

Iskustva opstetričkog i ginekološkog nasilja nad trudnicama i roditeljima u hrvatskim bolnicama.

Cvitkušić, Rahela

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:511078>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-15**



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
University of Zagreb
Faculty of Humanities
and Social Sciences

Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za sociologiju

Diplomski rad

Iskustva opstetričkog i ginekološkog nasilja nad trudnicama i roditeljama u hrvatskim
bolnicama.

Rahela Cvitkušić

Mentorica: Doc. dr. sc. Ksenija Klasnić

Zagreb, 2021.

Sadržaj

1. Uvod	2
2. Teorijsko-konceptualni okvir istraživanja	3
2.1. Opstetričko i ginekološko nasilje: definicija i objašnjenje.....	3
2.2. Oblici i vrste opstetričkog nasilja.....	5
2.2.1. Emocionalno i verbalno nasilje.....	5
2.2.2. Fizičko nasilje/nasilne prakse.....	6
2.2.3. Ostala nasilna ponašanja.....	8
2.3. Teorijski koncepti.....	8
2.3.1. Rodno uvjetovano nasilje.....	9
2.3.2. Strukturalno nasilje.....	10
2.3.3. Institucionalno nasilje.....	11
2.3.4. Koncept reproduktivne samodeterminacije.....	13
3. Metodologija	14
3.1. Provedba istraživanja.....	14
3.2. Uzorak.....	15
3.3. Mjerni instrumenti.....	16
3.4. Etički aspekti istraživanja.....	18
4. Rezultati	19
4.1. Iskustva poroda: općenito.....	19
4.2. Osobna iskustva nasilja.....	21
4.2.1. Emocionalno i verbalno nasilje.....	21
4.2.2. Nasilne fizičke prakse.....	22
4.2.3. Prepoznavanje nasilja.....	28
4.3. Zadovoljenje potreba žena tijekom poroda.....	30
4.4. Stupanj kontrole roditelja i informiranosti o postupcima.....	33
4.5. Posljedice i reakcije na doživljeno nasilje.....	37
4.6. Što su žene još istaknule važnim?.....	38
5. Rasprava	43
6. Zaključak	48
Literatura	49

1. Uvod

U današnje vrijeme trudnoće se uglavnom porađaju u bolnicama što podrazumijeva da će iskusiti institucionalne rutine zdravstvenih djelatnika. No, osim pozitivnih, suvremeni porođaj može imati i neke negativne učinke na kvalitetu i iskustvo skrbi tijekom trudnoće i porođaja. Tijekom posljednjih desetljeća, žene se sve više potiče da koriste ustanove za rađanje stvaranjem potražnje, obrazovanjem, financijskim poticajima ili različitim mjerama politike; međutim, sve veći broj istraživanja o iskustvima žena tijekom trudnoće, a posebno poroda, daje uznemirujuću sliku o ponašanju zdravstvenog osoblja prema trudnicama (World Health Organisation, 2015). Svjedočanstva žena tijekom pokreta #Prekinimo šutnju 2018. godine pokazala su sustavnu i raširenu rasprostranjenost opstetričkog i ginekološkog nasilja u hrvatskim zdravstvenim ustanovama koje žene ne trpe samo tijekom poroda već i tijekom različitih ginekoloških zahvata (Krizmanić i Brunac, 2020). Ovaj diplomski rad se između ostaloga temelji na pojedinim česticama u radu/analizi “*Kvalitativna analiza svjedočanstava pacijentica o ginekološkom nasilju #prekinimošutnju*” udruge Roda. Problem je u tome što trudnoće često doživljavaju nasilje, ali medicinsko osoblje svoje postupke ne smatra nasilnim ponašanjem nego profesionalnom praksom medicinske skrbi kojoj je cilj dobrobit pacijentice (Krizmanić i Brunac, 2020). Žene često ne žele pričati o tome što su pretrpjele tijekom trudnoće i rađanja jer ih se ne shvaća ozbiljno, podcjenjuje, omalovažava te uvjerava da su takvi nasilni oblici ponašanja pri porodu normalni (Krizmanić i Brunac, 2020). Sukladno tomu, svrha ovog rada je osvještavanje o temi ginekološkog i opstetričkog nasilja koja je još uvijek nedovoljno istražena i o njoj se ne priča. Važan prvi korak koji može pomoći barem nekim ženama da izbjegnu ili spriječe zlostavljanje je utvrđivanje postojanja problema. Produblivanjem znanja o navedenoj temi, trebalo bi se povećati razumijevanje za sve žrtve pretrpljenog nasilja i potaknuti ih da bez straha i ustručavanja razgovaraju o tome i iznose svoje probleme, ali se i same informiraju prije porođaja. U budućnosti bi se trebali donijeti zakoni i odredbe koje idu u korist trudnicama i roditeljama.

Stoga, ciljevi ovog rada su su utvrditi i analizirati s kakvim se vrstama i oblicima opstetričkog i ginekološkog nasilja suočavaju trudnoće i roditelje u hrvatskim rodilištima, s kakvim posljedicama kasnije nastavljaju živjeti te utvrditi oblike reakcija u slučaju doživljavanja ginekološkog nasilja. Također, neka od važnijih pitanja na koje se ovim radom pokušao

dobiti odgovor su mogu li se utvrditi pravilnosti vezane za okolnosti u kojima se nasilje odvija i karakteristike aktera u tim okolnostima, tj. rizični faktori za ginekološko nasilje.

2. Teorijsko-konceptualni okvir istraživanja

2.1. Opstetričko i ginekološko nasilje: definicija i objašnjenje

Definicija nasilja nad ženama u “Deklaraciji o uklanjanju nasilja nad ženama” Ujedinjenih naroda (1933), opisuje nasilje nad ženama kao svako djelo nasilja osnovanog na spolnoj razlici koje kao posljedicu ima ili će fizičku, seksualnu ili psihološku povredu ili patnju žene. Ono uključuje prijetnju nasiljem, prisilu ili nadmoćno uskraćivanje bilo kakve slobode, a može biti od strane društvene zajednice ili pojedinca. Po pitanju nasilja nad ženama od strane zdravstvenih djelatnika, brojne prakse i ponašanja pružatelja zdravstvenih usluga mogu se smatrati nepoštivanjem i nasiljem, ovisno o definicijama kojima se služimo. Primjeri se kreću od ponašanja koja ne podupiru žene (poput ne davanja informacija, ukidanja suodlučivanja, verbalnih napada, ignoriranja) do fizički štetnih postupaka (poput stiskanja, veznja, udaranja ili ozljeđivanja). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO, 2015), izvještaji o nepoštivanju i nasilnom postupanju tijekom porođaja u ustanovama uključuju izravno fizičko zlostavljanje, duboko ponižavanje i verbalno zlostavljanje, prisilne ili nepristale medicinske procedure (uključujući sterilizaciju), nedostatak povjerljivosti, neuspjeh da se dobije potpuno informirani pristanak, odbijanje davanja lijekova protiv bolova, grubo kršenje privatnosti, odbijanje prijema u zdravstvene ustanove, zanemarivanje žena tijekom poroda da bi bile opasne po život, komplikacije koje se mogu izbjeći i zadržavanje žena i njihove novorođenčadi u ustanovama nakon poroda zbog nesposobnosti plaćanja.

Ne postoji jedna službena definicija opstetričkog nasilja kao posljedice svjetskog dogovora/konsenzusa, ali pojedine zemlje imaju svoje zakone o ovom konceptu i daju vlastite definicije. Venezuela je prva zemlja koja je prepoznala opstetričko nasilje kao pravni pojam (Krizmanić i Brunac, 2020). U časopisu/ medicinskoj publikaciji *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2010. godine objavljen je članak u kojem je dr. Rogelio Perez-D'Gregorio iz Venezuele opisao termin opstetričkog nasilja; on opstetričkim nasiljem smatra

postupke poput preranog i neprimjerenog korištenja medicinskih intervencija, prisiljavanje žena u ležeći položaj na leđima s uzdignutim nogama, rano odvajanje majke i djeteta bez medicinske indikacije, ubrzavanje poroda bez dobivanja informiranog pristanka roditelje (Krizmanić i Brunac, 2020). Nadalje, u Španjolskoj se opstetričko nasilje definira kao „čin zanemarivanja autoriteta i autonomije koje žene imaju nad njihovom seksualnošću, tijelima, bebama i iskustvima trudnoće/porođaja, a također zanemarujući spontanost, držanja, ritmove i vrijeme koje je potrebno za normalno rođenje (Mena-Tudela i sur., 2020)To je također čin zanemarivanja emocionalnih potreba majke i djeteta u bilo kojem trenutku trudnoće, tijekom porođaja i tijekom neposrednog postporođajnog razdoblja (Mena-Tudela i sur., 2020). Wiliams, Jerez i sur. (2018) također su dali definiciju prema kojoj je opstetričko nasilje pravni konstrukt koji se odnosi se na nepoštovanje i nasilje koje žene mogu doživjeti od zdravstvenih djelatnika tijekom trudnoće, porođaja i postporođajnog razdoblja, ali uključuje i druge elemente nekvalitetne skrbi kao što je nepridržavanje na temelju dokaza najbolje prakse. Pojam opstetričkog nasilja nastao je zajedničkim naporima ženskih grupa i mreža, feministkinja, strukovnih organizacija, međunarodnih i regionalnih tijela te predstavnika javnog zdravstva i istraživača u poboljšanju kvalitete skrbi koju žene pružaju u cijeloj regiji (Wiliams, Jerez i sur., 2018). Različite vrste takvog nasilja otkrivene u literaturi odnose se uglavnom na verbalno nasilje, fizičko nasilje, seksualno nasilje, socijalnu diskriminaciju, zanemarivanje i neprikladnu upotrebu postupaka i tehnologija tijekom trudnoće i poroda.

