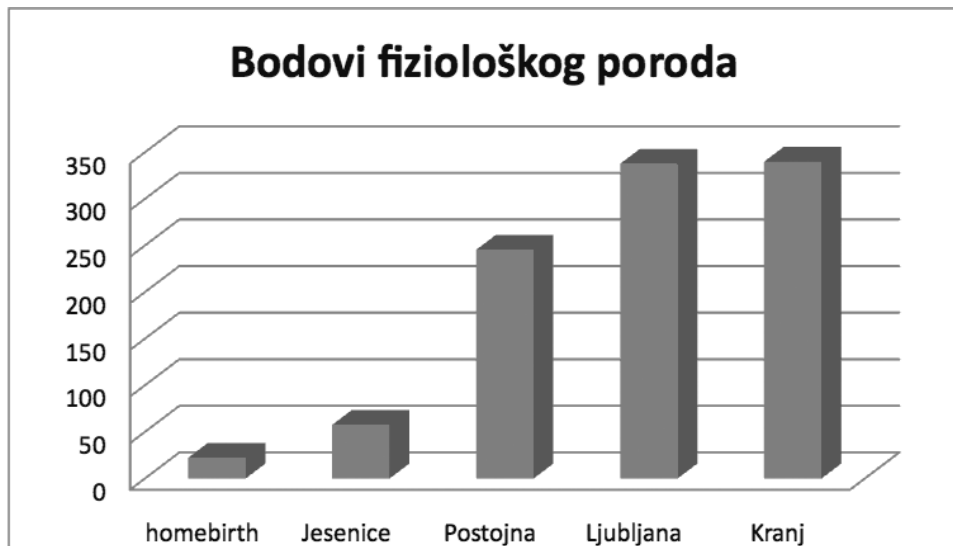
Dužina poroda

Gledajući podatke o otvorenosti cerviksa pri prijemu u bolnicu, otkrili smo da je u Postojni stopa bila najniža s prosjekom od 4,72 cm, a porodi su tamo trajali najduže (u prosjeku 16,4 sati), unatoč relativno visokoj razini pojačavanja trudova (21,7%). Zanimljiv kontrast predstavljaju podaci o poro-dima kod kuće, gdje je u prosjeku cerviks bio otvoren 4,0 cm, ali su porodi bili među najkraćima, u prosjeku 10,7 sati. U Ljubljani su porodi trajali 10,3 sati u prosjeku, s prosječnom otvorenošću cerviksa od 7,33 cm.

Kirurški dovršeni porodi

Carski rezovi su izvedeni u 10,5 % poroda; polovina u Kranju, tri u Postojni, a dva u Austriji. Podaci ukazuju da su od četiri žene koje su izabrale epiduralnu analgeziju u Kranju, tri podvrgnute carskom rezu. U jednom od tih slučajeva operaciji se pribjeglo zbog komplikacija i epiduralna anestezija je dana u tu svrhu. U dva slučaja doule su zamijetile da je kaskada intervencija uslijedila nakon davanja epiduralne.

Fiziološki porod



S namjerom da utvrdimo u kojem okruženju se može očekivati porod najbliži fiziološkom, koristile smo sljedeće pokazatelje: klistir i brijanje nakon prijema, kontinuirano elektronsko praćenje fetusa, ležeći položaj u prvom i drugom porođajnom dobu, indukcija, pojačavanje trudova, amniotomija,

lijevovi protiv bolova, operativni porod, epiziotomija, fundalni pritisak u drugom porođajnom dobu, rano stezanje i rezanje pupkovine, te razina dojenja pri otpustu iz bolnice i jedan tjedan nakon poroda.

Za bodovanje smo koristile zbroj svih postotnih bodova u odgovarajućim indikatorskim skupinama za pojedine bolnice, gdje je 0 značilo najbliže fiziološkom porodu. Porodi kod kuće imali su najnižu ocjenu (22,2 bodova), a u stopu ih slijedi bolnica u Jesenicama (57,5 bodova). Sljedeći najbolji rezultat broji čak četverostruko više bodova u Postojni (245,3 bodova). Ljubljana i Kranj imali su najviše bodova, 337,6 odnosno 339,9 bodova.

Rodilište u Jesenicama dokazuje da je mogućnost prirodnog poroda postojana i u bolničkom okruženju što naravno ovisi o stavu bolničkog osoblja prema fiziološkom porodu te poštivanju želja i očekivanja roditelja. Ovo je rodilište istinsko svjedočanstvo da doule i zdravstveni djelatnici mogu raditi zajedno i težiti ka istom cilju.

4. Rasprava:

Globalni trendovi u suvremenom porođništvu ukazuju na prisutnost sve većeg broja intervencija, kao i više stope carskog reza. Kratak pregled podataka koje je u okviru Perinatalnog informacijskog sustava Republike Slovenije prikupio Zavod za javno zdravstvo ukazuje da slovenska porođnička skrb nije imuna na neke od tih trendova, poput rastućeg broja carskih rezova, pojačavanja trudova te korištenja epiduralne analgezije. Podaci također pokazuju da spomenuti trendovi nisu nepovratni, što dokazuje smanjenje broja epiziotomija i poroda potpomognutih vakuum ekstrakcijama. U usporedbi, statistika za porode uz podršku doule, bliža je iskustvu fiziološkog poroda nego što je to uobičajeno u slovenskim rodilištima.

Naši rezultati su u skladu s nalazima međunarodnih istraživanja o radu i utjecaju podrške doula tijekom poroda, koji upućuju na niže stope intervencija, niže stope korištenja lijekova protiv bolova, niže stope operativnih poroda i s većom razinom zadovoljstva roditelja.

Iako su naši rezultati ohrabrujući te podržavaju fiziološki porod, vjerujemo da također naznačuju i profil žena koje traže naše usluge. Uglavnom, se radi o ženama koje žele drugačiju njegu od one dostupne u većini rodilišta, na što ukazuje i relativno visok postotak vanbolničkih poroda u odnosu na nacionalni prosjek.

Uvid u profil žena kojima smo do sada pružale usluge ukazuje nam na još jednu važnu stvar, na profil žena kojih nema. Naša misija kao doula je podržati sve žene na njihovom putovanju u majčinstvo, bez obzira na njihov izbor porođničke skrbi i planova za porod, bilo da se radi o kućnom porodu uz prisustvo primalje, planiranom carskom rezu ili bilo kojoj od brojnih drugih mogućnosti, ali do sada, žene su uglavnom tražile naše usluge planirajući prirodni porod; mi smo bile angažirane kako bismo im pomogle to i ostvariti, bilo u bolničkom okruženju, centru za porode ili kod kuće.

Velika prepreka s kojom se suočavamo mi doule i žene kojima stojimo na usluzi je trenutna atmosfera u slovenskim rodilištima. S izuzetkom prethodno spomenute tri bolnice, provodi se politika koja dozvoljava samo jednog pratioca pri porodu. To je, uz nekolicinu drugih bolničkih politika i rutina kojima su žene izložene u slovenskim rodilištima, napadno kršenje ljudskih prava i prava pacijenata. Najčešći razlog za provođenje takve politike je nedostatak prostora, što je u

najboljem slučaju upitno, budući da bolnice u Jesenicama i Kranju imaju vrlo male radaonice, a ipak dopuštaju više od jedne osobe za podršku pri porodu.

Drugi problem s kojim se suočavamo je činjenica da je podrška doule u trudnoći, tijekom poroda i nakon njega vrlo nov koncept u našem društvu. I nakon pune tri godine koliko smo provele sa ženama za vrijeme trudnoće, poroda i nakon njega, jasno je da smo tek na početku našeg putovanja. Malen broj ljudi, bilo da je riječ o budućim roditeljima koji očekuju dijete, zdravstvenim djelatnicima ili široj javnosti zna za nas, za naše usluge i za vrijednost naše potpore. Naš primarni cilj ostaje isti, služiti ženama tijekom tog posebnog trenutka u njihovim životima. Ali, u isto vrijeme naporno radimo kako bismo informirale i educirale javnost, buduće roditelje i liječnike i uspostavile dobre odnose s bolnicama i njihovim osobljem, kako bismo mogli surađivati težeći ka istom cilju - sretnoj i zdravoj trudnoći, porodu i razdoblju nakon poroda za žene, njihovu djecu i obitelji. Pred nama je dug put, ali rezultati koje vidimo do sada ohrabruju.

Izvori:

1. Drglin, Z. et al. Rojstna mašinerija : sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem. Koper, Univerza na Primorskem, Znanstveno – raziskovalno središče, Založba Annales, 2007. ISBN 978-961-6033-96-1
2. Regional comparison of data for year 2010, Perinatal informational system of Republic of Slovenia, http://www.ivz.si/podatkovne_zbirke?pi=5&_5_Filename=attName.png&_5_MediaId=5822&_5_AutoResize=false&pl=46-5.3., pogledano 28.02.2013

Eva Macun, odjel ginekologije i porodništva, Opća bolnica Jesenice, Slovenija

Promjene u porođničarskim praksama u maloj bolnici u Sloveniji i rezultati iz 2012.

Uvod: Opća bolnica Jesenice mala je područna bolnica na sjeverozapadu Slovenije. Uz stručnjake (iz kirurgije, interne medicine i na odjelu pedijatrije) imamo odjel ginekologije i porodništva s rodilištem. Od djelatnika je zaposleno 5 do 6 porođničara, 7 primalja i sestara na odjelu porodništva te medicinske sestre na neonatologiji. Godišnje imamo između 600 i 700 poroda.

Tijekom godina, uspjeli smo zadržati nisku stopu carskih rezova, ali smo imali relativno visoke stope drugih intervencija kao što su epiziotomije, indukcije ili augmentacije poroda, porode vakuomom i ostale porođničarske procedure. Nikada se nismo zapitali koja je svrha tih intervencija. Zdravstveni djelatnici uključeni u proces rađanja (primalje, porođničari, medicinske sestre, pedijatri) prošli su kroz istu formalnu edukaciju u istoj formalnoj, javnoj instituciji. Stoga je naša edukacija uključivala samo učenje o medikaliziranom porodu, pravilu koje se u Sloveniji poštivalo mnogo godina. Shvatili smo da znamo samo ono što su nas naučili. Današnje su trudnice bolje informirane, postavljaju pitanja i žele znati zašto radimo neke stvari te sumnjaju u korisnost nekih rutina porođničarske prakse.

Počeli smo slušati, više čitati i učiti. Korak po korak, počeli smo propitivati sve rutine i intervencije te smo napravili promjene u našim protokolima. Prvi je korak bio smanjiti stopu indukcije poroda bez razloga, odnosno samo zato što je cerviks već otvoren nekoliko centimetara, zato što je prošao očekivani datum poroda, zato što je željeni porođničar u smjeni i slično. Polako smo uvodili nove preporuke i smjernice koje su bile drugačije od našega dotadašnjeg pristupa rađanju. Shvatili smo da naše formalno obrazovanje nije dovoljno te da postoje i drugi načini koji mogu pružiti dobrobit ženama, novorođenčadi i nama samima.

Počeli smo slijediti smjernice prilikom normalnog poroda koje su propisali WHO (World Health Organization), NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) i RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists). Dva člana našega tima, porođničar i primalja, sudjelovali su na predavanju Anne Verwaal na Birth Conference u Laškom na kojem je govorila o posljednjim istraživanjima i saznanjima u fiziologiji hormona prilikom poroda. Naučili smo ne samo nešto novo i važno, nego i nešto što nas naše profesionalno formalno obrazovanje i udžbenici nikada nisu naučili. Počeli smo gledati na proces rađanja potpuno drugim očima. Počeli smo podupirati normalan, fiziološki porod kod niskorizičnih trudnoća, ali i kod ostalih trudnih pacijentica. Događala se promjena u rutinama koje smo do tada provodili. Pretražili smo Cohraneovu bazu podataka, članke i knjige te krenuli s novim i drugačijim pristupom rađanju u Sloveniji.

Prestali smo rutinski klistirati i brijati stidne dlačice. Ograničili smo izvođenje epiziotomija, iako je stopa epiziotomija u našoj bolnici već bila niža nego u ostatku Slovenije. Počeli smo vjerovati u žene i njihovu sposobnost rađanja bez rutinskih intervencija, jer su njihova tijela stvorena za rađanje. Naučili smo da je najbolja pomoć koju možete pružiti ženi u porodu podupiranje njezine odluke i poštivanje mudrosti koju njezino tijelo posjeduje.

Ovo je bio početak razumijevanja prirodnog oksitocina i njegovog djelovanja kao pravog hormona, načine njegovog otpuštanja u okolini s optimalnim uvjetima kako je to Majka Priroda i zamislila. To je značilo da će neki porodi trajati dulje, ali će žene imati veći osjećaj zadovoljstva cjelokupnim iskustvom i steći će veće povjerenje u svoja tijela. Budući da je novi način rada potpuno drugačiji nego što smo radili zadnjih godina, bilo je potrebno informirati žene da sada imamo sasvim drugi pristup. Stoga smo uložili puno truda u kreiranje informiranog pristanka, ne u obliku ispisanoga komada papira, nego kroz razgovore sa ženama tijekom kojih smo im objašnjavali promjene koje smo uveli. Željeli smo da razmisle o svojim tijelima, svojim bebama, svojem zdravlju i svojim željama te o procedurama koje bi mogle biti potrebne, ali i o onima koje bi mogle biti nepotrebne tijekom poroda.