Što se tiče Republike Hrvatske, pojam opstetričkog/ginekološkog nasilja na hrvatskom jeziku prvi puta je spomenut 2012. godine u Hrvatskom saboru na okruglom stolu „I nasilje na porodu je nasilje nad ženama“ u organizaciji udruge Roditelji u akciji – Roda (Krizmanić i Brunac, 2020). Tom prilikom prvi puta su se javno iznosila svjedočanstva žena o bolnim i ponižavajućim postupcima koje su trpjele tijekom poroda zbog čega je udruga Roda pokrenula 2014. godine akciju pod nazivom „#Prekinimo šutnju“ koji se bori za osvještavanje takvog nasilja i daje priliku ženama da progovore bez straha i srama o onome što nije normalno, a događa se svakodnevno (Krizmanić i Brunac, 2020). Međutim, nakon toga nadležne institucije nisu poduzele gotovo ništa da se zabrinjavajuće stanje u hrvatskim rodilištima promijeni nabolje, stoga je akcija prerasla u pokret #Prekinimošutnju (Krizmanić i Brunac, 2020). U listopadu 2018. iz mnogobrojnih svjedočanstava žena na društvenim mrežama postaju vidljivi razmjeri nasilja koje žene trpe unutar zdravstvenog sustava

(Krizmanić i Brunac, 2020). Iako je takav pokret bio uspješan, mnoge žene svejedno ne žele razgovarati o tome i to je još uvijek tabu tema u hrvatskom društvu.

2.2. Oblici i vrste opstetričkog nasilja

Različiti su oblici, vrste i ponašanja opstetričkog nasilja, a u ovom radu i istraživanju nisu obuhvaćeni svi oblici koji se mogu pronaći u literaturi. Čestice su uglavnom utemeljene na kvalitativnom istraživanju udruge Roda.

2.2.1. Emocionalno i verbalno nasilje

Emocionalno nasilje uključuje komunikaciju i postupke kojima medicinsko osoblje kod pacijentice izaziva negativna emocionalna iskustva, a gleda se kao vrsta nasilja koja je usmjerena na emocionalni integritet pacijentice (Krizmanić i Brunac, 2020). U različitim svjedočanstvima pacijentica emocionalno nasilje prikazuje se kroz iskustva emocionalnih ucjena, zanemarivanja, ignoriranja te omalovažavanja (Krizmanić i Brunac, 2020). Nadalje, verbalno nasilje u svjedočanstvima je prijavljeno u obliku vrijeđanja, ponižavanja, ismijavanja, psovki i ispoljavanja ljutnje.

U ovom radu pod emocionalno i verbalno nasilje uvršteno je devet ponašanja. U tablici br.1 navedeni su postupci i objašnjenja te ono što se u nastavku rada tretiralo kao nasilje.

Tablica 1. Emocionalno i verbalno nasilje

Postupci	Objašnjenje
Vrijeđanje	Nazivanje ružnim i pogrđnim imenima, uvrede usmjerene na seksualnost ili bilo koju drugu karakteristiku žene
Ponižavanje	Omalovažavanje, tjeranje žena da se osjećaju nedovoljno vrijedno

Ismijavanje	Izrugivanje, podrugljivi komentari, podsmijeh zbog nekog nedostatka
Psovanje	Psovke usmjerene ženama ili općenito psovanje tijekom medicinskih pregleda, postupaka
Emocionalne ucjene	Npr. “Ako se ne smirite, sve će dulje trajati”, “Sama si kriva za ovo” ili sl.
Ispoljavanje ljutnje	Bijes, isfrustriranost, vikanje, drskost
Ignoriranje	Dugo čekanje, nemogućnost dobivanja odgovora, neupućenost u specifičnost slučaja
Zanemarivanje	Neposvećivanje dovoljno vremena ženi, nezadovoljenje iskazanih potreba poput žeđi, bolova i sl.
Nepoštivanje	Kršenje dogovorenih odluka, olako odustajanje od planiranog načina poroda

2.2.2. Fizičko nasilje/nasilne prakse

Nasilne prakse tumače se kao medicinski zahvati koje pacijentice doživljavaju agresivnima jer su im prouzročili bol, a u svjedočanstvima žena te se u svjedočanstvima pacijentica izdvajaju kao okrutni fizički postupci i uskraćivanje zadovoljavanja fizioloških potreba čime medicinsko osoblje kontrolira brzinu poroda te poziciju pacijentice (Krizmanić i Brunac, 2020). Važno je naglasiti da su neki od navedenih postupaka ponekad nužni za majčinu i djetetovu sigurnost i zdravlje te se izvode s ciljem njihove dobrobiti i kvalitetne zdravstvene skrbi. Bitno je da se izvode uz pristanak i informiranje trudnice o samom postupku, kao i njegovim rizicima. U slučaju nepotrebno izvedenih nasilnih praksi za koje zdravstveni djelatnici nemaju zdravstveno opravdanje te pristanak i nakon kojeg trudnicama i roditeljama ostaju neke negativne posljedice, možemo govoriti o fizičkom nasilju.

U različitoj literaturi pod fizičkim nasiljem i nasilnim praksama navedena su brojna ponašanja, a za ovaj diplomski rad odabrano je njih dvanaest. Nije isključeno da ostali postupci ne spadaju u fizičko nasilje, niti da su manje važni. Pojmovi su objašnjeni u tablici br. 2.

Tablica 2. Nasilne prakse i objašnjenja

Nasilne prakse	Objašnjenje
Grubost medicinskog osoblja	Medicinsko osoblje (pogotovo liječnici) u svojem postupanju narušavaju fizički integritet pacijentica i pridonose njihovom izrazito negativnom subjektivnom doživljaju ginekoloških postupaka (Krizmanić i Brunac, 2020).
Stavljanje u prisilan položaj	Medicinski radnici trebaju osigurati praćenje stanja djeteta na odgovarajući način i u bilo kojem položaju kojega pacijentica zauzme. Ona ne smije biti prisiljena ni na jedan određeni položaj, trebala bi moći izabrati onaj koji joj se čini najugodniji (WHO, 2018).
Inducirani porod	Umjetno izazvan porod Nekim ženama kaže se da će automatski imati umjetno izazvan porod na određeni datum, a da nisu informirane o rizicima indukcije ili alternativnih pristupa.
Epiziotomija	Kirurški rez u predjelu međice koje se u krajnjoj nuždi izvodi kad je indicirano kod izгона djeteta iz porođajnog kanala; epiziotomija bi trebala biti rijetka i koristiti se isključivo u malom broju slučajeva kad je neophodno.
Šivanje bez anestezije nakon epiziotomije	Izostanak anestezije i analgezije uzrokuju bolna iskustva pacijentica tijekom ginekoloških zahvata (Krizmanić i Brunac, 2020).
Prokidanje vodenjaka	Intervencija koja se najčešće izvodi radi ubrzanja poroda. Vrlo često se izvodi bez privole pacijentica unatoč tome što istraživanja ne podržavaju rutinsko prokidanje vodenjaka tijekom poroda koji je započeo spontano i koji normalno napreduje ili je dugotrajan (Krizmanić i Brunac, 2020).
Kristllerov hvat	Primjena ručnog pritiska na svod trbuha radi ubrzanja porođaja (Krizmanić i Brunac, 2020). Prema anketi o praksama u sustavu maternalne skrbi u Hrvatskoj o ne postoje službeni podaci o korištenju Kristellerovog hvata, a ovaj postupak predstavlja rizik za majku i dijete te zabrinjava njegova rutinska upotreba u tako velikom broju slučajeva u Hrvatskoj (Roda, 2015).
Otvaranje vaginalnim pregledima	Širenje vaginalnih stijenki instrumentima namijenjenim za to

Davanje pretjerano jakih lijekova	“Drogiranje” trudnica lijekovima i omamljivanje prevelikim dozama i količinama kako bi umanjili bol
Neprimjereno dugotrajno korištenje dripa	Drip je sintetski hormon koji služi za pojačavanje trudova (Roda, 2015)
Vezivanje	Pacijentice su nerijetko imobilizirane kako bi medicinsko osoblje imalo veću kontrolu nad tijelom pacijentice, odnosno njezinim otporom i fizičkim reakcijama na bol koju proživljavaju (Krizmanić i Brunac, 2020).
Stiskanje/stezanje nekog dijela tijela	

2.2.3. Ostala nasilna ponašanja

Zlostavljanje također uključuje radnje poput medicinskog liječenja bez informiranog pristanka, izostavljanje informacije koje prevladavaju nečije odbijanje tretmana, i pogrešno prikazivanje medicinskih situacija i potreba za intervencijama. Budući da je liječnik stručnjak, žena možda neće moći reći je li liječnik izostavio informacije ili pogrešno prikazao zdravstvenu situaciju, stoga nije ni svjesna da doživljava nasilje. Još jedan od takvih postupaka je ukidanje prava na suodlučivanje. Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka” (NN 169/04, 37/08). Neinformiranje pacijentica o medicinskim postupcima, manjak objašnjenja i empatije medicinskog osoblja te nemogućnost donošenja odluka značajno utječu na subjektivni negativni doživljaj poroda (Krizmanić i Brunac, 2020).

2.3. Teorijski koncepti

Osim osobne razine, opstetričko i ginekološko nasilje nad trudnicama dio je većeg društvenog problema i važan sociološki problem. Opstetričko nasilje može se objasniti kroz nekoliko socioloških koncepata i teorija, a u ovom radu takvo nasilje bit će objašnjeno kroz teorije i koncepte rodno uvjetovanog nasilja, strukturalnog nasilja, institucionalnog nasilja te koncepta reproduktivne samodeterminacije.

2.3.1. Rodno uvjetovano nasilje

Za početak, bitno je objasniti što obuhvaća pojam roda. Svjetska zdravstvena organizacija u svojoj definiciji pod pojmom roda podrazumijeva društveno konstruirane uloge, ponašanja, aktivnosti i atribute koje određeno društvo smatra prikladnim za žene i muškarce (Klasnić, 2014: prema WHO, 2014). Društvena konstrukcija roda može se postići mehanizmima kontrole kojima se ženama i muškarcima pripisuju određene društvene uloge i očekivanja; zbog toga se vjeruje da žene i muškarci dolaze u svoje društvene uloge „prirodno“ (žene „prirodne negovateljice“) i žele postati majke i brinuti za djecu (Klasnić, 2014: prema Galić, 2007a:12). Rodno uvjetovano nasilje jedan je od problema kojima se feministkinje bave, a opstetričko i rodno uvjetovano nasilje usko su vezani. Rodno uvjetovano nasilje (engl. gender based violence) oblikovano je rodnim ulogama i statusom u društvu, a posebno se odnosi na rodna očekivanja, razliku u moći i statusu, muška prava i seksualnu objektivizaciju žena; svi skupa zajedno legitimiziraju, čine nevidljivim, seksualiziraju i pomažu u perpetuiranju nasilja nad ženama (Russo i Pirlott, 2006). No, ženske uloge nisu prirodne osobine, nego društvene konstrukcije koje su upisane u određene profesionalne i institucionalne položaje. Rodne norme koje se odnose na žene kao majke dodatno kompliciraju identifikaciju i priznavanje opstetričkog nasilja u današnjem društvu. Žene se suočavaju s teškom borbom protiv ovih ukorijenjenih majčinskih vrijednosti, koje sugeriraju da su dobre majke one koje podređuju svoje potrebe (i tijela) u službi svoje djece i obitelji (Kukura,2018). Prema Nelson (2015), krajem 1960-ih i početkom 1970-ih, feministice su generirale pokret za žensko zdravlje koji je borbu za revoluciju u zdravstvu preusmjerio na fokus na ukidanju spolne diskriminacije i rodnih stereotipa koji se održavaju u uobičajenom medicinskom kontekstu. Mnoge su feministkinje tvrdile da su drugorazredni socijalni status žena ojačale i medicinske ustanove (i liječnici koji u takvim institucijama dominiraju) koji su usko ograničavali mogućnost žena da samostalno odlučuju o reproduktivnoj zdravstvenoj zaštiti (Nelson, 2015). Neinformiranje o postupcima, zabranjivanje ženama da samostalno donose odluke ili suodlučuju, skrivanje relevantnih informacija ili rizika samo su neki od ponašanja kojima je ženama onemogućena aktivna uloga u vlastitom reproduktivnom sustavu i zaštiti. Loše postupanje sa ženama u zdravstvenim ustanovama ukorijenjeno je u sveobuhvatnoj rodnoj nejednakosti i neravnoteži moći između pružatelja zdravstvenih usluga i žena.

Određene društvene norme koje se odnose na majčinstvo i spol igraju veliku ulogu u omogućavanju i toleriranju opstetričkog nasilja. Znanstvenici su dugo istraživali kako rodna pristranost u zdravstvenoj zaštiti potkopava zdravlje i dobrobit žena i oni priznaju da se zdravstveni sustav razvio po paternalističkom modelu u kojem je liječnik i dan danas zadržao potpuni i neupitni autoritet nad svim odlukama i informacijama vezanim uz zdravlje (Kukura,2018). Suvremeni porođaj i rađanje počivaju na paternalističkim stavovima muških liječnika u devetnaestom i ranom dvadesetom stoljeću koji su se izjasnili kao stručnjaci za porođaj i uveli različite intervencije pod pretpostavkom da ženska slabost zahtjeva uzimanje lijekova protiv bolova i drugo ometanje prirodnog procesa poroda u tijelu (Kukura,2018).

Levy (2008) smatra kako je definicija nasilja nad ženama Ujedinjenih naroda važna jer se fokusira na odgovornost države za bavljenjem ljudskim pravima žena i jer prepoznaje nasilje nad ženama kao rodno uvjetovano nasilje koje je istovremeno i javni i privatni problem i govori o tome koliko je važno je izazvati stajalište da nasilje nad ženama nije samo individualni, privatni problem određene žrtve; također je važno prepoznati da je takvo nasilje institucionalizirano i podržno od strane države.

Prema Solnes Miltenburg, van Pelt, Meguid i Sundby (2018) loše postupanje sa ženama u zdravstvenim ustanovama ukorijenjeno je u sveobuhvatnoj rodnoj nejednakosti i neravnoteži moći između pružatelja zdravstvenih usluga i žena te se iz tog razloga nepoštivanje i zlostavljanje mogu smatrati i posljedicom strukturnog nasilja.

2.3.2. Strukturno nasilje

Strukturno nasilje odnosi se na društvene snage koje stvaraju i održavaju nejednakosti između društvenih skupina koje stvaraju mjesta za uvjete u kojima se mogu provoditi međuljudsko zlostavljanje i nasilje (Solnes Miltenburg i sur., 2018). Bez obzira na to što izraz „nasilje“ govori o fizičkoj prirodi nepoštivanja i zlostavljanja pri porodu, bit strukturnog nasilja leži u neizravnom i često nevidljivom te sustavnom nanošenju štete pojedincima od strane društvenih snaga (u ovom slučaju zdravstvenih djelatnika) koje onemogućuju pojedincima da zadovolje svoje osnovne potrebe (Solnes Miltenburg i sur., 2018). Takav problem ima korijene u povijesti i strukturi majčinske skrbi. Rješavanje opstetričkog nasilja zahtijeva preoblikovanje institucionalnih uvjeta koji doprinose profesionalnoj kulturi u

nekim zdravstvenim ustanovama koje toleriraju, omogućuju ili čak potiču takvo ponašanje (Kukura, 2018). Prema Kukura (2018), postoje tri problema koja pomažu u stvaranju uvjeta za zlostavljanje žena pri porodu: ekonomski pritisci na bolnice i liječnike; trend medikalizacije poroda; uloga koju strah od odgovornosti i obrambene medicine imaju u doprinosu opstetričkom nasilju. Iako nisu isključivo u skrbi za roditelje, ove su brige osobito važne za objašnjenje kako i zašto se zlostavljanje žena tijekom poroda nastavlja u suvremenoj medicinskoj praksi (Kukura, 2018). Sprječavanje nepoštivanja i zlostavljanja tijekom porođaja zahtijeva stavljanje pažnju na strukturalne nejednakosti koje potiču uvjete koji omogućavaju zlostavljanje ranjivih žena. Međutim, loše postupanje sa ženama u zdravstvenim ustanovama je sistemsko i zahtijeva strukturniju analizu kako bi se na to pitanje gledalo kao na posljedicu što veće društvene, ekonomske i političke strukture ne vrednuju ženske živote (Solnes Miltenburg i sur., 2018).

2.3.3. Institucionalno nasilje

Hrvatski zakoni za zaštitu prava pacijenata ne poznaju izraz „nasilje pri porodu”, a još uvijek ne postoji zakon koji regulira ovaj segment prava žena. Takvu vrstu nasilja vrše javne službe putem određenih radnji ili propusta. Može obuhvaćati postupke kao što su nedostatak pristupa kvalitetnim uslugama; hodočašća za razne usluge u potrazi za njegom i dugim čekanjima; učinkovita i odlučna pomoć; nepoštivanje prava na nediskriminaciju; usluga koja je izvršena mehanički, bez veze, naklonosti i poštovanja prema osobi koja je prima; neetične prakse prema svojim pacijenticama (Brilhante, Jorge, 2020).

Nasilna ponašanja od strane zdravstvenih djelatnika spuštaju ili uništavaju samopoštovanje žena, dok istovremeno jačaju osjećaj moći moći, tipično nasilništva. Iako bi vjerojatno većina nas to prepoznala kao nasilničko ponašanje u gotovo bilo kojem drugom okruženju, budući da smo socijalizirani kako bismo u bolnici očekivali pouzdano i profesionalno ponašanje i bili u skladu s medicinskim smjernicama, ta se ponašanja rijetko prepoznaju i tumače kao zlostavljanje. Ali, problem nasilja u rodilištu u bolnici nije niti ženska krivnja niti problem nekolicine nasilnika (Hodges, 2009). To je sistemski problem, omogućen nedostatkom

odgovornosti i kulturom nekažnjavanja u bolničkoj hijerarhiji, gdje zlostavljanje i uznemiravanje dolaze od vrha prema dolje, a pogađaju bolničko osoblje kao i pacijente (Hodges, 2009).

Također, u takvom institucionalnom nasilju uočava se prisutnost simboličkog nasilja o kojemu govori Bourdieu. Simboličko nasilje očituje se u tome da dominantne grupe imaju moć nametanja određenih značenja kao legitimnih, skrivajući pri tome odnose moći na kojima se ta moć zasniva, a navodi skupine i pojedince koji su mu podvrgnuti da nesvjesno prihvate podčinjeni položaj (Bourdieu i Passerson, 1997). Teorijske pretpostavke tražene u Bourdieuu pružile su bolje razumijevanje prikrivanja ili disimulacije osvajanjem suučesništva dominiranih, odnosno primatelja simboličkog nasilja (Brilhante i Jorge, 2020). Na taj se način dominirani, iako su bijesni, ne mogu izolirano suprotstaviti toj dominaciji, ostavljajući je da je prihvati kao prirodna i ne čineći ništa (Brilhante i Jorge, 2020). Stoga ova vrsta nametnutog, šutljivog, prešućivanog, naturaliziranog i društveno prihvaćenog nasilja često postaje nevidljiva kako dominantnim, tako i dominiranim odnosima sile i hijerarhije (Brilhante i Jorge, 2020). Ono se odvija i u odnosima između liječnika/medicinskog osoblja kao grupe s više moći, prestiža i časti te trudnica/rodilja kao grupe s manje moći u tom odnosu. S obzirom na to da medicinsko osoblje predstavlja autoritet i u bolnicama postoji određena hijerarhija i dominacija, pacijentice ponekad ni ne preispituju ispravnost njihovih postupaka, ne shvaćaju to kao kršenje zdravstvenih prava ili ih naposljetku jednostavno prihvate kao nešto prirodno (Brilhante i Jorge, 2020). Kako to nije samo pojedinačni, nego kolektivni i javni problem, ignoriranje problema pridonosi njegovoj naturalizaciji.