Za uzvrat, one su nas naučile o položajima tijela koji su im najviše odgovarali tijekom poroda i koji su im bili najučinkovitiji tijekom faze izгона, zatim o tome koje su im nefarmakološke metode otpuštanja boli bile bolje, kakvu vrstu okoline stvaraju za svoj porod i slično. Kako su nam govorile o svojim željama, mi smo im se prilagođavali i primijetili da one to zaista cijene. Putem smo stekli više znanja i obrazovanja – ne formalnoga fakultetskoga obrazovanja, nego ljudskog, ženskoga znanja. Ubrzo se među ženama pročulo o našem drugačijem pristupu procesu rađanja, pa su neke došle k nama sa željama i zahtjevima koji su nas stavljali u težak položaj s obzirom na naše prethodno medicinsko znanje. Bili smo prisiljeni suočiti se s vlastitim strahovima.

Žene više nisu željele kontinuirani CTG monitoring. Nisu željele biti vezane za stroj, nego su se htjele slobodno kretati... Ovo je bilo teško. Stoga smo počeli slušati otkucaje djetetova srca povremeno, kako smo to činili i prije mnogo godina. Neki članovi osoblja još su uvijek u strahu i zahtijevaju kontinuirani CTG, ali danas su žene bolje informirane i znaju svoja prava, pa na njima i inzistiraju. Ponovno smo otkrili svoje staro znanje. Naša su vjerovanja o normalnom procesu poroda postala jača, među svima nama.

Žene u porodu htjele su da njihove doule budu uz njih. Najprije smo bili u strahu od druge osobe u rađaonici. Neke su primalje mislile da doule žele preuzeti njihov posao i da su tamo samo kako bi pronalazile pogreške. No većina doula postale su nam prijateljice, jer kao što one daju podršku svojim klijenticama, tako se i mi trudimo olakšati njima. Naš je glavni cilj isti: sigurno i dobro iskustvo poroda za majku i dijete, pa radimo zajedno kako bismo taj cilj i ostvarili.

Žene su u prošlosti većinu svog poroda ležale u krevetu. Sada ih potičemo da budu izvan sobe za porode i hodaju koliko god dugo mogu, te da zauzimaju položaje tijela koji im odgovaraju kad uđu u sobu za porode. Rađaju u gotovo svim mogućim položajima tijela, pa čak i na leđima ukoliko to samostalno odaberu. Otkrili smo da vole sjediti na toaletu u kupaonici. Kada je nekoliko žena u porodu, nastane gužva jer – imamo samo jednu kupaonicu.

Sljedeća stvar, i za mene osobno najteža stepenica, bilo je snaći se u fiziološkom trećem porođajnom dobu. Tolike smo godine profilaktički davali uterotonike da nam je bilo normalno intravenozno dati jednu ampulu Methergyna odmah po djetetovu rođenju. Naučili smo, pročitali i čuli svugdje da aktivno upravljanje trećim porođnim dobom spašava živote žena. Stoga smo godinama, tijekom potpuno aktivnog vođenja trećega porođnog doba, davali uterotonike, podvezivali pupčanu vrpцу vrlo kratko nakon poroda i porađali posteljicu povlačeći je za pupčanu vrpцу. Najprije smo prestali s ranim rezanjem pupčane vrpce. Pročitali smo mnogo o odgođenom

podvezivanju vrpce, tako da više nismo vidjeli svrhu u starom načinu rada. Shvatili smo da je to nepotreban i, zapravo, opasan postupak. Običavali smo rutinski staviti dijete među majčine noge, prerezati pupčanu vrpcu, staviti dijete majci na trbuh minutu ili dvije i potom odvesti dijete na rutinske provjere. Danas, stavljamo dijete na majku i ostavljamo ga s njom koliko god ona želi ili sat-dva. Tek nakon toga dijete odvodimo na rutinske pretrage.

Uviđamo da su majke i djeca mnogo smireniji, sretniji i zadovoljniji. Sada strpljivo čekamo na porod posteljice. Uterotonike dajemo samo kada dođe do krvarenja ili neke druge indikacije koja ih zahtijeva, ali vrlo rijetko unaprijed. Također smo počeli dozvoljavati ženama da porađaju posteljice kada njihovo tijelo bude spremno, pri čemu nismo primijetili povećanje poslijeporodnoga krvarenja.

Ovo su naša osnovna otkrića. Održali smo mnogo sastanaka i rasprava s članovima tima kojima ova saznanja nisu bila poznata. Razmjenjivali smo znanje, svoja iskustva i sumnje. Otkrili smo da naš sustav funkcionira i da se ne želimo vratiti na stari način rada.

Niže su navedene neke od naših statistika.

Metode:

Promatrali smo statističke promjene u našoj bolnici kroz pojedine parametre tijekom 2011. i 2012. godine. Inducirali smo sve porode tijekom tih godina. Dobili smo neke podatke od Perinatalnog sustava Slovenije i za 2012. godinu smo izračunali sve podatke iz dokumenata o porodima u našoj bolnici.

Rezultati:

Godine 2011. imali smo 624 poroda, a 2012. imali smo ih 655. Godine 2011. izvedeno je 96 carskih rezova (15,4%), a 2012. njih 88 (13,4%). Vakuumskih smo ekstrakcija u te dvije godine imali 38 (6,1%) i 31 (4,7%). Broj epiziotomija bio je 103 (16,5%) 2011., odnosno 44 (6,7%) 2012. godine. Broj epiziotomija koje su urezale primalje u 2012. bio je 35 (3,5%), a sve su ostale epiziotomije učinili porodničari kada su radili vakuumske ekstrakcije. Godine 2011. oksitocin je davan u svim porodnim dobima (osim u trećem), odnosno 231 ženi (37%), dok je 2012. dat 121 ženi (18,5%). Epiduralna je analgezija odabrana 218 puta (34,9%) 2011. i 159 puta (24,3%) 2012. Niski Apgar (manji od 6 nakon 5 minuta) imalo je 4 djece (0,6%) 2011. i 3 djece (0,5%) 2012.

Gubitak krvi nakon poroda veći od 500ml imale su 23 žene (3,7%) 2011. i 17 žena (2,6%) 2012. 3 žene (0,5%) su trebale transfuziju krvi 2011., a 2012. ih je bilo 4 (0,6%).

Rezultati za koje nemamo komparaciju, ali su nam važni, jesu stope poroda bez ikakvih intervencija (u rezultatima su one žene koje su imale uvedenu braunilu, primile terapiju antibioticima nakon dužeg vremena od pucanja vodenjaka, imale odgođeno prokidanje vodenjaka, kontinuirani CTG i vođenje trećega porodnog doba). Godine 2012. stopa je bila 50,4% odnosno 330 žena. Sljedeći važan rezultat je stopa vaginalnih poroda nakon carskih rezova. Imali smo 47 žena koje su imale jedan ili više prethodnih carskih rezova. Kad smo isključili sve žene koje su imale kontraindikacije za vaginalni porod (2 ili više carskih rezova, nepravilna prezentacija glavice, operacija maternice, velika anomalija maternice), imali smo 41 ženu koja je mogla roditi vaginalno. Ponudili smo im pomoć te su 24 žene (58,5%) i rodile vaginalno. Nismo imali nikakvih komplikacija.

Podaci za 2011. u Sloveniji koji su nam bili dostupni glase: stopa carskih rezova je 18,8%, vakuumska ekstrakcija 2,9%, epiziotomija 28,2%, upotreba oksitocina 50,9%, transfuzija 0,8%, krvarenje veće od 500ml 2,2%, epiduralna analgezija 9% i niski Apgar 0,8%.

Rasprava:

U jednoj smo godini aktivno promijenili stav od medicinskoga pristupa do porođaja djeteta koji smo čim više pokušali pretvoriti u fiziološki proces. Promijeni smo i rutinske porodničarske procedure kako bi žene imale priliku odabrati najbliže moguće fiziološkom porodu u okviru bolničke okoline. Primijetili smo da žene žele promjene, žele imati različite mogućnosti, žele da ih se čuje, uvaži i poštuje njihove želje.

Pokušavamo ostvariti parametre mother-baby friendly kao i preporuke Svjetske zdravstvene organizacije za normalan porod. Otkrili smo da su za specifičnosti naše okoline najprimjerenije smjernice iz Queensland Normal Birth. Namjeravamo ih prilagoditi i promijeniti kao bi nam postale korisnije te ćemo s njima utrti nov put za porode. Dodatna edukacija i mnogo razgovora sa svim članovima tima koji su uključeni u proces poroda bili su neophodni. Naši statistički podaci pokazuju da radimo dobar posao, ali mnogo toga je još potrebno učiniti u budućnosti. Naporno radimo u trećem porodnom dobu. Najvažnija je stvar, po mom mišljenju, to što će svi zdravstveni djelatnici koji se bave porodima naučiti cijeniti fiziologiju hormona tijekom poroda i prihvatiti činjenicu da je žena ta koja bi trebala biti u središtu poroda. Ženama se treba pružiti mogućnost informiranog odabira kako bi mogle donositi odluke na temelju informacija, ali im u slučaju potrebe moraju biti dostupne i sve porodničarske intervencije.

Literatura:

1. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 55. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007
2. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Safe motherhood practical guide. 1996; WHO/FRH/MSM/96.24. Dostupno na: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
3. Maternity Care Working Party. Making normal birth a reality. Consensus statement from the Maternity Care Working Party: our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth. 2007. Dostupno na: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatmentNormalBirth2007.pdf>.
4. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; Issue 2. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3.
5. International Confederation of Midwives (ICM), International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO). Joint Statement. Management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. 2003. Dostupno na: http://www.accesstohealth.org/toolres/amtslweb/resources/FIGO_ICM_Joint_Statement.pdf.
6. Begley C, Gyte G, Murphy D, Devane D, McDonald S, McGuire W. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; Issue 7. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub2.
7. World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer. WHO recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. 2007.
8. McDonald S, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008; Issue 2. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2.

IZAZOVI I TRENDOWI U MATERNALNOJ SKRBI U HRVATSKOJ I EUROPSKOJ UNIJI

Zagreb, 15. travnja 2013.



9. Qld Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. Normal birth. 2012. Dostupno na: http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_normbirth.pdf
10. Perinatalni sustav Slovenije

EVA MACUN

Rođena je 19. travnja 1974. godine u Celju u Sloveniji. Diplomirala je na Medicinskom fakultetu u Ljubljani 1999. godine i zaposlila se u bolnici u Jesenicama. Završila je specijalizaciju 2007. godine s najvećom pohvalom cum laude. Intenzivno je radila na području medicinskog abortusa kako bi bio dopušten u gorenjskoj regiji i u cijeloj Sloveniji. Tijekom stažiranja počela je preispitivati smisao nekih medicinskih procedura vezanih uz porode. Pomagala je primaljama u bolnici kako bi se izbjegla epiziotomija ili barem smanjio njezin postotak. Počela je intenzivno raditi u bolničkoj rađalnici kako bi poučila primalje i liječnike o fiziološkom porodu. Majka je dvoje tinejdžera, ljubiteljica prirode, planinarka i speleologinja, članica i liječnica Gorske službe spašavanja te obožavateljica dobrih knjiga.



MEIA LIVE
Zrinka Damjanić

Mira Hemerich, OB Knin, oditeljica odjela ginekologije i porodništva

Pozitivne promjene u kninskom rodilištu

Kninsko je rodilište godinama omiljeno među lokalnim trudnicama zbog obiteljske atmosfere te profesionalnog a ujedno humanog odnosa prema roditeljama.

Posljednjih par godina, kninsko je rodilište postalo privlačno i roditeljama iz cijele županije, pa i šire, jer smo na dobrim temeljima nastavili krupnim koracima naprijed. Tako smo za očekivan fiziološki porod uveli rađanje na stolčiću, laganu hranu i piće tijekom poroda, položaj prema želji roditelje, drastično smanjili broj epiziotomija, uveli prisustvo bliske osobe od samoga početka poroda i dva sata nakon poroda, što je posebno važno ako se radi o kontaktu oca s djetetom, licencirali se za uzimanje matičnih stanica, usavršili rooming-in, kontakt kožom na kožu, omogućili svu potporu majci koja želi isključivo dojiti svoje dijete, kao i prisutnost i aktivno sudjelovanje majke kod kupanja i presvlačenja djeteta. Time smo zadovoljili UNICEF-ove kriterije i postali „Rodilište – prijatelj djece“.

Porod na stolčiću zatražilo je oko 15% roditelja i svima je ta želja bila uvažena. Isti postotak roditelja imao je pratnju na porodu. Rodilje rado uzimaju laganu hranu, a pogotovo piće. Dozvoljeno im je u trudovima otići pod topli tuš kad god to pože. Ako je CTG na početku poroda uredan, slobodno se kreću među nama, osobljem odjela, jer smo stalno za pultom u rađaonici, osim kad imaju blisku osobu sa sobom, pa borave u rađaonskom boksu, obično na lopti za pilates.

U rađaonici imamo i glazbu s radija, pa poneka roditelja simpatično zatraži da pojačamo glazbu, jer joj to odgovara. Rodilja koja nema pratnju nikada nije sama.

Budući da nismo imali niti jednu trudnicu koja je došla u naše rodilište s planom poroda, odlučili smo napraviti jednostavan upitnik koji dobije svaka roditelja, a odnosi se na želje roditelje u smislu položaja tijekom trudova, uzimanja jela i pića, želi li klizmu ili ne, želi li drip ili tijekom olakšavanja porodne boli ili ne i tome slično. Pri tom je jasno da se upitnik odnosi na fiziološki porod i roditelju ničim ne obvezuje, već ona svoje želje i očekivanja može promijeniti tijekom samoga poroda. Bolnička kuhinja ima ISO certifikat te je spremna udovoljiti prehrambenim navikama trudnica i roditelja (vjerske navike, vegetarijanstvo i sl.), a otvoreni smo i za primjenu joge i akupunkture u porodu. Imali smo, primjerice, roditelju koja je instruktorica joge te je tijekom poroda koristila svoje vježbe meditacije, kao i eterična ulja.