S druge strane, ponekad ono što pacijentice doživljavaju kao nasilje, medicinsko osoblje ne prepoznaje kao nasilne postupke već kao profesionalnu praksu medicinske skrbi kojoj je cilj dobrobit pacijentice pa je vrlo teško krenuti s rješavanjem problema koji „ne postoji”. Takva vrsta nasilja ne izgleda „nasilno” jer su socijalna očekivanja takva da vjerujemo da liječnici daju preporuke koje su usmjerene isključivo na ženino zdravlje i sigurnost. Zbog toga žene često pristaju na intervencije o kojima ništa ne znaju i koje im mogu ostaviti kratkoročne ili dugoročne posljedice (Shabot, 2021).

S jedne strane ovakvo sustavno institucionalno nasilje u javnosti brane čelnici hrvatske ginekologije i opstetricije, a i nadležna ministarstva sumnjaju u autentičnost iskustava pacijentica poručujući im da o ginekologiji ništa ne znaju, da su preosjetljive na bol i prijete im kaznom ako prijave nasilje i neprofesionalno postupanje medicinskog osoblja (Krizmanić i Brunac, 2020). S druge strane su brojni stručnjaci i stručnjakinje svjesni neprofesionalnog postupanja koji osuđuju takve nasilne postupke (Krizmanić i Brunac, 2020). Nasilje vidimo kao „institucionalizirano” onda kad je opravdano kao normalno ili prihvatljivo od strane institucija kao što su religija, pravni sustav, radno mjesto i vladine politike (Levy, 2008).

2.3.4. Koncept reproduktivne samodeterminacije

Galić, Klasnić i Jurković Kuruc (2014) govore o reproduktivnoj samodeterminaciji koja pretpostavlja stjecanje autonomije žena u svim njihovim životnim prilikama i šansama. Odnos prema reproduktivnim metodama i tehnikama, ali i sama reprodukcija utječu na smjer kretanja njihovih života, na kulturne ideje o ženskosti, majčinstvu i obitelji (Galić, Klasnić i Jurković Kuruc, 2014). Stoga, zbog nasilnih metoda i postupaka pri porodu, žene mijenjaju svoje ideje, a smjer kretanja života nakon trudnoće i poroda ne odvija se kako bi trebao. Trudnicama i roditeljama su uskraćene informacije, pravo na donošenje odluka vezanih za porod te su im rađeni postupci koje zdravstveni djelatnici ne traže pristanak. Nakon takvih iskustava, ženama ostaju posljedice koje mogu biti privremene ili trajne; ne žele više rađati, imaju velik strah, ne vjeruju zdravstvenim djelatnicima i institucijama, imaju druge psihičke ili fizičke probleme i sl. Iako bi u trenutku poroda zdravstveni djelatnici trebali biti potpora ženama, često su utjecaj, interesi i moć društvenih institucija u raskoraku s interesima samih žena kao glavnih akterki, subjekata i nositeljica samoreprodukcije (Galić, 2011). Kontrola ženskog seksualnog i reproduktivnog ponašanja manifestira se uvijek u zakonima i politici, ali ne radi se samo o zakonima koji uskraćuju, opstruiraju ili blokiraju pristup reproduktivnim zdravstvenim uslugama, nego se također radi i o praksi koja može postojati usprkos korektnim zakonima (Galić, Klasnić i Jurković Kuruc, 2014). Čak i onda kada zakoni ne pridonose tome da se opstruiraju pristupi reproduktivnim zdravstvenim uslugama, nerijetko se takve opstrukcije odvijaju u praksi i teško ih je obuzdati (Galić, Klasnić i

Jurković Kuruc, 2014). Nažalost, iako postoje zakoni koji se bave pravima pacijenata (Zakon o zaštiti prava pacijenata (n.d.). NN 169/04, 37/08.), ne postoji ni jedan zakon koji specifično djeluje u korist trudnica i porodilja što još više otežava rješavanje problema opstetričkog nasilja.

Prema Galić, Klasnić i Jurković Kuruc (2014) ženska tijela su kontrolirana i „politički” oblikovana pomoću odnosa moći i reproduktivnih tehnologija, ali veća ponuda različitih mogućnosti za odluke o rađanju kao što su „prirodni” porod, surogat majčinstvo i sl. otvaraju mogućnosti izgradnje nove vrste „ženske solidarnosti”, ali i drugih vrsta otvorenih pitanja. No, je li to stvarno tako? Otvaraju li se mogućnosti nove vrste solidarnosti ili više prilika za kršenje zenskih prava i veću kontrolu? Prema Galić, Klasnić i Jurković Kuruc (2014) u patrijarhalnim društvima kao što je hrvatsko nije uspostavljeno načelo samodeterminacije žena kada se radi o ljudskoj reprodukciji, nego su ženska tijela sredstva manipulacije (u pravilu institucija države i crkve), a mišljenja i želje trudnica i roditelja u takvim se okolnostima zanemaruju. Na kraju, samodeterminacija upravo znači da žene nositeljice reprodukcije zbog vlastitih zaloga i rizika tijela i zdravlja trebaju imati najveći udio u odlučivanju o reprodukciji ljudske vrste, a svaka uzurpacija ženskog autoriteta u reprodukciji odražava odnos diskriminacije prema ženama (Galić, 2006). Kako je već navedeno, neinformiranost o postupcima, nedopuštanje u odlučivanju i suodlučivanju, prešućivanje činjenica i mnoge druge stvari pokazuju da žene još uvijek nemaju pravo odlučivanja u vlastitoj reprodukciji.

3. Metodologija

3.1. Provedba istraživanja

Za potrebe diplomskog rada provedeno je istraživanje kvantitativnom metodologijom: metodom ankete. Anketiranje se odvijalo putem servisa LimeSurvey, a poziv na sudjelovanje u istraživanju, odnosno regrutacija sudionica istraživanja rađena je putem društvene mreže Facebook. Na Facebook stranicama i grupama: „Trudnice i mame: Iskustva,savjeti..“, „Mamine tajne anonimne i javne“, „Od mame za mamu“, „Porodiljni dječji doplatak i svi ostali upiti...“,

„Mame i bebe“, „Sve za bebe i djecu“, „Trudnice i mame 2020./2021.“, „Mame, trudnice i bebe“ te na profilu autorice ovog rada podijeljena je poveznica za pristup anketnom upitniku koji je bio dostupan za ispunjavanje uz kratki opis istraživanja i zamolbu za ispunjavanje u svrhu prikupljanja podataka za diplomski rad. Prije dijeljenja poziva za sudjelovanje u istraživanju, tražila sam dopuštenje administratora Facebook grupa za postavljanje poziva na sudjelovanje u istraživanju. U anketnom upitniku nastojala su se ispitati iskustva opstetričkog i ginekološkog nasilja, kao i potencijalni rizični faktori za ginekološko nasilje (dob, stupanj obrazovanja, financijski status, mjesto prebivališta, broj djece i dr.) Podaci su prikupljeni u rujnu 2021. godine. Neka od pitanja na koja se također nastojao dobiti odgovor ovim istraživanjem odnose se na stupanj kontrole koji su trudnice i roditelje imale tijekom poroda i boravka u bolnici u donošenju odluka tijekom medicinskih postupaka, posljedice s kojima se nose nakon pretrpljenog nasilja, odnos sa zdravstvenim osobljem, informiranost o svim postupcima.

3.2. Uzorak

Anketni upitnik započelo je ispunjavati 2073 ispitanica, od čega je 1401 potpunih odgovora. Za potrebe diplomskog rada analizirani su samo potpuni odgovori jer se prekidanje ispunjavanja prije dovršetka smatra kao odustajanje od sudjelovanja u istraživanju.

Žene zastupljene u uzorku su prosječne dobi od 40,5 godina (sd=150). Medijan iznosi 31,0 godinu. Upitnik su ispunile žene iz svih županija Republike Hrvatske, a najviše ih dolazi iz Grada Zagreba, Zagrebačke županije, Splitsko-dalmatinske te Osječko-baranjske županije. 69% žena dolazi iz grada, 31% iz sela, a podataka za preostalih 1% nema jer su ispitanice to pitanje ostavile bez odgovora. Što se tiče zaposlenosti, 77% žena prije početka porođajnog bilo je zaposleno, 16% nezaposleno, a kućanica i žena na školovanju bilo je oko 2%. Pod “ostalo” su također navele da su prije početka porođajnog radile honorarno, bile na drugom porođajnom, radno nesposobne, obrtnice, samozaposlene, imaju status roditelja odgajatelja i roditelja odgojitelja, zaposlene na pola radnog vremena. Malo više od polovice žena (oko 57%) procjenjuje svoje imovinsko stanje kao ni bolje ni lošije od većine drugih, njih 30% navodi da je nešto bolje od većine drugih, a 1,5% smatra da je puno lošije od većine drugih.