Neobičnim spletom okolnosti, uz supruga smo u rađaonici jednom imali i dijete nepunu godinu dana staro, koje je mirno spavalo u svojim kolicima tijekom poroda da bi se probudilo neposredno nakon poroda, poslije čega je roditelja presretna podojila oboje djece i dojila ih u tandemu još dugo potom.

U 2012. godini nastojali smo poboljšati statistiku u smjeru smanjenja postotka porođničarskih intervencija. Iako na tome moramo još raditi, ipak smo donekle uspjeli. Tako smo u 2012. godini na ukupan broj od 220 poroda kod 16% poroda uključili drip, imali smo 10% poroda dovršenih carskim rezom, tri vaginalna poroda nakon prethodnoga carskog reza, od četiri stava zatkom kod tri je učinjen carski rez, a jedan je porođen vaginalno, od dvije blizanačke trudnoće,

obje su dovršene vaginalno, a osobito smo ponosni na drastičan pad broja epiziotomija. Godine 2005. imali smo ukupno 48% epiziotomija, a u 2012. samo 15,5%. Godine 2005. epiziotomija je učinjena kod 84% prvorotki i 30% višerotki, a 2012. kod 33% prvorotki i 4,5% višerotki. Tome je uvelike pridonijela sreća našeg rodilišta da ima dvije prvostupnice primaljstva koje su predložile korištenje parafinskog ulja za obloge i masažu medice tijekom poroda, s čime imamo izvrsna iskustva.

Želja nam je biti u prvom krugu rodilišta koje će dobiti plaketu „Prijatelj djece i majki“. Kada dobijemo bilo kakvo saznanje da možemo bez ikakvih zakonskih prepreka uvesti oca na porod carskim rezom, i to ćemo učiniti, naravno, uz suglasnost operatera – meni osobno otac na nekomplikiranom carskom rezu ne bi smetao.

Do svih ovih pomaka došli smo pažljivo osluškujući želje i potrebe trudnica. Moja generacija ginekologa je stasala u vrijeme industrijalizacije poroda kad je tzv. aktivno vođenje poroda bila uvriježena metoda preporučena u literaturi. Rodilju se gotovo ništa nije ni pitalo, a podizanje tona od strane osoblja na rodilju, pa i uvrede na njen račun bile su normalna stvar. Žene su mislile da tako mora biti, jer bi im se kasnije „prodala“ priča kako su bile „grozne“ (pa su takav tretman, prema tomu, i zaslužile).

Trudnice su hrabrim iznošenjem svojih želja i potreba u vezi s porodom dovele do promjene mojih dotadašnjih, školovanjem usvojenih stavova o porodu, u prvom redu u smislu potrebe za humanizacijom poroda. Poštujući želje tih istih trudnica za neinterventnim porodom, i sama sam naučila koliko takav porod ima bolji i mirniji ishod za sve – od majke i djeteta, pa do njihove pratnje i nas osoblja. U mojoj ranoj edukaciji porod je bio samo lekcija iz velikih knjiga, dok su mi u praksi te lekcije pomogle da se potrudim poštovati jedno od najvažnijih pravila ponašanja nas ginekologa u rađaonici, a to je da moramo puno znati za malo raditi. U protekle dvije godine nisam šivala niti jedan razdor ušća maternice, dok mi je kao mladoj specijalistici to bila svakodnevica, uvjetovana kombinacijom nepotrebnog ranog prokidanja vodenjaka ili požurivanjem poroda od strane pojedinih primalja preranim tiskanjem, jer je tada, a ponekad i danas, porod nešto „čega se treba što prije riješiti“.

Također nam uočljivo malo djece završava na dječjem odjelu zbog stenjanja i jecanja po porodu, što je u doba učestalih programskih indukcija bilo poprilično često. Djeca su se, naime, rađala nezrela, a prilagodba na vanjski svijet bila im je otežana.

Kao ginekolog moram poznavati svoju struku te upotrijebiti znanje i iskustvo koje imam kad je to potrebno. To je upravo ono što i radim, ali ovdje nismo zbog velikih medicinskih dostignuća niti zbog patologije trudnoće i poroda; ovdje smo da podržimo pravo žene na izbor ukoliko su za to ispunjeni medicinski uvjeti. Ovdje smo i da demistificiramo porod u kući te da od iskusnijih kolega naučimo kako ga urediti po pravilima struke i u skladu sa zakonom kako se ne bi dogodio ilegalno kao sada, što nam kao budućoj članici EU ne služi na čast.

Kao prijelazno rješenje dok se porod u kući ne ozakoni i precizno regulira, mogle bi poslužiti kuće za porode pri manjim rodilištima, koje se mogu organizirati u kraćem roku. Rodilje zaista ne traže puno: blisku osobu, ugodno prijateljsko okruženje i porod kakav je oduvijek bio – u skladu s pravilima prirode, s uplitanjem struke tek u slučaju medicinske potrebe.

Razgovarajući nakon poroda s mladim majkama, uživam slušati njihove komplimente na račun našeg rodilišta, ponekad se i sama pitajući pretjeruju li malo s pohvalama, jer to što smo im pružili nije ništa posebno. Ali, očito je bas u tome ključ njihove percepcije poroda: ne treba im ništa posebno, samo ljudskost; ljudskost pretočena u riječi, osmjech, toplinu, stvaranje ugodnoga mjesta za dolazak njihovog djeteta na svijet, za najvažniji i najljepši trenutak u njihovim životima.

MIRA HEMERICH

Diplomirala je na Medicinskom fakultetu 1991. godine. Pripravnički staž odradila je u OB Šibenik tijekom 1992. i 1993. godine, nakon čega odlazi u HV na mjesto načelnice saniteta 142. brigade, gdje ostaje do svibnja 1996. godine. Potom dobiva specijalizaciju iz ginekologije i porodništva. Specijalistica postaje u svibnju 2001. godine te radi na odjelu ginekologije i porodništva OB Šibenik. Godine 2010. daje otkaz zbog mobbinga, najvećim dijelom uzrokovanog željom da kao voditeljica rodilišta promijeni stanje u rodilištu u korist roditelja. Od 2010. godine zaposlena je u OB Knin, danas na mjestu voditeljice odjela ginekologije i porodništva.



PREPOROD

Branka Hollingsworth

Monika Grgić

Osnovne potrebe roditelje tijekom poroda i uloga primalje

Osnovni je cilj primalje u rađaonici omogućiti zadovoljavanje potreba roditelje tijekom trudova i samog poroda. Na rođilju trebamo gledati i promatrati kao ljudsko biće sa svojim potrebama, a ne kao objekt kojim se manipulira na svoj način i pri čemu to ljudsko biće nema svoje potrebe nego mu se nameće nešto bespotrebno, a nerijetko i štetno. U svakom slučaju primalja ne bi smjela biti zatočnica bolničkih protokola niti ograničena na provođenje rutinskih postupaka. Na žalost, još uvijek većina rođilišta funkcionira tako da se na rođilju gleda kao na objekt koji je dužan slušati, a liječnici se predstavljaju kao „odvjetnici“ nerođena djeteta. Primalja je osoba koja najviše vremena provodi uz rođilju, stvara povjerljiv i partnerski odnos, informira i savjetuje, a sve s ciljem da njezin porod bude najsretniji događaj. Da bi se to dogodilo potrebno je mijenjanje stavova i vraćanje autonomije primaljama. U kninskom rođilištu napravljeni su značajni pomaci. Naime, prije dolaska u rađaonicu svaka trudnica dobije upitnik s desetak pitanja koja nam pomažu da zadovoljimo želje i potrebe roditelje na najbolji mogući način.

- Kako je jedna od osnovnih potreba disanje, roditelje su se izjašnjavale da ih treba upućivati u pravilnu tehniku disanja i opuštanja.
- Nadalje, vrlo je značajna potreba za sigurnošću, jer roditelje traže prisutnost bliske osobe tijekom trudova i poroda, što smo im omogućili.
- Više od 50% anketiranih tražilo je laganu hranu i piće, što je također omogućeno.
- Što se tiče eliminacije otpadnih tvari, iznenađujuće puno (skoro 70%) tražilo je klizmu.
- Kao najznačajnija među potrebama tijekom trudova pokazala se potreba za kretanjem (100%) i bez kontinuiranog CTG-a. U kninskom rođilištu omogućili smo slobodno kretanje kao i mogućnost poroda na stolčiću.
- Nadamo se da ćemo postići još puno više u zaštiti materinstva tijekom poroda, jer su naše buduće mame u tom razdoblju najosjetljivije.

Obrada teme

Primaljska njega je vrlo široko područje djelovanja, a jedno je od osnovnih područja omogućiti rođilji da zadovolji svoje osnovne ljudske potrebe. Prema zdravstvenoj i primaljskoj njezi neke su od osnovnih ljudskih potreba: disanje, unos hrane i tekućine, eliminacija otpadnih tvari iz organizma, kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja, odmor i spavanje, odijevanje, održavanje normalne higijene tijela, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikacija i sl.

Disanje je jedna od vitalnih funkcija koja je neophodna za život, a tijekom poroda ublažava bolove, čime se smanjuje stres i napetost te se djetetu osigurava dotok kisika. Pri prijemu roditelje u rađaonicu primalja daje rođilji upute o disanju te tako rođilja svraća pozornost s bolova i razmišlja o načinu disanja.

Pravilno je disanje u latentnoj fazi prvog porodnog doba:

normalno disanje (pauza) – duboko disanje (trud) – normalno disanje (pauza)

Pravilno je disanje u aktivnoj fazi prvog porodnog doba:

normalno disanje (pauza)– površno disanje (trud) – normalno disanje (pauza).

Za normalno funkcioniranje organizma neophodan je unos hrane i tekućine. Budući da prvo porodno doba traje 6 do 14 sati, nedopustivo je da se u tom razdoblju roditelj uskraćuje unos hrane, a pogotovo tekućine i tako remeti funkcioniranje organizma. Sami trudovi i koncentriranje na disanje dovode do dehidracije, a zabrana unosa tekućine to dodatno pospješuje, što roditelju iscrpljuje, dovodi u stanje straha i stresa, ruši samopouzdanje i stvara začarani krug. Pri prijemu u rađaonicu primalja bi trebala omogućiti roditelji nesmetan unos tekućine i hrane, odnosno upoznati je s tom mogućnošću. Svako ljudsko biće ima potrebu za unosom hrane i tekućine pa se postavlja pitanje zašto se roditelj ta potreba uskraćuje ili joj se uskraćuje na prirodan način, a zadovoljava davanjem infuzija.

Pored zabrane unosa hrane i tekućine uobičajeno je da se roditelj po prijemu podvrgavaju rutinskim postupcima (brijanje i klizma) pod izgovorom da se dijete na taj način štiti od infekcije. Primalje bi prema svojem protokolu trebale informirati roditelje koje sve rizike nosi klizma i pražnjenje crijeva pomoću nje u odnosu na prirodno pražnjenje.

Kretanje i zauzimanje odgovarajućeg položaja jedna je od najvećih i najznačajnijih potreba roditelja. Prema provedenom istraživanju u OB „Hrvatski ponos“ Knin na Odjelu za „Ginekologiju i porodništvo“ najznačajnija je potreba za kretanjem i zauzimanjem odgovarajućeg položaja tijekom trudnoća. Također se u ovoj fazi poroda vrlo značajnom pokazala pilates-lopta. Snimanje kontinuiranog CTG-a, isključivo ležeći položaj i nemogućnost kretanja najveće su smetnje u zadovoljavanju jedne od osnovnih potreba roditelja. Mogućnost zauzimanja i biranja položaja u doba izгона, kao i tijekom trudova, svakako je važna potreba. Primalja bi se svakako zajedno s roditeljom morala izboriti da se zadovolji ta roditeljska potreba.

Potreba za sigurnošću jako je značajna potreba svake roditelje. Veći dio roditelja prvi put dolazi u rađaonicu i susreće se s nepoznatim. Strah od nepoznatog i porodni bolovi kod roditelje će izazvati stres, a stres će dovesti do napetosti roditelje, nemogućnosti koncentracije, gubitka samopouzdanja, straha u ishod poroda i sl. U svakom bi rođilištu roditelja morala imati pravo na pratnju bliske osobe, ne samo tijekom drugog porodnog doba nego tijekom svih četiriju porodnih doba. Roditelj u OB Knin imaju tu mogućnost.

Komunikacija je neizostavan dio odnosa između primalje i roditelje. Prvi susret primalje i roditelje te uspostava komunikacije, zasigurno će utjecati na tijek poroda. Komunikacija, uspostava prijateljskog i partnerskog odnosa, razumijevanje, savjetovanje i podrška neizostavan su dio odnosa između primalje i roditelje. Primalja će toplom riječi, savjetom i podrškom zadovoljiti značajnu roditeljsku potrebu.

Zaključak

Vještina primaljske prakse sastoji se u prepoznavanju određenog problema, odnosno prepoznavanja i zadovoljavanja roditeljske određene potrebe. Primalje moraju biti upoznate s načinom zado-

voljavanja potreba, imati sluha za svaku rođiljinu potrebu, a da bi to postigle potrebne su trajne edukacije, vraćanje autonomije primaljama i mogućnost skrbi 1:1. Takav način skrbi i mogućnost da se uoče potrebe svake rođilje omogućio bi porođaj kod kuće. Jasno je da sve rođilje nemaju iste potrebe te je potreban individualan pristup svakoj rođilji, pri čemu se mora uvažavati njezino psihičko i fizičko stanje, kognitivne sposobnosti, kulturno okruženje itd.

Dok primalje čekaju mogućnost napredovanja i školovanja u struci, dok se omogući i ispoštuju prava rođilje na slobodan izbor mjesta i načina rađanja, do tada moramo promijeniti uvjete u našim rođilištima, omogućiti rođiljama pravo na humani porod te poštovati njihove potrebe i želje. Žena najbolje poznaje svoje tijelo i mogućnosti, stoga joj nisu potrebni postupci koji će

MONIKA GRGIĆ

Srednju medicinsku školu završila je u Bugojnu (BiH) 1990. godine. Godine 2010. završila je Stručni studij primaljstva na Medicinskom fakultetu u Rijeci. Ima 20 godina radnog staža u rađaonici, a trenutačno obavlja funkciju glavne sestre na Odjelu za ginekologiju i porodništvo OB „Hrvatski ponos“ Knin. Udana je i majka troje djece.



SPOKOJ

Bernarda Jakasović

Erika Spirić, viša primalja, Hrvatska komora primalja

Promjene u odnosima između majke i primalje

Žene rađaju otkad žive. Proces porođaja posve razotkriva prirodenu žensku prilagodljivost i unutar-nje resurse namijenjene svima, uključujući nju samu.

Tijekom povijesti na fenomen rađanja gledalo se kao na prirodni proces, na dio života, ali i dio smrti.

Nekad su bile same: žena i primalja. Primalja koja je ženi trebala prenijeti znanje, savjete, ljubav, poštovanje i poticaj; bila je nazočna najljepšemu i najmoćnijem događaju kojim je priroda obdарила čovjeka.

Međutim, trudovi i porod postajali su sve više medikalizirani, sve više tehnološki. To više nije bila stvar majke i djeteta, već zaokupljenost liječnika time kako da najbolje kontroliraju i ovladaju porodom. Takav je stav doveo do sustavne koncentracije normalnih porođaja u okruženje koje je opremljeno naprednom tehnologijom i rutinskim elektronskim praćenjem.

I tu nestaje onaj fini odnos koji se između žene koja rađa i primalje stvarao tisućljećima.

Onog trena kad je naša kultura prihvatila medicinski porođaj kao standard i svela ga na potencijalan hitni medicinski slučaj, izgubili smo nešto dragocjeno: izgubili smo prirodan porođaj, trenutak potpune osviještenosti, eufrije i emocionalne otvorenosti za majku, oca i novorođene.

Kako se porođništvo počelo humanizirati, porođaj i rođenje pokušavaju se vratiti natrag u okvire prirodnog, humanog događaja za ženu.

Žene su počele drugačije razmišljati, počele su tražiti da im se vrati njihov porod, ali vratiti rađanje ženama nije mala ambicija. No, žene su uz traženje počele i ostvarivati pravo na humanije rađanje. A pravo na humanije rađanje vraća osobnost primalji, kao pomagačici ženi pri porođaju.

Primalje se u svom poslu vraćaju ženama, ponovno postaju ono što su tradicionalno bile: iskusne pratiteljice rođilja koje su u stanju uočiti probleme koji se katkad pojave, pomagačice ženama u tim za njih najvažnijim trenucima, koje znaju i razumiju što se događa u ženinu tijelu u porođaju, kako ono funkcionira i na koji se način brani od bola. U trenutku rođenja djeteta, emocionalno i fizičko dobro stanje majke na izravan način ovisi o tome koliko je ohrabruju, koliko se sigurno osjeća i kako doživljava podršku koju dobiva.

Primalja zna da ženi u porođaju najviše treba ohrabrenje i potpora puna ljubavi čime se potiče da rodi normalno i to im, uz svoje stručno znanje, ponovno pružamo.

Stoljećima su primalje pomagale majkama u trudnoći i porodu stojeći uz njih s medicinskom i emocionalnom pomoći. Riječ opstetrika izvedena je iz latinske riječi stare, koja znači „stajati uz“.

Tijelo žene instinktivno zna roditi i reagirat će na uvjete koji ga navode da se kreće onako kako osjeća da je dobro i da pušta one glasove koje mora.

Pri porođaju je ženu ranije podupirala primalja koja joj je trebala prenijeti znanje, savjete, ljubav, poštovanje i poticaj: bila je nazočna najljepšemu i najmoćnijem događaju kojim je priroda obdарила čovjeka.

Nekad su bile same: žena i primalja.

Međutim, suvremeno porodništvo se od prirodnog, strpljivog stajanja uz roditelju, pri čemu se omogućavalo njezinu tijelu da reagira prirodno, promijenilo u dominantnu i često nasilnu praksu. Kulturni uvjeti nametnuli su ženama da se predaju stručnjacima za porodništvo, tako da je većina izgubila dodir s urođenim znanjem i moći rađanja. Trudovi i porod postali su sve više medikalizirani, više tehnološki. Sve su manje bili stvar majke i djeteta, već su postali zaokupljenost liječnika kako da najbolje kontroliraju i ovladaju porodom. Takav je stav doveo do sustavne koncentracije normalnih porođaja u okruženje koje je opremljeno naprednom tehnologijom i rutinskim elektronskim praćenjem.

I tu nestaje onaj fini odnos koji se između žene koja rađa i primalje stvarao tisućljećima. Primalje gube identitet, postaju pomoćnice liječniku, opstetričke sestre.

Desetljećima su se primalje obrazovale po programu koji ih je pripremao na to da budu pomoćnice ginekologa. Zvale su se medicinske sestre primaljskog smjera, što je jako utjecalo na struku. Čak i četiri generacije viših primalja, koje su se u Hrvatskoj iškolovale, zvale su se više medicinske sestre ginekološko-opstetričkog smjera. Primajući od liječnika obrazovanje koje ih je pripremalo za bolničku praksu i bivajući time izložene mnogim patologijama, primalje su se počele bojati normalnog poroda koji bi mogao „ugroziti majku i dijete“.

Te odlične primalje, koje godinama pomažu ženama pri porodu, sada su se našle u procjepu: nisu medicinske sestre, iako im ta riječ stoji u nazivlju, a po europskim mjerilima nisu ni primalje, jer nemaju dostatno obrazovanje. Ali imaju dugogodišnju praksu i na tisuće žena kojima su pomogle pri porođaju.

Primalje s dugogodišnjim iskustvom rada u struci, normalan porod još uvijek smatraju potencijalno rizičnim, a normalan porod izvan bolnice opasnim. Tako su ih učili u školi i one uglavnom nisu nikad imale mogućnost iskusiti išta drukčije.

Većina žena koja danas rađa ima u glavi sliku roditelje koja se krivi u bolu, čupa kosu i plače tijekom trudova. Tim ženama vjerojatno nikad nije bilo rečeno o mehanizmu straha kao jednom od glavnih razloga razdiruće boli. Porođajna se bol mijenja tijekom svake faze porođaja. Ženama trebamo slati drugačije poruke u vezi porođajnih bolova – što oni znače, koja je njihova svrha, čemu služe i kako se što bolje nositi s njima.

Rođenje djeteta, prema društveno uvriježenom mišljenju, veže se uz bol i patnju. Žene koje dolaze u rođilište često su nesvjesne okolnosti koje su ih snašle i strahuju zbog nepoznata okruženja. Stoga se rado predaju u ruke medicinskom osoblju. Žene slušaju liječnike koji na različite načine poručuju da je „porod najopasniji događaj u životu žene“ te da se treba održati u bolnici, pod stalnom profesionalnom njegovom kvalificiranih liječnika. Unatoč tome što se govori da porod nije bolest, on se ipak tretira kao takav.

Žene koje ne razumiju moć rađanja često će željeti porođaj carskim rezom, jer misle kako samo primitivne žene prolaze kroz trudove, a intelektualke dobivaju djecu pomoću tehnologije, jednostavno i bezbolno. Puno žena pristupa porođaju sa željom izrečenom ili neizrečenom: „Ne želim ništa osjetiti, samo mi predajte bebu kad sve bude gotovo.“ A ono što žene najviše trebaju pri porođaju je ohrabrenje i potpora puna ljubavi čime se potiču da rode normalno. No one to prečesto ne dobi-

vaju jer liječnici, ali i primalje, zastupaju isto stajalište o porođaju, da ga treba „izliječiti što je prije moguće“.

Svaka žena mora pogledati svoju nutrinu i vidjeti gdje je te biti poštena prema sebi onoliko koliko je to moguće. Naš je posao objasniti im alternativna rješenja za svaku situaciju i dopustiti im da odaberu što žele.

Godinama su nas učili da u rađaonici radimo brzo. A porođaji zahtijevaju upravo suprotno. Oni traže vrline primalja: osobu koja će stajati pokraj roditelje s puno očekivanja, potpore i ljubavi, a činit će vrlo malo. U većini slučajeva dijete porođa žena u trudovima, a ne liječnik ili primalja, koji ga samo primaju.

U našoj zemlji, s trendom „povratka“ prirodnom porođu, uz minimalne intervencije od strane medicinskog osoblja, mjesto primalje donekle se promijenilo iz čiste izvršiteljice odredaba porođičara u aktivne i stručne pomagačice roditelji. Ona sada, osim zadaće obavljanja medicinskih intervencija, samostalno ili u suradnji s porođičarom aktivno pomaže roditelji da prebrodi porođajnu bol i lakše donese svoje dijete na svijet.

Bez obzira na to što primalje u Hrvatskoj ne donose odluke o tijeku poroda, one mogu mnogo učiniti da se žena u rađaonici osjeća sigurno i opušteno.

No, ovo se važno zanimanje kod nas desetljećima zanemarivalo, pa danas uglavnom još samo naše bake točno znaju što primalja radi, a dobro pamte i to da je na porođu ona ženi najbitnija, ako je trudnoća uredna.

Da bismo mogle biti pomagačice ženama u tim za njih najvažnijim trenucima, trebamo znati i razumjeti što se događa u ženinu tijelu tijekom porođaja, kako ono funkcionira i na koji se način brani od boli. U rađaonici se žena i primalja zapravo tek „upoznaju“. Od svega je najvažniji razgovor i povjerenje; žena treba moći vjerovati primalji. Svaka bi primalja trebala prepoznati ženine potrebe u određenom trenutku i pomoći joj da prevlada strah od boli, tj. da prihvati bol kao sastavni dio procesa rađanja, ali i da joj pomogne raznim tehnikama za ublažavanje boli. Mnogo je načina na koji se porod može olakšati, primjerice masažama, oblozima, tehnikama disanja... Često je dovoljno samo biti tu – jedan stisak ruke i lijepa, nježna riječ mogu učiniti mnogo. Isto tako, treba imati dovoljno strpljenja i dati ženi priliku da svoje dijete tiska nježno i polako, bez intervencija. Ukoliko postupimo tako, vjerojatno neće trebati raditi epiziotomiju.

Većina žena uglavnom zna sa sigurnošću reći koga i kakvu stručnu pomoć želi pri porođaju. Neke žele liječnika, a neke primalju. U oba slučaja, stručne osobe koje podupiru mudrost rađanja rade gotovo u svakoj bolnici.

Ozračje u bolnici i strah koji je ispunjava zarazni su. A žena koja se porođa lakše će to osjetiti zbog svoje pojačane osjetljivosti. Ishod je često pretjerano bolan porod. Ako ima snažnu podršku, ako se koristi svojom snagom da se usredotoči i mijenja percepciju, roditelja se može povezati s mudrošću poroda te otopiti svoj strah i sve negativne posljedice koje on zna imati. A snažna potpora fiziološkom porođaju može biti i jest upravo primalja.

Žene žele da se poštuje njihova privatnost i dostojanstvo jednako kao i pravo promjene položaja tijekom porođaja, odabira mjesta poroda te mogućnost pratnje supruga, kao i dobivanje svih po-

trebnih informacija o postupcima koji se koriste prilikom porođaja – njihovi ciljevi, priroda poroda i moguće posljedice. Srećom, postoji sve više bolnica koje pokušavaju uvažiti želje i potrebe žena.

U tim se ustanovama prema primaljama i liječnicima ne ophodi kao prema najvažnijim osobama tijekom poroda, već je u središtu žena i njezina novorođena beba. Rodilja dobiva mogućnost da mijenja položaj po vlastitom nahođenju kao i da koristi svu opremu koja joj stoji na raspolaganju, a kojom si može olakšati porođaj. Primaljin je posao da slijedi roditelju i poštuje prirodan proces rađanja. Stvaranje standarda sasvim je sigurno sjajan početak koji je unaprijedio sveopću svijest, ne samo žena koje rađaju, već i kod medicinskog osoblja te društva u cjelini. Promjene koje se zbivaju u tim područjima spore su ali vidljive, što daje nadu da će jednog dana sve bolnice skrbiti za žene s dostojanstvom i poštovanjem.

Primalje se u svom poslu ponovno vraćaju ženama, postaju ono što su oduvijek bile: iskusne pratiteljice ženi u porodu, koje su u stanju prepoznati nepravilnosti kad se pojave.