3,5% navodi da je nešto lošije od drugih, dok njih 8% smatra da je puno bolje od većine drugih. Od njih 1401, 45 žena nije htjelo odgovoriti na pitanje o materijalnom statusu. 22% žena navodi da imaju mjesečna primanja 4 501,00 – 6 000,00 kn, 4% žena nema nikakvih mjesečnih primanja, a 1 501,00 – 3 000,00 kn ima otprilike 10%. Na pitanje o najvišem završenom stupanju obrazovanja gotovo polovica žena (45%) odgovorile su da su završile visoko obrazovanje (preddiplomski studij, diplomski studij, specijalistički), potom 34% žena koje su odgovorile da su završile srednju školu u trajanju od 4 ili više godina. Srednju školu u trajanju do 3 godine završilo je 15% žena, a magisterij, doktorat ili specijalizaciju završilo je 5% žena. Tek malo više od 1% kao odgovor je navelo da im je najviši završeni stupanj obrazovanja osnovna škola.

Po pitanju religioznosti, gotovo polovica kao odgovor navodi: „Religiozna sam na svoj način”. Jedna četvrtina žena je religiozna u skladu s crkvenim učenjem. 18% nije religiozno, dok je oko 2% protivnica vjere. 6% je onih koje nisu sigurne jesu li religiozne ili ne.

Na pitanju o statusu veze u trenutku trudnoće i poroda većina ispitanica (otprilike 75%) navodi da je u trenutku trudnoće i poroda bilo u braku, a 25% u izvanbračnoj zajednici. Oko 0,4 % ispitanica kao odgovor navelo je “Nisam bila u vezi” i “Razvedena”. Jedna žena je navela da je ostala udovica u trenutku trudnoće i poroda.

3.3. Mjerni instrumenti

Istraživački instrument je online anketni upitnik konstruiran za potrebe provedbe istraživanja iskustava opstetričkog i ginekološkog nasilja trudnicama i roditelja u hrvatskim rodilištima. Pojedini mjerni instrumenti su konstruirani konzultirajući rezultate kvalitativne studije „Kvalitativna analiza svjedočanstava pacijentica o ginekološkom nasilju „#PrekinimoŠutnju“ (Krizmanić i Brunac, 2020). Anketni upitnik sastojao se od 56 pitanja podijeljenih u 7 grupa. Pitanja o iskustvima na porodu odnosila na period od 2015. godine do provedbe istraživanja (rujan 2021). Prva grupa uključivala je pitanja vezana uz iskustvo i broj poroda te bolnicu u kojoj su ispitanice rodile. Sljedeća grupa obuhvaća pitanja o tome jesu li trudnice iskusile neke od navedenih oblika verbalnog i emocionalnog nasilja. Čestice su bile podijeljene na način da se potvrđan odgovor (“Da”) za vrijeđanje, ponižavanje, ismijavanje, psovanje,

emocionalne ucjene, ispoljavanje ljutnje, ignoriranje, zanemarivanje te nepoštivanje označava kao postojanje verbalnog i emocionalnog nasilja. Također se ispituju iskustva nasilnih praksi i ponašanja pretrpljenih od strane zdravstvenih djelatnika. Ispitanice mogu odgovoriti s “da”, “ne” ili “ne znam, nisam sigurna”. Neki od navedenih postupaka su u nekim slučajevima nužni za dobrobit pacijentice ili djeteta, stoga potvrđan odgovor na pretrpljena ponašanja od strane zdravstvenih djelatnika nužno ne označavaju postojanje fizičkog nasilja. Ukoliko ispitanice odgovore s “da” na neko od navedenih nasilnih ponašanja, postavljaju im se pitanja o tome smatraju li da je navedeni postupak bio medicinski opravdan i jesu li nakon njega imale negativne posljedice. Ukoliko su kao odgovor o medicinskoj opravdanosti navele da smatraju da postupci nisu bili medicinski opravdani, takvi postupci su u radu klasificirani kao nasilje, tj, nasilna ponašanja. Ukoliko su navele da nisu sigurne u medicinsku opravdanost postupka, ponašanje je svrstano pod „možda nasilje”. Naravno, svjesni smo da takva klasifikacija ponašanja kao nasilja ovisi o percepciji naših ispitanica. Treća grupa pitanja bavi se iskustvima zadovoljenja potvrda i zahtjeva (osnovne ljudske potrebe, zahtjev za epiduralnom analgezijom i sl.) te ispituje prisutnost zdravstvenih djelatnika prije, tijekom i nakon poroda. Nadalje, slijedi grupa pitanja koja ispituje iskustva stupnja kontrole prije, tijekom i nakon poroda koje ispitanice smatraju da jesu ili nisu imale. To se odnosi na suodlučivanje u odlukama, informiranje o postupcima provedenim nad ispitanicama, ali i to jesu li poznavale nekoga od zdravstvenih djelatnika ranije; u svjedočanstvima udruge Roda uočeno je neinformiranje o medicinskim postupcima i ustanovljeno da medicinsko osoblje pacijenticama ne objašnjava nužnost i posljedice određenih medicinskih postupaka i intervencija, stoga je ispitano subjektivno mišljenje žena o odgovarajućoj informiranosti i razini suodlučivanja u odlikama. Peta grupa obuhvaća pitanja kojima se ispituju posljedice nakon pretrpljenog nasilja i reakcije koje su ispitanice poduzele u slučaju da smatraju da su pretrpjele neku vrstu nasilja (prijava nadležnim institucijama, razgovor s bližnjima, razgovor s medicinskim djelatnicima...). Predzadnja grupa ispituje zadovoljstvo odnosa i ponašanja zdravstvenih djelatnika prema trudnicama, ali na kraju i prema njihovoj novorođenoj djeci. Na kraju su postavljena pitanja o sociodemografskim karakteristikama samih ispitanica.

3.4. Etički aspekti istraživanja

U tekstu za dobivanje informiranog pristanka sudionice su bile obaviještene o ciljevima i svrsi istraživačkog rada te o načinu zaštite anonimnosti sudionica i povjerljivosti podataka, tj. o potpunoj dobrovoljnosti i anonimnosti u sudjelovanju. Na početku su klikom na gumb „sljedeće” dale svoj informirani pristanak. Od ispitanica se nisu tražili podaci o identitetu, već samo opće sociodemografske informacije, a sustav nije prikupljao njihove IP adrese. Podaci su analizirani isključivo na grupnoj razini. U istraživačkom izvještaju/tekstu rada neće biti otkriveni bilo koji identificirajući podaci o ispitanicama istraživanja. Također, kao autorica, obavezala sam se da neću prikazati eventualne i osjetljive ili identificirajuće informacije koje ispitanice mogu navesti u otvorenom pitanju. S obzirom na to da je sudjelovanje u istraživanju uključivalo potencijalni rizik od retraumatizacije (žene zbog prisjećanja nasilja i traume koje su doživjele mogu ponovno biti istraumatizirane prošlim događajima), na kraju anketnog upitnika predložena je mjera podrške putem navođenja kontakta kojima se mogu obratiti u slučaju doživljavanja nasilja i potrebe za psihološkom ili bilo kakvom drugom pomoći. Navedeni su kontakti Hrvatske liječničke komore, B.a.B.e organizacije, udruga Roda i Let te Plavog telefona.

4. Rezultati

Glavni ciljevi ovog rada bili su utvrditi i analizirati s kakvim se vrstama i oblicima opstetričkog i ginekološkog nasilja suočavaju trudnice i roditelje u hrvatskim rodilištima, s kakvim posljedicama kasnije nastavljaju živjeti te utvrditi oblike reakcija u slučaju doživljavanja ginekološkog nasilja. Rezultati istraživanja predstavljeni su u nekoliko poglavlja/grupa koje prate ciljeve istraživanja i anketni upitnik.

4.1. Iskustva poroda: općenito

U poglavlju „Iskustva poroda“ prikazani su osnovni podatci o porodima: kakvu vrstu poroda i koliko njih su trudnice imale.

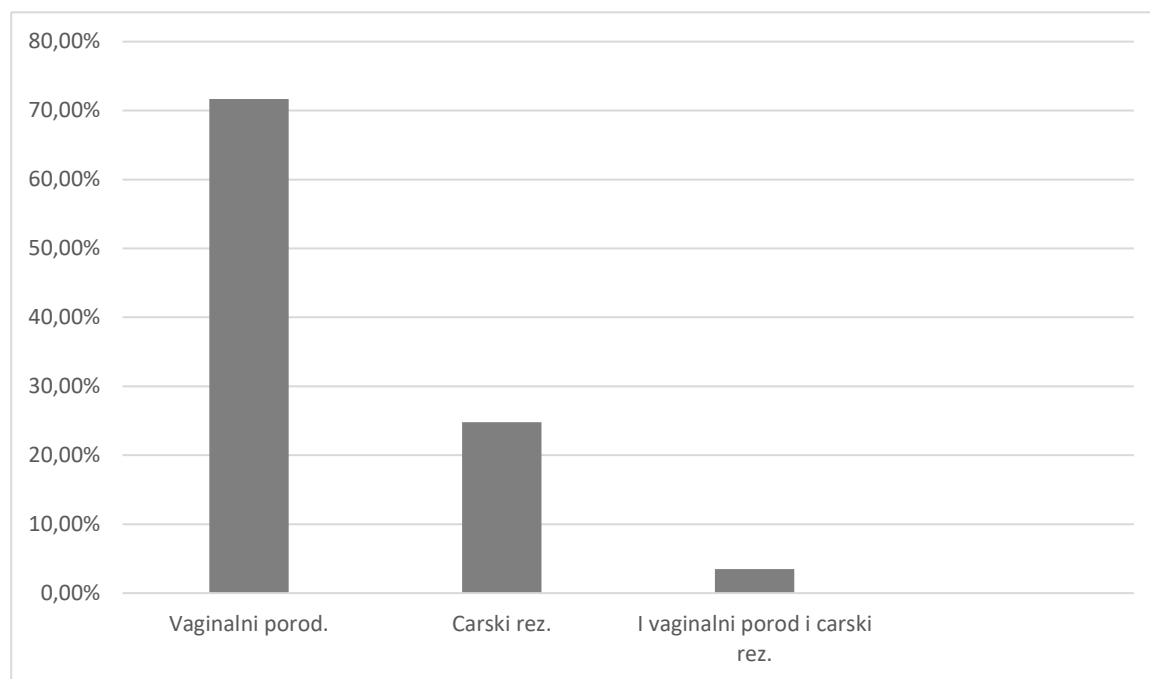
Tablica 3. Broj poroda

Broj poroda	Koliko ste ukupno poroda u životu imali? (N=1401)		Koliko ste puta rodili od 2015. godine do danas? (N=1396)	
	F	Postotak od ukupnog broja	F	Postotak od ukupnog broja
Jedan	823	58,7%	1002	71,8%
Dva	391	27,9%	341	24,4%
Tri	139	9,9%	48	3,4%
Četiri	26	1,9%	3	0,2%
Pet	14	1,0%	2	0,1%
Šest ili više	8	0,6%	/	/

Tablica br. 3 prikazuje koliko su ispitanice imale poroda u životu, ali i koliko su puta rodile od 2015. godine do danas (odnosno u periodu za koji su im kasnije postavljena pitanja). Najviše žena (oko 59% od ukupnog broja ispitanica) koje su sudjelovale u istraživanju rodilo je samo jedanput, a samo 0,6% rodilo je šest ili više puta. Otprilike trećina ih je rodila dva puta, a četiri ili pet puta rodilo je 1,5% ispitanica.

Od 2015. godine nadalje 72% žena rodilo je jedanput, a 24% dva puta. Ostale žene rodile su tri, četiri ili pet puta, dok 6 ili više puta nije rodila ni jedna anketirana žena. Standardna devijacija broja poroda u posljednjih 5 godina jest 0,564, a medijan broja poroda iznosi 1,00.

Na pitanje o prisutnosti partnera na porodu 62% ispitanica odgovorilo je da partner nije bio ni na jednom porodu, kod 24% žena partner je bio na svim porodima, a njih 13% izjavilo je da je partner bio prisutan, ali ne na svim porodima. Za vrijeme pandemije koronavirusa rodilo je 70% ispitanica koje su ispunjavale upitnik, a kod 30% žena porod nije bio za vrijeme pandemije. Manje od 0,5% ispitanica nije odgovorilo na ovo pitanje.



Slika 1. Vrsta poroda

Slika br. 1 prikazuje oblik, tj. vrstu poroda. 71,7% ispitanica imalo je samo vaginalni porod, oko 25% carski rez, a vaginalni porod i carski rez imalo je tek 3,5% ispitanica.

Ispitanicama je postavljeno pitanje o tome jesu li imale neke zdravstvene komplikacije prilikom trudnoće ili poroda. 61,5% žena odgovorio je da nisu imale zdravstvene komplikacije (imale su urednu trudnoću i porod), a 38,5% pretrpjele su neke od zdravstvenih komplikacija. Pod zdravstvene komplikacije navele su: manjak plodne vode, kamen u žuči,

neuredan ctg, visok ili nizak krvni tlak, visokorizična trudnoća, porod je završio carskim rezom, ponovna hospitalizacija zbog infekcije rane epizotimije, IUGR ploda od 30.-38. tjedna kada je zakazan carski rez, preklampsija, prijevremeni porod, hematoma, arupcija posteljice, makroglosija, krvarenje, kolestaza, hitan carski rez, trudnički dijabetes.

4.2. Osobna iskustva nasilja

Poglavlje predstavlja rezultate na postavljena pitanja o osobnim iskustvima nasilnih praksi i ponašanja koje su ispitanice doživjele tijekom poroda.

4.2.1. Emocionalno i verbalno nasilje

Tablica br. 4 prikazuje emocionalna i verbalna ponašanja koja su ispitanice doživjele u bolnicama. 40% ispitanih žena nije doživjelo niti jedno od devet mjerenih oblika verbalnog i emocionalnog nasilja, dok je ostalih 60% doživjelo barem jedno od tih ponašanja. Žene su u prosjeku doživjele dva od navedenih devet ponašanja.

Najviše žena izjavilo je da su od strane zdravstvenih djelatnika doživjele ignoriranje (46%), potom zanemarivanje (37%) i emocionalne ucjene (30%). Nakon najzastupljenijih ponašanja slijede ismijavanje (24%), ispoljavanje ljutnje (24%), ponižavanje (24%), vrijeđanje (15%), nepoštivanje (14%) i na kraju psovanje (5%).

Tablica 4. Iskustva emocionalnog i verbalnog nasilja

	Jeste li tijekom medicinskih pregleda u rodilištu, poroda ili boravka u rodilištu iskusili tj. pretrpjeli neke od navedenih ponašanja od strane zdravstvenih djelatnika? (N=1401)		
	Da	Ne	Ne znam, nisam sigurna
Vrijeđanje	14,9%	78,6%	6,5%
Ponižavanje	24,0%	71,0%	5,0 %
Ismijavanje	24,6%	70,6%	4,9%
Psovanje	5,1%	91,9%	3,0%
Emocionalne ucjene	29,5%	65,0%	5,5%
Ispoljavanje ljutnje	24,4%	69,2%	6,4%
Ignoriranje	46,4%	48,4%	5,2%
Zanemarivanje	37,1%	59,5%	3,4%
Nepoštivanje	13,9%	80,4%	5,7%

Za ponašanja poput vrijeđanja, ispoljavanja ljutnje i nepoštivanje najviše najveći broj žena je naveo da nisu sigurne i ne znaju. Ponašanja koja su najmanje zastupljena (najveći udio odgovora „Ne“) su psovanje, nepoštivanje te vrijeđanje iako su čak i takva ponašanja zastupljena u barem 5% do 15% slučajeva.

4.2.2. Nasilne fizičke prakse

Tablica br. 5 prikazuje nasilne fizičke prakse koje su žene doživjele tijekom poroda. Onima koje su na navedena pitanja odgovorile s „Da“ postavljena su dva dodatna pitanja: „Smatrate li da je taj postupak bio medicinski opravdan?“ i “Jeste li nakon toga postupka kasnije iskusili neke negativne posljedice?”