Trudnoća i porod dio su prirodnog procesa. Jedan od osnovnih ciljeva u primaljskoj praksi je „održati porođaj normalnim“. Danas primalja kombinira svoje temeljno znanje s modernom medicinskom tehnologijom. Ta kombinacija povjerenja i razumijevanja prirode s izvrsnim znanjem njezine su snage.

Posao primalja u svim je velikim društvenim promjenama ostao isti: kao primalje trebamo najnoviju tehniku i tradicionalno znanje. Moramo pomno gledati i kombinirati, upotrijebiti sve svoje sposobnosti, moramo strpljivo čekati ili oštro reagirati, davati savjete, poticati ženu i njezinu snagu te je ohrabrivati. Trebamo puno intuicije, sposobnosti uživanja kao i profesionalnu distancu.

Naše zvanje nije samo povezano s tradicijom, već je i zvanje koje ima budućnost. Primalje će uvijek biti tražene, jer će ženama uvijek trebati pomoć primalje pri porođaju.

ERIKA SPIRIĆ

Godine 1974. završila je Srednju školu za medicinske sestre primaljskog smjera u Zagrebu i zaposlila se na Odjelu za ženske bolesti i porodništvo Opće bolnice Varaždin, gdje radi i danas. Godine 1983. završila je Višu školu za medicinske sestre ginekološko opstetričkog smjera na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu i od tada je glavna primalja u rađaonici. Od 1980. godine kontinuirano sudjeluje u obrazovanju primalja i medicinskih sestara te u programu obrazovanja odraslih na Medicinskoj školi u Varaždinu kao vanjska suradnica. Članica je Hrvatske udruge primalja od 1974., predsjednica Hrvatske udruge primalja u dva mandata (1997-2005), dopredsjednica Hrvatske udruge primalja od 2006. Godine 2002. i 2005. bila je delegat HUP-a za međunarodne asocijacije International Confederation of Midwives i European Midwifery Association.

Aktivno sudjeluje u svim aktivnostima HUP-a i HKP-a, zalaže se za kvalitetno primaljstvo i pravo žena na izbor u porođaju.

4. dio

OSTALI RADOVI



Andreja Kolenc, Aktivistica za porode, IBC

Holistično primaljstvo

U posljednjih nekoliko godina, promjene su u društvu pokazale da postoji značajan porast u interesu da se na čovjeka gleda kao na mnogo više nego samo kao na tijelo s razine mjerljive inteligencije. U društvu, odnosno među ljudima koji ga čine, raste zanimanje i svijest o tome da smo mnogo više nego puki objekt koji može popraviti kakav mehaničar; u ravnoteži smo s fizičkim, ekološkim, mentalnim, emocionalnim, društvenim i duhovnim aspektima. Mi smo puno složeniji, iako smo još uvijek jednostavni. Nažalost, tradicionalna medicina u smislu liječnik—bolnica smatra da je čovjek tijelo koje se može popraviti.

Optimalno zdravlje primarni je cilj cjelovite medicinske skrbi. Humanistički pristup je, zapravo, put holističkoga pristupa. On zahtijeva najvišu razinu svjesnoga funkcioniranja i ravnotežu među fizičkim, ekološkim, mentalnim, emocionalnim, društvenim i duhovnim aspektima ljudskog iskustva. To rezultira dinamičnim stanjem potpunoga života i uvjerenjem da je ljubav najmoćniji životni iscjelitelj. Tako nastaje blagostanje koje ne ovisi o prisutnosti ili odsutnosti bolesti. Holistički model inzistira na jedinstvu tijela, uma i duha te određuje tijelo kao energetsko polje koje je u stalnoj interakciji s drugim energetskim poljima.

Holistički pružatelji zdravstvenih usluga nastoje zadovoljiti pacijenta pomoću milosti, dobrote, prihvaćanja i duha bezuvjetnosti. Oni vide ljude kao jedinstvo tijela, uma, duha i sustava u kojima žive. Promiču zdravlje, sprječavaju bolesti te pomažu da se podigne svijest o bolesti pacijenta i o njegovim poljuljanim percepcijama svoga života. Holistički se pristup ne bavi samo simptomima, već i njihovim ublažavanjem tako što modificira faktore i poboljšava pacijentov životni sustav kako bi se postiglo optimalno buduće blagostanje. Holistička filozofija vjeruje da su svi ljudi rođeni sa silama ozdravljenja koje se nalaze u našem tijelu, umu i duhu.

Pružatelji holističke zdravstvene njege dočaravaju ove sile i pomažu pacijentima da ih iskoriste kako bi utjecale na proces ozdravljenja. Oni prihvaćaju učenja iz cijeloga životnog spektra o svim sigurnim i učinkovitim mogućnostima pri dijagnostici i liječenju. Ove opcije mogu potjecati iz široke ponude komplementarnih lijekova i tradicija te se uvijek pažljivo biraju prije provedbe liječenja kako bi se najbolje zadovoljile jedinstvene potrebe pacijenta. U okviru konačnog izbora, pružatelj holističke medicinske skrbi može predložiti promjenu životnoga stila i komplementarne pristupe, kao i konvencionalne lijekove i operacije.

Kvaliteta odnosa između pružatelja zdravstvene njege i pacijenta bitan je čimbenik u procesu ozdravljenja. Holističko se zdravstvo fokusira na zdravstvenu njegu bolesnika s jedinstvenim potrebama i na narav osobe koja ima bolest, umjesto na bolest koja „ima“ osobu. Holistički pružatelji skrbi kontinuirano rade na osobnom utjelovljenju načela holističkog zdravlja, što duboko utječe na kvalitetu procesa ozdravljenja.

Opstetricija i primaljstvo nisu iznimka holističke skrbi. Praksa nam pokazuje da je u trudnoći i porodu iznimno važno da vidite cijelu osobu, da žene gledate kao fizička tijela s okolišnim, mentalnim, emocionalnim, socijalnim i duhovnim vidovima. Holističko primaljstvo nudi mnogo sigurniju, mnogo dublju i širu skrb za trudnice, žene tijekom poroda i unutar obitelji. Holističke primalje nastoje zadovoljiti trudnicu uljudnošću, srdačnim riječima, nježnim i obzirnim dodirima, ljubaznošću, prihvaćanjem, suosjećajnim duhom i nepostavljanjem ikakvih uvjeta. Ove primalje posvećuju najveću pozornost i daju najveću vrijednost prenatalnoj skrbi. Trudnicama nude uljudnu prenatalnu skrb,

pri kojoj nastoje upoznati ženu koliko god je to moguće. Žele saznati u kojim okolnostima žena živi, o čemu sanja, zbog čega strahuje, kakvi su joj prijatelji, gdje i kako radi, kako izgleda njezina svakodnevica, kakva joj je obiteljska anamneza, kakav je njezin odnos prema nerođenom djetetu kao i odnos s ocem djeteta, u kakvim je odnosima s vlastitim roditeljima, i još mnogo toga. Osim toga, holističke primalje uvijek u potpunosti poštuju osobne granice žena, kao i njihovu privatnost. Njihova je briga uvijek u najboljem interesu sveobuhvatna obiteljskog zdravlja. Uz uobičajenu i tradicionalnu primaljsku skrb, holističke primalje posvećuju dovoljno pažnje i vremena psihološkom, emocionalnom i socijalnom kontekstu. One pružaju prenatalnu edukaciju, osnovna testiranja, prehrambena savjetovanja, slušaju ženu te uče o njoj i njezinim okolnostima. Također obraćaju posebnu pažnju na specifičnosti u strukturi ženinih stanica, tkiva i funkciji organskih sustava kao što su koštani, mišićni, živčani, endokrini, krvožilni, limfni, dišni, probavni, mokraćni i ženski spolni, odnosno reproduktivni sustavi. Sveobuhvatna prenatalna skrb holističkih primalja temelji se na identifikaciji mogućih rizičnih čimbenika koji se znaju pojaviti u vrijeme poroda.

Većina holističkih primalja kombinira tradicionalno medicinsko znanje s poznavanjem komplementarne medicine, drevne mudrosti koje su stekle u okviru raznih službi, pa čak i certificiranih obrazovnih programa ili tečajeva. One kombiniraju svoje primaljsko znanje s ljekovitim modalitetima kao što su homeopatija, aromaterapija, akupresura, akupunktura ili kineska medicina, ajurveda, ljekovito bilje, masaže, drevne umjetnosti primaljske vještine... Ove primalje prakticiraju potpuno povjerenje. Vrlo uspješno vjeruju svojim osjetilima, osjećajima, intuiciji, pa čak i instinktu. One također potiču i poučavaju svoje pacijentice da vjeruju vlastitim tijelima, osjetilima, osjećajima, intuiciji i instinktu.

Holistička primaljska skrb postiže izvanredne rezultate. Mnogi praktičari primaljstva trebali bi se upoznati s holističkim statistikama primaljske skrbi i priznati sami sebi da ne postižu takve rezultate. Svaka mala prilagodba ili usvajanje holističkoga modela zdravstvene skrbi može uspostaviti odnos između davatelja i korisnika zdravstvenih usluga koji daleko više zadovoljava, uz to što omogućuje sretan i sigurniji završetak liječenja.

ANDREA KOLENC

Andreja Kolenc je doula, žena zaljubljena u čin rađanja i majka troje djece. Iskusiła je tri vrlo različita poroda, a njezina strast za rađanjem javila se tijekom priprema za drugi porod. Njezina vizija poroda budućnosti temelji se na spajanju drevne mudrosti s modernom znanosti.

Barbara Finderte, primalja, IBCLC; Hrvatska komora primalja

Utjecaj hormona na trudnoću, porođaj i babinje

Znamo li danas uopće što je prirodni porođaj? Da bismo to znali, trebamo najprije shvatiti i razumjeti kako djeluje ženino tijelo i što se u njemu zbiva, posebno u vrijeme trudnoće, tijekom rađanja i nakon porođaja.

Utjecaj hormona u trudnoći i porođaju od velike je važnosti za normalan tijek porođaja.

Endorfini su kao prirodni opijati često povezani s jakom fizičkom aktivnošću, ali se rijetko spominju kad se govori o porođaju. Žlijezde hipofiza i hipotalamus izlučuju ih prilikom fizičkog napora, a njihovo lučenje izaziva dobar, pozitivan osjećaj i okrenutost prema sebi – ukratko, doprinose ulasku svijesti u neko drugo stanje. Endorfini ne uklanjaju bol u potpunosti; oni je samo umanjuju. Njihovo izlučivanje u trudnoći pojavljuje se već oko 12. tjedna, a posebno je važno znati da su u velikoj količini prisutni i prije samog početka porođaja.

Znakovi koje trudnice osjećaju a pripisuju se prisutnosti endorfina u organizmu jesu nesanica i življi snovi, osjećaj potrebe za gniježđenjem, spremanjem i čišćenjem, osjećaj blaženstva, ali i sa-njarenje, zaboravnost te sporost u razmišljanju.

Beta-endorfin jedan je od endorfinih hormona koji se oslobađaju u mozgu tijekom stresa ili boli. Za vrijeme trudova, beta-endorfin pomaže pri ublažavanju boli, a njegova razina opada kad se u porodu koriste lijekovi za ublažavanje boli. Na taj način beta-endorfini predstavljaju prirodni ekvivalent nekim lijekovima protiv bolova, a žene kao da zaboravljaju sebe i ono što se oko njih zbiva kad rađaju bez lijekova.

Učinak beta-endorfina uključuje i učenje i pamćenje, pa se možda na taj način može objasniti zašto tako nevjerojatno detaljno pamtimo porod.

Osim endorfina, u porođaju sudjeluju i mnogi drugi važni hormoni.

Kontrola nad lučenjem adrenalina ne može se uspostaviti, jer se on izlučuje uslijed prirodnog instinkta koji je povezan s osjećajem (ne)sigurnosti. Adrenalin se ponekad luči iz psiholoških razloga, odnosno zbog prisjećanja na nešto neugodno što se zbilo a što roditelju čini nesigurnom. U tom se slučaju povećava krvni tlak, srce počne lupati, nastupa strah, osoba se trese, a zjenice šire – sve ukazuje na porast adrenalina. Kako su utjecaji na trudove i porođaj usko vezani uz osjećaj sigurnosti, porast razine adrenalina predstavlja prirodnu opomenu: tu nije dovoljno sigurno roditi!

Prvo što se tada dogodi je da se smanji razina hormona oksitocina, tzv. „hormona ljubavi“, koji sudjeluje u svim reproduktivskim aktivnostima: u spolnom odnosu, pri začeću, ali i u trudnoći, tijekom porođaja i pri dojenju.

Čak i nakon početka trudova postoje neka stanja koja će usporiti ili čak zaustaviti sam proces. Ako se hormoni stresa aktiviraju zbog osjećaja straha ili opasnosti, kontrakcije će se usporiti. Tijela većine sisavaca pripremljena su za rađanje u divljini gdje je odgađanje poroda i traženje sigurnosti prednost u slučaju opasnosti.

Mnoge su žene doživjele da su im trudovi stali kad su ušle u nepoznato okruženje bolnice, a neke žene mogu biti osjetljive i na prisutnost promatrača. Rađanje u neprirodnom okruženju može dovesti i do zastoja porođaja.

Tijekom trudnoće hormon oksitocin ne dovodi do otvaranja grlića maternice sve do trenutka kad počne porođaj. Tada njegovo djelovanje postaje sasvim suprotno i doprinosi otvaranju cerviksa.

Za prirodan fiziološki porođaj važno je poznavati hormone koji sudjeluju u porođaju, kao i njihov utjecaj na sam porođaj.

Oksitocin je poznat i kao „hormon ljubavi“, jer njegovo lučenje tijekom spolnog odnosa, poroda i dojenja može izazvati osjećaje zadovoljstva, nježnosti i privrženosti. Također izaziva stezanje (kontrakcije) maternice te pomaže pri porodu posteljice. Omogućuje povezivanje s djetetom, sisanje na prsima (dojenje), stimulira dodatno izlučivanje hormona te potiče osjećaj zadovoljstva, smirenosti, i smanjuje tjeskobu.

Stavljanje novorođene bebe na prsa najjednostavniji je način da se podigne količina oksitocina. Naime, oksitocin za vrijeme laktacije izaziva refleks otpuštanja mlijeka kroz mliječne žlijezde. Neke su studije otkrile da lučenje fetalnog oksitocina izravno stimulira mišiće maternice, pa dijete na taj način može biti odgovorno za pokretanje poroda.

Oksitocin nam pomaže i u emocionalnom, a ne samo u fizičkom prijelazu u majčinstvo. Od prvih tjedana trudnoće pomaže nam da budemo emocionalno otvoreniji i spremniji na društvene kontakte i podršku.

Prolaktin je poznat kao hormon majčinstva. Sinteza ovog hormona odvija se u prednjem režnju hipofize. Djeluje na stvaranje mlijeka u majčinoj doji, regulaciju reproduktivskog ciklusa te utječe na metabolizam bebe i majke u trudnoći i tijekom dojenja.

Istraživanja su pokazala da je prolaktin, kojeg tijekom dojenja nadopunjava oksitocin, odgovoran za raspoloženje i majčine osjećaje nakon dojenja. Naziva se i hormonom „podnošenja“ ili „predaje“, što znači da majka stavlja djetetove potrebe ispred svojih.

Kad se prolaktin kombinira s oksitocinom, kratko nakon poroda i tijekom dojenja, on potiče smirenu i nesebičnu privrženost dojenčetu koja dovodi do majčina zadovoljstva te fizičkog i emotivnog zdravlja njena djeteta.

Važnu ulogu prolaktin igra i u neuroendokrinom razvoju bebe. Njegovo je lučenje najveće na vrhuncu poroda.

Melatonin je hormon koji proizvodi žlijezda epifiza. Više se luči na tamnim i mirnim mjestima, a manje kad je osvijetljenje jače. Izloženost jakom svjetlu noću ili slabom danju može poremetiti sintezu melatonina. Kod malene djece redovito se počinje lučiti tri mjeseca nakon rođenja, između ponoći i osam ujutro.

Melatonin kontrolira proizvodnju i vrijeme otpuštanja ženskih spolnih hormona. Lučenje mu je poremećeno kad se žena uznemirava, primjerice, tijekom trudnoće, u porodu, za vrijeme dojenja i slično. Djeluje u sinergiji s oksitocinom.

Osim navedenih prirodnih hormona, postoje i njihovi umjetni nadomjesci.

Umjetni oksitocin (syntocinon) u organizam se unosi intravenoznim putem i smanjuje učinak prirodnog oksitocina. On ne dopiše u mozak, pa ne pokreće mehanizme povezivanja s bebom i poslijeporođajnog uzbuđenja.

Tako izazvane kontrakcije razlikuju se od prirodnih, a mogu imati loše posljedice za dijete i majku. Prejake kontrakcije dovode do pomanjkanja kisika za dijete, što često uzrokuje usporavanja fetalnih otkucaja srca, a mogu izazvati i neke druge komplikacije, kao što je ruptura maternice.

Morfinski preparat petidin umjetni je endorfin koji izaziva ozbiljne nuspojave poput povraćanja, respiratorne depresije, omamljenosti, osipa i zatvora. Može biti prepreka uspostavi dojenja, jer blokira lučenje oksitocina.

Iako postoji još niz hormona koji na različite načine utječu na trudnoću, porod i babinje, kao i na dojenje, ovdje smo se usredotočili na one najvažnije.

Zaključak:

O hormonima u trudnoći, porodu i nakon poroda nedovoljno se govori i uči u primaljstvu. Kako bismo uistinu promovirali prirodne pristupe, moramo znati zašto je porod u određenoj situaciji zastao, zašto su trudovi prestali i što možemo učiniti kako bismo ponovo pokrenuli porod na prirodan način. Da bismo pronašli odgovore na ova pitanja, nužno je znati kako određeni hormoni djeluju u pojedinoj fazi poroda.

U Hrvatskoj je perinatalna statistika više nego zadovoljavajuća. Naravno, svima nam je najvažnije da su majka i dijete nakon poroda živi i zdravi. Ali, je li to dovoljno? Važno bi nam trebalo biti i uspostaviti psihičku i emocionalnu ravnotežu, te osjećaj zadovoljstva, kako same žene, tako i čitave obitelji.

Postotak dojene djece nije zadovoljavajući, poslijeporodajne depresije su u porastu, a negativan prirodni prirast dovodi do toga da kao nacija polako umiremo. Imamo sve manje djece, žene rađaju sve starije, rastajemo se sve više, a ženimo sve manje. Postotak razvedenih brakova rapidno raste i trenutno je preko 20%.

Kada pogledamo situaciju iz ove perspektive, trebamo li zaista zanemariti istraživanja koja govore da zadovoljstvo u porodu i nakon njega dovodi do snažnijih i jačih žena? Pogotovo kada imamo na umu da su upravo žene te koje najčešće drže „tri kuta kuće“.

Mi kao primalje uvijek moramo imati na umu da svi naši postupci i izjave u nazočnosti žene koja je trudna, koja rađa ili je u razdoblju neposredno nakon poroda, mogu imati dalekosežne posljedice na njezin kasniji život te odnos prema djetetu, partneru i obitelji.

BARBARA FINDERLE

Poslije završetka Medicinske škole u Rijeci, smjer Zdravstvena struka – primalja, zaposlena je kao pripravnica u Klinici za ginekologiju i porodništvo u Kliničkom bolničkom centru u Rijeci te je nakon odrađenog pripravničkog staža dobila stalno zaposlenje na istoj klinici. Krajem 2005. godine izabrana je za predsjednicu Hrvatske udruge primalja. Dodatno se educirala u Postojni i Nizozemskoj iz područja „alternativnih“ metoda rađanja, a završila je i tečaj o dojenju BFHI (Baby friendly hospital initiative).

Od 2006. godine članica je povjerenstva za promicanje i zaštitu dojenja, radne skupine za projekt „Rodilišta prijatelji djece“ te sektorskog vijeća iz područja zdravstva i socijalne skrbi. Članica je Povjerenstva za profesije i ljudske resurse koje djeluje u okviru izrade Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. pri Ministarstvu zdravlja. Godine 2012. postala je članica Financijskog odbora (Financial Committee) pri Europskoj udruzi primalja (European Midwifery Association, EMA).

Divna Miljković

Korisnost joge u trudnoći i pri fiziološkom porođaju

Tijekom 20. stoljeća, paralelno s razvojem visoko tehnološkog porodništva, pojavio se globalni pokret za ponovno otkrivanje i uspostavljanje normalne fiziologije rađanja i dojenja. Ovo je počelo sa saznanjem da što se više žena uspije opustiti tijekom trudova, utoliko joj je lakše podnijeti intenzitet ovog iskustva bez lijekova. Žene se poučavaju raznim metodama opuštanja za vrijeme trudnoće, a one većinom uključuju sposobnost da se pažnja preusmjeri na tehnike disanja. Ova je tehnika pomogla tisućama žena, ali, nekako, još uvijek na nedovoljno djelotvoran način.

U Srbiji se od 1958. godine primjenjuje metoda „Psihofizička priprema trudnica za bezbolni porođaj“. To je metoda pri kojoj se uklanjanje boli postiže tako što se trudnice tijekom pripreme preodgajaju kako bi na nov način djelovale i mislile u odnosu na trudnoću i porođaj. Porast medikaliziranih porođaja i carskih rezova govori da ni ova metoda nije u dovoljnoj mjeri djelotvorna.

Na Zapadu posljednjih godina raste i zanimanje za prakticiranje joge. Ujedno raste i zanimanje trudnica da prođu kroz trudnoću i porođaj uz pomoć joge. Joga u trudnoći omogućava opuštanje tijela i uma, prodire dublje i uspješnija je u oslobađanju instinktivnog potencijala majke. Vježbanje joge vrlo je učinkovit način da se maksimalno iskoristi mogućnost za preobražaj koju donosi trudnoća te istovremeno osnažuje ženu za trudove, porođaj i majčinstvo.

Prakticiranje joge način je života koji nas uči da volimo i poštujemo svoje tijelo. Nježnim radom na opuštanju i otpuštanju stresa, kao i zdravim disanjem, okrepljujemo svaku stanicu u svom tijelu i potičemo ga da samo sebe iscijeli. Redovito vježbanje nekolicine jogičkih položaja (asana) pomaže nam da očuvamo prirodnu ravnotežu, pa je suštinski bitan vid preventivne brige o zdravlju. Sposobnost da sami sebe iscijelimo prisutna je tijekom cijeloga života, a u trudnoći je obično još djelotvornija. U tom razdoblju javlja se prirodna sklonost ka poboljšanju zdravlja i vitalnosti. Međutim, dodatni rad koji vaše tijelo mora uložiti za vrijeme trudnoće kako bi podržavalo i hranilo vašu bebu, može dovesti do nelagode ili napetosti. Ako vam je život pun stresa i ako ste uznemireni, to može narušiti vaše zdravlje i osjećaj blagostanja. Neravnoteža koja leži u osnovi toga, bilo da je fizičke ili emocionalne prirode, a koje možda niste bili svjesni prije trudnoće, zna tijekom tih mjeseci izbiti na površinu. Postaje vjerojatnije da će stegnutost mišića, ograničena pokretljivost zglobova ili blage zakrivljenosti držanja postati uočljivije sada, kad se raznovrsni bolovi mogu pojačati zbog načina na koji trudnoća djeluje na vaš organizam. Ponovno postizanje gipkosti i savitljivosti, kao i ispravljanje nepravilnosti u držanju tijela, predstavlja dugotrajan proces, koji obično traži godine posvećenosti vježbanju. Ipak, omeđavajući učinci koje imaju hormoni trudnoće potiču taj proces, tako da napredovanje može biti brže nego obično i vrlo ohrabrujuće. Joga može pomoći i kad ste neraspoloženi ili bolesni. Time što se usredotočite na odgovarajuće položaje, možete poboljšati prirodne iscjeliteljske moći svoga tijela.

Saznanje da prirodne sile pomažu majci pri porođaju postalo je dijelom opće kulture. Na primjer, prirodni uspravni položaji koji su najudobniji za vrijeme trudova i porođaja, a koje žene instinktivno teže zauzeti, omogućavaju sili zemljine težee da pomogne bebino napredovanje kroz porođajni kanal te doprinose učinkovitosti kontrakcija materice. Primalje uviđaju da porođaj bolje napreduje kad se majka minimalno uznemirava te kad ima slobodu da se kreće i nespitano izražava. Bazen s toplom vodom na mjestu porođaja, pruža majci dragocjenu pomoć da se dublje opusti i dozvoli instinktima da dođu do

izražaja. Sve više bolnica i primalja danas uvida da je upotreba bazena kod porođaja bezopasan i djelotvoran način koji povećava mogućnost fiziološkog porođaja, a smanjuje potrebu za lijekovima protiv bolova i drugim intervencijama.

Obzirom da nas moderan način života sprečava da koristimo svoja tijela onako kako nam je to priroda namijenila, tijela su nam slaba i neuravnotežena. Ako posvetimo malo vremena vježbanju joga, to vrijeme poklanjamo sebi i svojoj bebi, u kontaktu smo sa sobom te otkrivamo da snaga rađanja i njegovanja bebe leži u nama samima. Pomoću joga dovodimo tijelo i um u ravnotežu te postizemo sklad s prirodom. Što je držanje tijela uravnoteženije, to je bolja cirkulacija krvi i ostalih tjelesnih tekućina, a disanje lakše. Samim se tim energije bude, slobodnije teku, postiže se otvorenost i ispunjenost ljubavlju, a sve se to prenosi bebi. Pomoću joga u trudnoći, kroz vježbe i opuštanje, na jedan se vrlo nježan i nimalo naporan način može povećati snaga, elastičnost, pokretnost i okretnost, bez obzira na povećanje tjelesne težine. Uobičajeni problemi kao što su umor, uznemirenost, neraspoloženje, iscrpljenost, bol u leđima, mučnina i drugi, mogu se znatno smanjiti ili čak potpuno otkloniti.

S porastom zanimanja za vježbanje joga, raste i zanimanje znanosti za korisnost joga u oslobađanju od stresa, kod različitih patoloških stanja i, naravno, u trudnoći. Rezultati meta-analitičkih studija pokazuju da je joga jednako učinkovita ili čak učinkovitija u odnosu na druge metode fizičkog vježbanja, kako kod zdrave populacije, tako i kod oboljelih osoba. Ona doprinosi unapređenju zdravlja koje se definira preko razine glukoze ili masnoće u krvi, lučenja kortizola, srčanog ritma, samoprocjene količine umora, boli i kvalitete sna (Ross & Thomas, 2010). Kod trudnica, joga pozitivno djeluje na smanjivanje boli, doživljaja stresa i razinu anksioznosti (Beddoe, Paul Yang, Kennedy, Weiss & Lee, 2009; Khalajzadeh, Shojaei & Mirfaizi, 2012). Djelovanje joga na sam porođaj odražava se kako u kraćem trajanju porođaja, osobito prve faze, tako i u smanjivanju porođajnih bolova (Chuntharapat, Petpichetchian & Hatthakit, 2008).