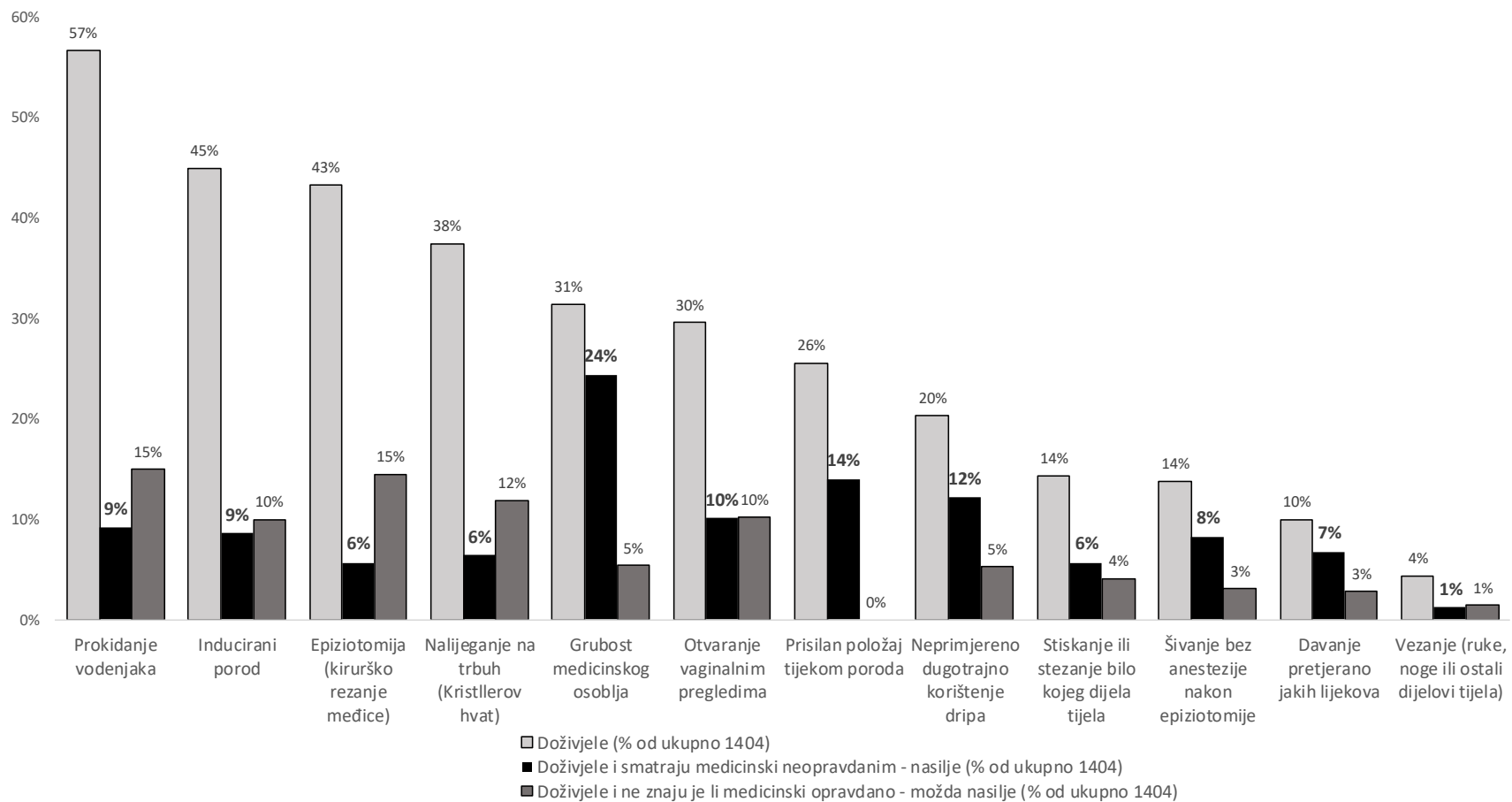
Tablica 5. Iskustva fizičkog nasilja

	Jeste li tijekom medicinskih pregleda u rodilištu, poroda ili boravka u rodilištu iskusili tj. pretrpjeli neke od navedenih fizičkih postupaka od strane zdravstvenih djelatnika? (N=1401)			Prethodno ste naveli da ste doživjeli...	Smatrate li da je taj postupak bio medicinski opravdan? (% od N odgovora „Da“)	Jeste li nakon toga postupka kasnije iskusili neke negativne posljedice? (% od N odgovora „Da“)				
	Da	Ne	Ne znam, nisam sigurna			N od „Da“	Da	Ne	Ne znam, nisam sigurna	Da
Grubost medicinskog osoblja	31,4%	64,7%	3,9%	440	2,8%	79,4 %	17,8%	37,2%	44,8%	18,0%
Prisilan položaj tijekom poroda	25,6%	68,9%	5,5%	359	10,9%	56,0%	33,0%	31,0%	47,1%	21,9%
Inducirani porod	45,0%	53,0%	2%	631	57,8%	19,6%	22,7%	23,3%	64,6%	12,1%
Epiziotomija (kirurško rezanje mećice)	43,3%	55,8%	0,9%	606	52,2%	13,3%	34,5%	42,1%	51,1%	6,8%
Šivanje bez anestezije nakon epiziotomije	13,8%	80,3%	5,9%	194	13,9%	62,6%	23,5%	39,7%	46,7%	13,6%
Prokidanje vodenjaka	56,7%	41,4%	1,9%	794	56,7%	16,3%	26,9%	6,7%	79,9%	13,4%
Nalijeganje na trbuh (Kristlerov hvat)	37,5%	60%	2,6%	525	50,8%	17,2%	32,0%	14,9%	68,9%	16,2%

Otvaranje vaginalnim pregledima	29,6%	54%	16,4%		415	29,9%	34,8%	35,3%	22,8%	57,3%	20%
Davanje pretjerano jakih lijekova	10,0%	81,4%	8,6%		140	2,9%	68,1%	29%	46,7%	29,2%	24,1%
Neprimjereno dugotrajno korištenje dripa	20,3%	66,6%	13,6%		284	11,9%	61,2%	27%	42,2%	34,9%	22,9%
Vežanje (ruke, noge ili ostali dijelovi tijela)	4,4%	95,2%	0,4%		61	37,9%	29,3%	32,8%	10,3%	77,6%	12,1%
Stiskanje ili stezanje bilo kojeg dijela tijela	14,3%	81,6%	4,1%		200	28,6%	41,4%	30,2%	28,9%	46,8%	24,2%

Najviše žena odgovorilo je da su doživjele prokidanje vodenjaka (57%), inducirani porod (45%), epiziotomiju (oko 43%), nalijeganje na trbuh (oko 38%) te grubost medicinskog osoblja (31%). Udio onih koje su na pitanja o pretrpljenim fizičkim praksama kao odgovor navele “Ne” najviši je na praksama poput vezanja (95%), davanja pretjerano jakih lijekova (81%), stiskanja ili stezanja bilo kojih dijelova tijeka (oko 82%) te šivanja bez anestezije nakon epiziotomije (80%). Najučestaliji odgovori “Ne” na pitanje “Smatrate li da je taj postupak bio medicinski opravdan?” kod ispitanica koje su pretrpjele neka od navedenih ponašanja odnose se na nasilne prakse kao što su grubost medicinskog osoblja (80%), davanje pretjerano jakih lijekova (68%), šivanje bez anestezije nakon epiziotomije (63%) te neprimjereno dugotrajno korištenje dripa (61%). Ponašanja koja su ostavila najviše nekih negativnih posljedica prema ispitanicama su davanje pretjerano jakih lijekova (47%), neprimjereno dugotrajno korištenje dripa (42,2%), epiziotomija (42,1%), šivanje bez anestezije nakon epiziotomije (oko 40%).

Samo 12% žena nije doživjelo niti jedno od 12 mjerenih oblika potencijalno nasilnih ponašanja, dok je 88% žena doživjelo barem jedno od njih, a mnoge i više njih. Žene su u prosjeku doživjele tri od navedenih 12 ponašanja.



Slika 2. Fizičko nasilje – procjene ispitanica

Slika 2. prikazuje koliki je postotak ispitanica od ukupnog N-a (1401) koje su izjavile da su doživjele nasilje, a smatraju da postupak nije bio medicinski opravdan. Udio odgovora „ne“ (tj. onih koje su doživjele i smatraju medicinski neopravdanim) od svih ispitanih svrstano je pod NASILJE). Prema tome, od onih žena za koje možemo reći da su pretrpjele nasilje, 24% doživjelo je grubost medicinskog osoblja, potom prisilan položaj tijekom poroda (14%) nakon čega slijedi neprimjereno dugotrajno korištenje dripa (12%). Njih otprilike 9% doživjelo je i neopravdanim smatra otvaranje vaginalnim pregledima, inducirani porod, šivanje bez anestezije nakon epiziotomije. Nešto manje, ali još uvijek značajno (5-7%) žena pretrpjelo je epiziotomiju, nalijeganje na trbuh, stiskanje ili stezanje nekog dijela tijela, davanje pretjerano jakih lijekova. Najmanje žena iskusilo je vezanje (1%).

Također je prikazan postotak za odgovore „ne znam” na pitanje o medicinskoj opravdanosti postupaka od ukupnog broja ispitanica (1401) koje je svrstano pod MOŽDA NASILJE.

Od ispitanica koje nisu sigurne u opravdanost, otprilike 15% ispitanica doživjelo je prokidanje vodenjaka i epiziotomiju, 10%-12% iskusilo je nalijeganje na trbuh, inducirani porod te otvaranje vaginalnim pregledima. U 1% do 5% slučajeva doživjele su vezanje, stiskanje nekog dijela tijela, davanje pretjerano jakih lijekova, šivanje bez anestezije nakon epiziotomije, neprimjereno dugotrajno korištenje dripa te grubost medicinskog djelatnice.

Tablica 6. Istovremeno iskustvo verbalnog i fizičkog nasilja

		Fizičko nasilje	
		Ne	Da
Verbalno nasilje	Ne	33,2%	6,4%
	Da	22,6%	37,8%

Varijabla „fizičko nasilje” (tablica 6.) konstruirana je iz varijabli u kojima se ispitanice pitalo smatraju li da su doživjele neku od dvanaest navedenih nasilnih praksi i jesu li one bile medicinski opravdane: odgovor „Da” označava doživljavanje nasilja ako su ispitanice na bilo kojem od dvanaest mjerenih oblika potencijalno nasilnih praksi navele da su doživjele određenu praksu i smatraju da nije bila medicinski opravdana. Nadalje, odgovor „Da” kod varijable „verbalno nasilje” odnosi se na postotak ispitanica koje su na bilo kojem od devet mjerenih ponašanja napisale da su ga doživjele.

Tablica prikazuje iskustva doživljavanja obje vrste nasilja (verbalnog i fizičkog) kada se dvije navedene varijable ukrste. 37,8% žena doživjele su i verbalno i fizičko nasilje, 6,4% žena samo fizičko, 22,6% samo verbalno, a 33,2% niti verbalno, niti fizičko.

4.2.3. Prepoznavanje nasilja

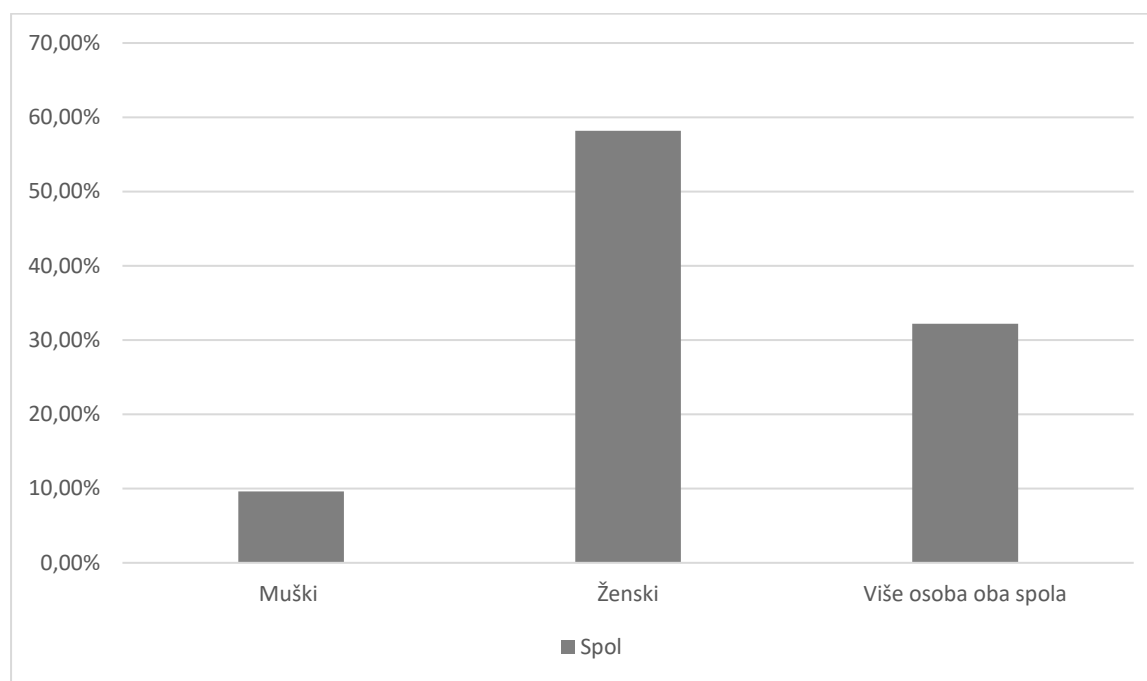
Ispitanicama je postavljeno pitanje o tome smatraju li da su od strane zdravstvenih djelatnika tijekom boravka u bolnici doživjele neki oblik nasilja. Od N=1401, oko 24% žena odgovorilo je da smatraju da su doživjele nasilje, oko 67% ih smatra da nisu doživjele nasilje, dok 7% ne zna: nisu sigurne jesu li doživjele neki oblik nasilja. Od svih žena za koje je utvrđeno da su doživjele barem jedan od mjerenih 12 oblika fizički potencijalno nasilnih ponašanja, njih 26% smatra da su doživjele nasilje, dok 38% svih žena za koje je utvrđeno da su doživjele barem jedan od mjerenih 9 oblika verbalno i emocionalno nasilnih ponašanja smatra da su doživjele nasilje.