Disanje je u jogi normalno, prirodno i svjesno, što pomaže pri otklanjanju mišićne napetosti tijekom vježbi, dok se mišići izdužuju i rastežu. Na sličan se način i tijekom porođaja mogu svladati trudovi. Održava se svjesnost svakog udisaja i izdisaja, pažnja se polako okreće k unutra, prema svojim osjećajima, koje na taj način dublje doživljavamo. Sposobnost usredotočivanja na dah smiruje um i smanjuje uznemirenost, potiče svijest o tijelu i emotivnu smirenost. Tijekom života, od začeća do sadašnjeg trenutka, u svom tijelu skladištimo sjećanja, pa se emotivni stres utjelovljuje kao obrambeni oklop. Odatle potječe krutost u ramenom pojasu ili spuštana ramena. Redovitim prakticiranjem joga, mišićna napetost popušta, držanje se počinje mijenjati, grudni koš se otvara uslijed pomicanja ramena unazad, emotivne napetosti i blokade se oslobađaju, pa se postiže ravnoteža i stabilnost.

Budući da djeluje vrlo duboko, joga je odličan sustav vježbi koji se može koristiti kao priprema za porođaj. Vježbanje asana osnažuje tijelo, djeluje na psihi i ima obilježja meditacije. Vježbanje joga u trudnoći omogućava da se probude instinkti i intuicija. Kroz njih pronalazimo snagu koja nam je potrebna dok beba u trbuhu raste i razvija se, kao i u samom činu rođenja. Mnogi jogički položaji koji se koriste u trudnoći vrlo su slični onima koje žene instinktivno zauzimaju tijekom trudova. Oni šire promjer zdjelice, čime pomažu bebi da se pravilno namjesti, a pomažu i psihološki da se žena otvori i oslobodi. Redovno vježbanje položaja za zdjelicu pomaže da se trudnica udobno osjeća u položajima kao što su čučanje, klečanje ili četveronožni položaj, koji svi omogućavaju gravitaciji da pomogne bebin prolaz kroz porođajni kanal. Vježbajući ove položaje, tijelo automatski usvaja navedena znanja, tako da se tijekom trudova može potpuno spontano i slobodno pokretati bez mnogo razmišljanja.

Pored svih koristi koje donosi u trudnoći, joga dubinski pomaže i u pripremi za porođaj, pa kod žena koje za to imaju potrebne uvjete i koje se za to odluče, može rezultirati prirodnim fiziološkim porođajem. Vježbajući jogu, žena se može pripremiti za potpuno prirodan porođaj bez stimulacije lijekovima, epiziotomije i drugih medicinsko-tehničkih intervencija, koje su danas uobičajen način porođanja. Naravno, za ovakvu vrstu porođaja potrebni su i drugi uvjeti, između ostalih, prostor u kojem se žena osjeća ugodno, kao kod kuće, i primalja koja kao majčinska figura doprinosi da se žena oslobodi straha i osjeća sigurnom.

Literatura:

1. Balaskas, J. (2003). *Preparing for Birth With Yoga*. Thorsons, London.
2. Beddoe, A.E., Paul Yang, C.P., Kennedy, H.P., Weiss, S.J. & Lee, K.A. (2009). The Effects of Mindfulness-Based Yoga During Pregnancy on Maternal Psychological and Physical Distress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(3), 310–319.
3. Chuntharapat, S., Petpichetchian, W. & Hatthakit, U. (2008). Yoga during pregnancy: Effects on maternal comfort, labor pain and birth outcomes. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 105–115.
4. Iyengar, G. S. (2008). *Yoga During Pregnancy: A guide for Iyengar students and teachers*. Compiled and edited by Saudek, C.
5. Khalajzadeh, M., Shojaei, M. & Mirfaizi, M. (2012). The effect of yoga on anxiety among pregnant women in second and third trimester of pregnancy. *European Journal of Sports and Exercise Science*, 1(3), 85–89.
6. Muktananda, S. (2003). *Nawa Yogini Tantra*. Bihar Yoga Publications Trust, Munger.
7. Odent, M. (1984). *Birth Reborn*. Pantheon, New York.
8. Ross, A. & Thomas, S. (2010). The Health Benefits of Yoga and Exercise: A Review of Comparison Studies. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 3–12.

DIVNA MILJKOVIĆ

Rođena u Beogradu 11. veljače 1954. godine. Završila je srednju medicinsku školu za babice 1973. i Višu medicinsku školu 1988. godine. Od 1973. do 1997. godine radi kao babica u GAK „Narodni Front“ i KBC „Dr. Dragiša Mišović – Dedinje“. Također je certificirana instruktorka Hatha joge (Vidya Yoga škola Dragana Lončara), kao i certificirana instruktorka i učiteljica Prenatal joge (Yoga Alliance, SAD). Predsjednica je Udruženja babica Srbije.

Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra (HOTCC)

Cochrane kolaboracija je jedinstvena svjetska neprofitna organizacija čiji je cilj pomoći ljudima u donošenju informiranih odluka o svim oblicima zdravstvene skrbi kroz izradu, održavanje i promoviranje dostupnosti sustavnih preglednih članaka o učincima zdravstvenih intervencija. Sustavni pregledni članak je pregled literature usredotočen na jedno pitanje, koji nastoji identificirati, ocijeniti, odabrati i sintetizirati sve kvalitetne znanstvene dokaze relevantne za to pitanje. Sustavni pregledi visokokvalitetnih randomiziranih kontroliranih pokusa su ključni za medicinu utemeljenu na dokazima. Razumijevanje sustavnih pregleda i njihova primjena u praksi postaju obvezni za sve zdravstvene profesionalce. Cochrane kolaboracija je osnovana 1993. godine, a ime je dobila prema britanskom epidemiologu Archiju Cochraneu.

Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra (HOTCC) službeno je osnovan 8. prosinca 2008. pri Medicinskom fakultetu u Splitu i Hrvatskom centru za globalno zdravlje. Osnivanjem Cochrane ogranka, Hrvatska se pridružila ekskluzivnom društvu od svega 14 svjetskih Cochrane centara. Inicijativu za osnivanje Cochrane entiteta u Hrvatskoj potaknuli su splitski profesori Ana i Matko Marušić, bivši urednici Croatian Medical Journal-a, a tu su inicijativu svesrdno podržali i potpomogli prof. dr. Stipan Janković, tadašnji dekan Medicinskog fakulteta u Splitu, prof. dr. sc. Ivica Grković, tadašnji prodekan za znanost Medicinskog fakulteta u Splitu i prof. dr. Igor Rudan, tadašnji voditelj Hrvatskog Centra za globalno zdravlje.

Vizija skupine je Hrvatsko društvo u kojem donositelji odluka u zdravstvu razumiju važnost korištenja Cochrane sustavnih pregleda u donošenju informiranih odluka i u kojem pacijenti i korisnici zdravstvenih usluga imaju pristup kvalitetnim informacijama o zdravstvenim intervencijama utemeljenim na dokazima.

Misija HOTCC je promicati korištenje i dostupnost Cochrane sustavnih pregleda u Hrvatskoj. Podržati i ponuditi visoko-kvalitetnu obuku onima koji su zainteresirani za korištenje i izradu Cochrane sustavnih pregleda.

Cochrane sažetke na engleskom jeziku možete naći na stranici <http://summaries.cochrane.org>.

Rutinski pregledi cerviksa prstom (vaginalni pregledi) u trudnoći kao metoda određivanja povećanog rizika od prijevremenog porođaja

Alexander S, Boulvain M, Ceyssens G, Haelterman E, Zhang W-H

Rutinski vaginalni pregledi prstom (pregled cerviksa prstom) u trudnoći koriste se da bi smanjili učestalost prijevremenog porođaja. Prema podacima iz kontroliranih ispitivanja na slučajnom uzorku spomenuti pregledi **nisu učinkoviti** u smanjivanju učestalosti prijevremenih porođaja.

Prijevremani porođaj obično započinje promjenama na cerviksu a da pritom žena nema simptoma. Efikasnija dijagnostika i pravilno upravljanje rizikom prijevremenog porođaja ključni su u unaprijeđivanju skrbi.

Učestali pregledi cerviksa prstom jednostavna su i jeftina metoda, pri čemu se koristi samo jedna jednokratna rukavica a traje 1-2 minute. Promovira se kao rutinski postupak u trudnoći, kao probir za rizik od prijevremenog porođaja (odnosno porođaja prije navršenog 37. tjedna trudnoće) koji se tada može liječiti. Ovo je standardna praksa u mnogim dijelovima Europe, Afrike i, u manjoj mjeri, u SAD-u.

Analiza se temelji na dva kontrolirana ispitivanja na slučajnom uzorku od ukupno 7163 trudnice. U slučajevima kada nisu postojale indikacije za vaginalne preglede, **broj žena koje su imale prije-vremeni porođaj bio je sličan u skupinama sa i bez rutinskog vaginalnog pregleda u trudnoći.** Jedno je istraživanje obuhvatilo više ustanova iz zemalja gdje se taj postupak provodi rutinski i iz onih u kojima se ne provodi rutinski. Razlozi za zabrinutost su potencijalni rizik od infekcije i od prijevremenog porođaja uzrokovanih vaginalnim pregledom, kao i nelagoda i stid žene.

Nije nađeno dovoljno dokaza za procijeniti nuspojave ove intervencije.

Alexander S, Boulvain M, Ceyssens G, Haelterman E, Zhang W-H. Repeat digital cervical assessment in pregnancy for identifying women at risk of preterm labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 6. Art. No.: CD005940. DOI: 10.1002/14651858.CD005940.pub2

Prijevod: Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra

Primaljska skrb u odnosu na druge modele skrbi za trudnice

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S

Primaljska skrb nudi prednosti za trudnice i njihovu djecu te se kao takva preporuča

U mnogim dijelovima svijeta primalje su primarni pružatelji zdravstvene skrbi za trudnice. U drugim pak mjestima tu odgovornost preuzimaju liječnici specijalisti ili liječnici obiteljske medicine, ili je skrb podijeljena. Niti vodilje primaljske skrbi su normalnost, kontinuitet skrbi i prisutnost poznate i pouzdane primalje tijekom porođaja. Naglasak se stavlja na prirodnu mogućnost žene da prođe porođaj uz minimum intervencija. Neki modeli primaljske skrbi obuhvaćaju tim primalja koje dijele određeni broj trudnica, što se naziva „timsko“ primaljstvo. Drugi model je tzv. „primaljstvo jedan na jedan“ gdje je cilj ponuditi veći kontinuitet skrbi uz jednu primalju i njenu suradnicu u primaljskoj praksi. Svi modeli primaljske skrbi nude mrežu koja se sastoji od nekoliko medicinskih stručnjaka koji su dostupni za konzultacije. U liječničkom modelu skrbi, s druge strane, nositelji skrbi su ili specijalist porodničar ili liječnik obiteljske medicine. U modelima sa podijeljenom skrbi, odgovornost se dijeli između nekoliko zdravstvenih djelatnika.

Ovaj pregled literature o primaljskoj skrbi odnosi se na primalje koje pružaju skrb u trudnoći, porođaju i babinju. Opisani se model usporedilo s modelima liječničke skrbi i podijeljene skrbi, za što smo identificirali 11 istraživanja sa ukupno 12 276 žena. Primaljska je skrb imala nekoliko prednosti za majke i djecu, i nije imala negativnih nuspojava.

Glavna prednost je smanjenje učestalosti korištenja lokalnih analgezija, smanjen broj empisiotomija ili porođaja na vakum ili porodničarskim kliještima. Primaljska je skrb također povećala šanse da uz ženu na porođaju bude primalja koju ona poznaje te je povećala šanse da se žena osjeća kao da donosi vlastite odluke u porođaju, šanse za spontani vaginalni porođaj i uspostavu dojenja. No, nije bilo razlike u postotku carskih rezova.

Žene, koje su nasumično odabrane za primaljsku skrb, rjeđe su prolazile spontani pobačaj prije 24. tjedna trudnoće, dok je rizik od spontanog pobačaja nakon 24. tjedna bio jednak kroz sve modele skrbi. Uz to, djeca čije su majke koristile primaljsku skrb kraće su vrijeme provodila u bolnici.

Ovaj pregled literature je ustanovio da bi sve žene trebale imati mogućnost odabira primaljske skrbi, iako se treba voditi računa o ženama koje su pod povećanim medicinskim ili porodičarskim rizicima.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2

Prijevod: Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra

Usporedba kontinuiranog elektroničkog praćenja djetetovih otkucaja srca u porođaju koristeći kardiotorokografiju (CTG) s povremenim osluškivanjem otkucaja srca (povremena auskultacija, IA)

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML

Praćenje djetetovih otkucaja srca je jedan od načina provjeravanja djetetova stanja tijekom porođaja. Slušanjem ili bilježenjem otkucaja srca želi se ustanoviti kojoj djeci nedostaje kisik (hipoksijsa) i kojoj je potreban porod carskim rezom, vakumom ili klijestima. Djetetovi otkucaji mogu se pratiti povremenim korištenjem fetalnog stetoskopa, drvenom trubicom (pinard) ili ručnim Dopplerom. Otkucaji srca također se mogu pratiti kontinuirano koristeći CTG. Ova metoda se često naziva i elektroničko praćenje fetusa (EFM) kojom se na papiru bilježe djetetovi otkucaji srca uz majčine trudove. Dok kontinuirani CTG daje pisani trag, on onemogućuje ženama da se kreću u porođaju. To znači da neke žene neće imati mogućnost promjene položaja ili korištenja kade u trudovima za olakšavanje bolova. To također znači da će dio osoblja biti usredotočeno na potrebe CTG-a umjesto na potrebe žene.

Ovaj pregled literature uspoređivao je kontinuirani CTG sa povremenom auskultacijom. Obuhvatili smo 12 istraživanja koja uključuju preko 37 000 žena. Većina istraživanja nisu bila kvalitetna te je ovim pregledu literature dominiralo jedno veliko, dobro odrađeno istraživanje na skoro 13 000 žena koje su bile pod skrbi jedne osobe kroz porođaj u bolnici, a vodenjak je spontano pukao ili ga je zdravstveni djelatnik što ranije prokinuo. Trudovi su bili potaknuti oksitocinom u 25% slučajeva.

Nije bilo razlike u broju djece koja su umrla u ili kratko nakon porođaja (oko 1 u 300). Novorođenačke konvulzije bili su rijetke (1 u 500) ali je njihova pojavnost bila znatno smanjena u slučajevima gdje se koristio kontinuirani CTG za praćenje fetalnoga srca. Nije bilo razlike u broju djece sa cerebralnom paralizom, iako druge moguće dugoročne posljedice nisu u potpunosti analizirane i potrebna su daljnja istraživanja. Kontinuirano praćenje je uzrokovalo znatno povećanje broja carskih rezova i poroda vakumom ili porodičarskim klijestima. Ti zahvati imaju određene rizike operativnog postupka, iako specifični loši ishodi nisu analizirani u uključenim istraživanjima.

Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066

Prijevod: Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra

Rutinsko brijanje stidnih dlaka žena u trudovima kod prijema u rodilište

Basevi V, Lavender T

Ženama se mogu obrijati stidne dlačice britvicom kod prijema u rodilište, tijekom ranih faza porođaja. Ovo se radi u uvjerenju da brijanje smanjuje rizik od infekcije u slučaju da perineum popuca ili kod epiziotomije te da olakšava šivanje i porode sa vakumom ili porodničkim kliještima. Brijanje je rutinska procedura u nekim zemljama.

Ovaj pregled literature nije pronašao nikakve kliničke prednosti brijanja stidnih dlaka. Sigurno postoje nedostaci rutinskog brijanja žena prije porođaja. 1922. i 2005. godine napravljene su tri kontrolirane studije koje su uključile 1039 trudnica. U svakoj se koristio antiseptik na koži i uspoređivalo se brijanje sa šišanjem dlačica na vulvi. Kad su se rezultati istraživanja spojili, nije bilo razlika između brijanja i ne brijanja kod žena koje su imale visoku temperaturu nakon porođaja. Jedno istraživanje je također uključilo učestalost infekcija rane na medici, učestalost otvorenih rana i majčino zadovoljstvo odmah nakon šivanja medice te nije bilo razlike između tih skupina. Većina nuspojava šivanja javlja se kasnije, što je objašnjeno u jednoj studiji. Nuspojave uključuju iritaciju, crvenilo, površinske ogrebotine od britvice te peckanje i svrbež vulve. Ni jedna studija nije uključila mišljenje žena o brijanju poput boli, srama ili nelagode kad su dlačice ponovno narasle, kako si se odredio najoptimalniji način skrbi.

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236

Prijevod: Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra

Klistir u porođaju

Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG

Znanstveni dokazi ne podupiru rutinsko korištenje klistira u prvom stadiju porođaja.

Davanje klistira ženama u prvim stadijima porođaja je rutinska procedura u rodilištima diljem svijeta. Povremeno žene otpuštaju stolicu dok rađaju te je zbog toga prevladalo mišljenje da bi klistir, u prvim stadijima porođaja, smanjio učestalost te pojave te neugodu žena kojima se to dogodi. Mišljenje je također bilo da pražnjenje crijeva daje djetetu više mjesta za porod te smanjuje mogućnost infekcije za majku i dijete. Nadalje, mišljenje je bilo da taj postupak smanjuje broj stolica nakon porođaja koje često ženama stvaraju poteškoće. Negativne strane klistira su činjenica da je to jako neugodan postupak koji uzrokuje bol ženama u trudovima te može uzrokovati vodenastu stolicu u porođaju, što može povećati rizik od infekcija. Ovaj pregled literature obuhvatio je četiri studije sa 1917 žena. Nije bilo znatnih razlika ni u kojem ishodu porođaja kako za žene tako i za djecu. No, ni jedna studija nije istraživala bol žene u trudovima te nije bilo dovoljno informacija kako bi se usporodili rijetki loši ishodi. Stoga dokazi govore protiv rutinskog korištenja klistira u porođaju.

Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2

Prijevod: Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra

Prokidanje vodenjaka ne skraćuje porođaj

Cilj prokidanja vodenjaka (koje se također naziva amniotomija) jest ubrzati i ojačati stezanje maternice i na taj način skratiti trajanje porođaja. Vodenjak se probija dugačkim instrumentom tijekom vaginalnog pregleda, nakon čega istječe amnionska tekućina koja okružuje dijete. Naime, smatra se da pucanje vodenjaka oslobađa kemikalije koje stimuliraju kontrakcije maternice. Amniotomija je standardna praksa u mnogim zemljama diljem svijeta. U nekim se centrima provodi rutinski kod svih žena, a u nekim centrima samo u žena kod kojih je porođaj produljen. Međutim, malo je dokaza da je kraći porođaj koristan za majku ili za dijete. S druge strane, postoji niz potencijalno važnih, ali rijetkih rizika povezanih s probijanjem vodenjaka, uključujući probleme s pupkovinom ili s frekvencijom srca djeteta.

Cochrane sustavni pregled literature analizirao je studije u kojima je amniotomija napravljena rutinski kod porođaja koji su započeli spontano. Pronađeno je 15 studija, s ukupno 5 583 žena, a ni u jednom od njih nije se ispitalo kako prokidanje vodenjaka utječe na intenzitet boli koju žena osjeća tijekom porođaja. Dokazi iz ovih studija pokazali su da prokidanje vodenjaka ne skraćuje prvu fazu porođaja, a možda uzrokuje povećanje broja carskih rezova. Rutinsko prokidanje vodenjaka se stoga ne preporučuje u standardnom vođenju porođaja.

Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 1. Art. No.: CD006167. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub3.

Prijevod: Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra

Kontinuirana podrška ženama tijekom poroda

Kontinuirana podrška za vrijeme poroda povećava vjerojatnost spontanog vaginalnog poroda, ne nanosi nikakvu štetu te su žene zadovoljnije.

Kroz povijest su ženama tijekom poroda pomagale i pružale podršku druge žene. No u mnogim zemljama, kako žene danas češće rađaju u bolnicama nego kod kuće, kontinuirana podrška tijekom poroda je postala iznimka, a ne pravilo. To može doprinijeti dehumanizaciji ženinog iskustva porođaja. Suvremena porodnička skrb često podvrgava žene rutinskim bolničkim postupcima što može imati štetne i neželjene učinke na tijek poroda. Podrška tijekom poroda može uključivati emocionalnu podršku, osiguravanje udobnosti, informiranje i zastupanje roditelje. Navedene mjere mogu poboljšati fiziološke procese poroda kao i ženin osjećaj kontrole i sposobnosti te umanjiti potrebu za opstetričkom intervencijom. U ovaj Cochrane sustavni pregled su analizom literature uključena 23 pokusa [22 su imala objavljene podatke] iz 16 zemalja, a uključivali su više od 15.000 žena u širokom rasponu parametara i okolnosti. Kontinuiranu podršku je pružalo osoblje bolnice (kao što su medicinske sestre i primalje), žene koje nisu zaposlenice bolnice te nisu osobno povezane s roditeljima (kao što su doule ili žene kojima su pružene osnovne smjernice) te pratnja iz ženinog društvenog kruga prema njenom izboru (kao što su suprug, životni partner, majka ili prijatelj). Žene koje su imale kontinuiranu podršku tijekom poroda su imale veću vjerojatnost „spontanog“ poroda tj. poroda bez carskog reza, upotrebe vakuuma ili forcepsa. Uz to, kod tih žena je smanjena vjerojatnost korištenja lijekova protiv bolova, povećana vjerojatnost zadovoljstva te ponešto skraćena dužina trajanja poroda. Kod njihove djece je smanjena vjerojatnost niskog Apgara u petoj minuti. Nisu uočeni nikakvi štetni učinci. Zaključak je da bi sve žene trebale imati kontinuiranu podršku tijekom poroda. Najkorisnijom se pokazala kontinuirana podrška osobe koja je prisutna samo s ciljem da

pruži podršku, nije član ženinog društvenog kruga, iskusna je u pružanju podrške tijekom poroda i prošla je barem skromnu obuku. U usporedbi s porodom bez pratnje, podrška odabranog člana obitelji ili prijatelja povećava zadovoljstvo žene s iskustvom poroda.

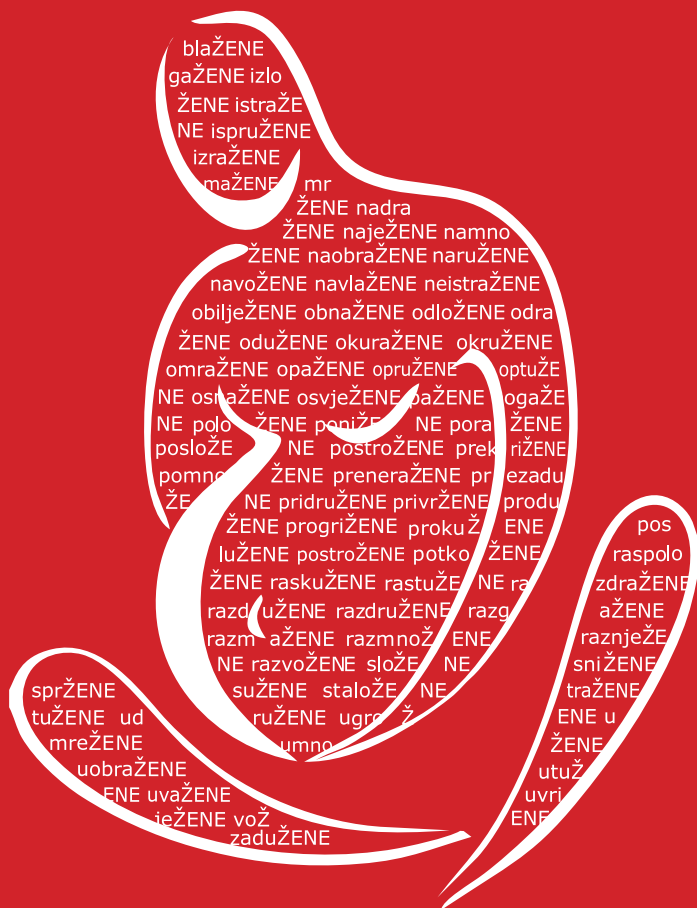
Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4



ŽIVICA
Marina Mikočič

Sadržaj

PREDGOVOR	3
1. dio	
TEORIJSKI OKVIRI	5
Porod kao feminističko pitanje, Ž. Jelavić	7
Trudnoća i porod: antropološki osvrt, S. Jambrec	13
Zašto nam je potrebna "skrb usmjerena na žene i djecu"?	
Ranjivosti žena s osobitim potrebama pri porođiljnoj skrbi, Z. Drglin	25
Kako nastaje politika asistiranog kućnog poroda u Hrvatskoj, N. Juretić	31
Funkcionalan plan poroda, A. Kolenc	43
Porod kod kuće, ljudka prava i službene predrasude: Izrael, Mađarska i ECHR, dr. sc. N. Zohar	45
Pismo konferenciji Ljudska prava u porodu, A. Ternovszky	51
Žene - žrtve nasilja u porodu, B. Mrzić Jagatić	57
2. dio	
MODELI SKRBI U TRUDNOĆI I PORODU U INOZEMSTVU	63
Bolnički i izvanbolnički porod: usporedbe rezultata	
Prezentacija nedavnog njemačkog pilot-projekta, E. Geisel	65
Modeli primaljske skrbi (rad sa XXXVI. Simpozija primalja), D. Drandić	71
Alternativni modeli antenatalne skrbi: iskustva iz Australije, Dr. sc. I. Zakarija-Grković	77
3. dio	
POZITIVNE PROMJENE U VRSTAMA SKRBI U HRVATSKOJ I SLOVENIJI	81
Porod u "Babiški hiši" u Postojni, N. Matanović	83
Doula u Sloveniji i pregled statistika poroda na kojima su prisustvovala u 2012.	85
Promjene u porođničarskim praksama u maloj bolnici u Sloveniji i rezultati iz 2012., E. Macun	95
Pozitivne promjene u kninskom rodilištu, M. Hemerich	101
Osnovne potrebe roditelja tijekom poroda i uloga primalje, M. Grgić	105
Promjene u odnosima između majke i primalje, E. Spirić	109
4. dio	
OSTALI RADOVI	113
Holistično primaljstvo, A. Kolenc	115
Utjecaj hormona na trudnoću, porođaj i babinje, B. Finderle	117
Korisnost joge u trudnoći i pri fiziološkom porođaju, D. Miljković	121
Hrvatski ogranak talijanskog Cochrane centra (HOTCC)	125
SADRŽAJ	133



udru**ŽENE** i osna**ŽENE**
za prava **ŽENE** u trudnoći i porodu