Tablica 7. Kontingencijska tablica povezanosti stupnja obrazovanja i doživljavanja nasilja

Koji je Vaš najviši završeni stupanj obrazovanja?	Smatrate li da ste od strane medicinskih djelatnika tijekom boravka u bolnici doživjeli neki oblik nasilja?		
	Da	Ne	Ne znam, nisam sigurna
Osnovna škola	12,5%	75%	12,5%
Srednja škola u trajanju do 3 godine	17,8%	74,5%	7,7%
Srednja škola u trajanju od 4 ili više godina	24,6%	70,5%	4,8%
Visoko obrazovanje (preddiplomski studij, diplomski studij, specijalistički)	22,6%	69,3%	8,0%
Magisterij znanosti, doktorat znanosti, specijalizacija ili više	40,0%	53,3%	6,7%

Nadalje, utvrđena je statistički značajna povezanost između izjašnjavanja o iskustvu nasilja od strane medicinskih djelatnika tijekom boravka u bolnici i stupnja obrazovanja žena ($\chi^2 = 21,6$; $df = 8$; $p = 0,006$): utvrđeno je da što žene imaju viši stupanj obrazovanja to se u većoj mjeri izjašnjavaju potvrdno na pitanje o tome jesu li doživjele nasilje. Postoci pozitivnih odgovora kreću se od 12,5% među ženama s osnovnoškolskim obrazovanjem do čak 40% među ženama s najvišim stupnjem obrazovanja (magisterij znanosti, doktorat znanosti, specijalizacija ili više).

S druge strane, između prepoznavanja nasilja, tj. izjašnjavanja o iskustvu nasilja od strane zdravstvenih djelatnika tijekom boravka u bolnici te mjestu stanovanja nije utvrđena statistički značajna razlika.



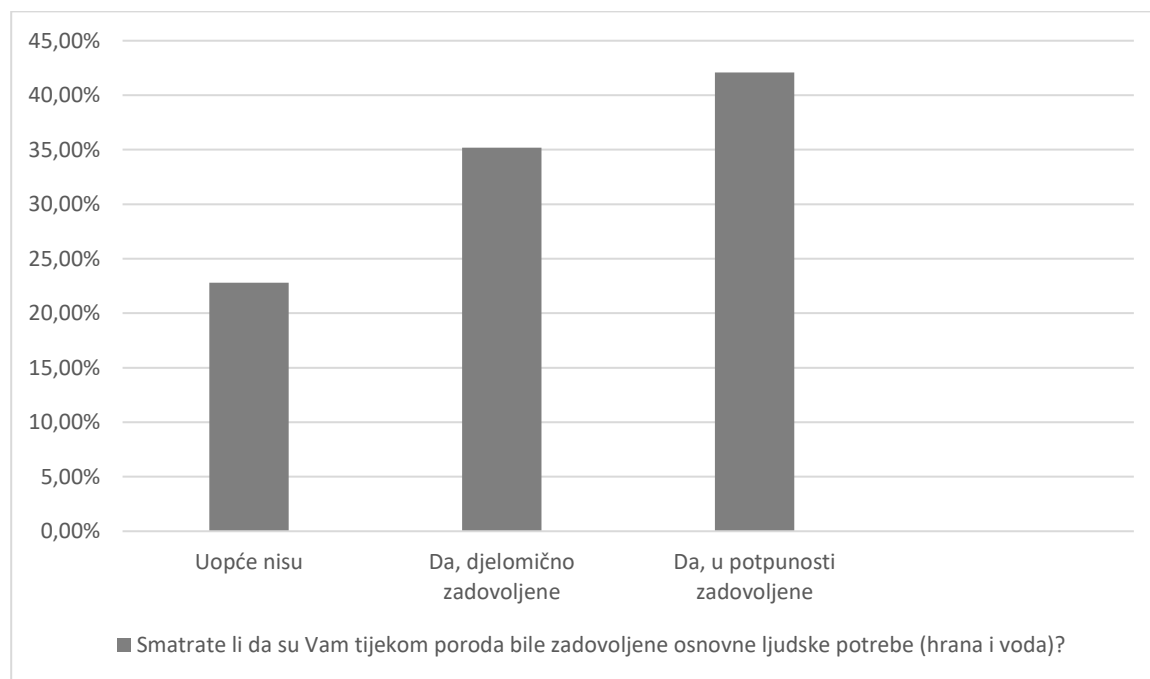
Slika 3. Spol osoba od kojih je doživljeno nasilje

Ispitanicama koje smatraju da su doživjele bilo kakvu vrstu nasilja (N=428) postavljeno je pitanje o tome kojeg su spola bile osobe od kojih su pretrpjele nasilje (Slika 2). 58% ispitanica izjavilo je da je pretrpjelo nasilje od strane žene, 10% od muškarca, a od onih koje su doživjele nasilje i od žene i od muškarca bilo je 32%.

Žene koje su se izjasnile potvrdno o doživljavanju nasilja (N=428), izjavile su da su ih pretrpjele od medicinske sestre/tehničara (20%), liječnika/liječnice (14%), primalje/babice (11%), pomoćnog ooblja (1,7%). Pod ostale su navele anesteziologa/anesteziologinju, fitijatrice i pedijatrice.

4.3. Zadovoljenje potreba žena tijekom poroda

Na pitanje “Smatrate li da su Vam tijekom poroda bile zadovoljene osnovne ljudske potrebe (hrana i voda)?” 42% ispitanica smatra da su im potrebe u potpunosti zadovoljene, 35% njih smatra da su im potrebe djelomično zadovoljene, dok je 23% žena navelo da im potrebe uopće nisu zadovoljene.



Slika 4. Zadovoljene osnovnih ljudskih potreba (hrane i vode)

Tablica br. 6. prikazuje koju vrstu anestezije su žene dobile na porodu. Od onih koje su dobile neku od anestezija, najviše ih je dobilo epiduralnu analgeziju (28%), potom lokalnu (25%)

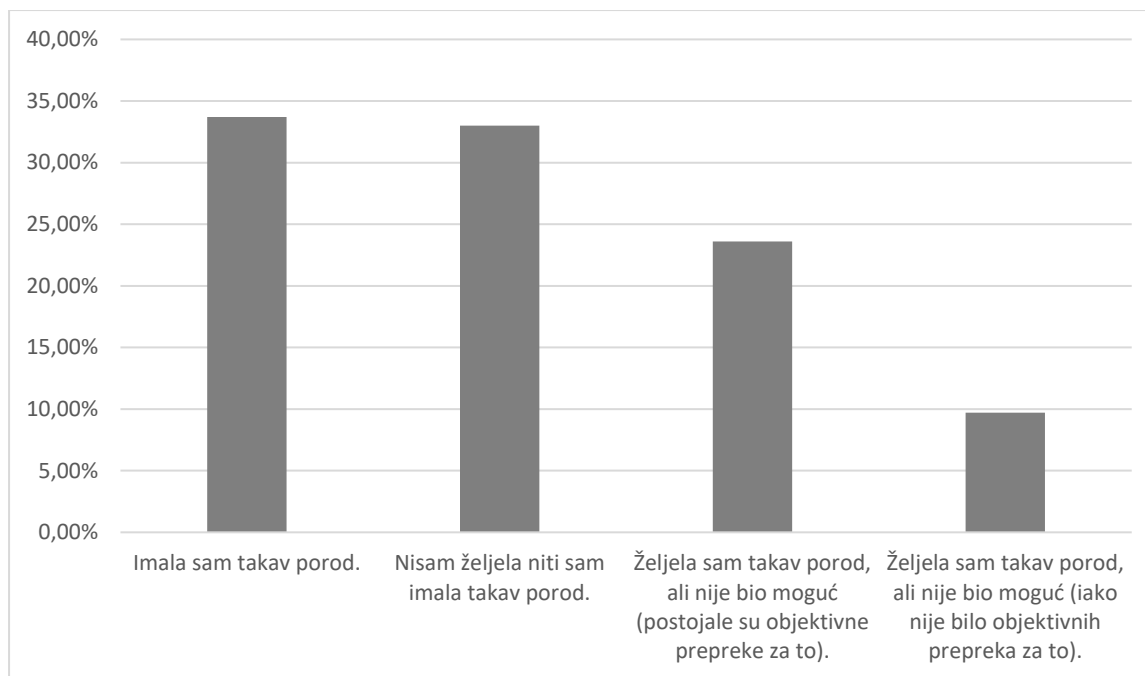
te najmanje opću anesteziju (17%). 39,8% žena nije dobilo nikakvu anesteziju tijekom poroda.

Tablica 8. Vrsta anestezije

	Jeste li na porodu dobili nešto od sljedećeg?		
	Epiduralna analgezija (N=1353)	Opća anestezija (N=1337)	Lokalna anestezija (N=1318)
	% od N	% od N	% od N
Da	28,2%	17,4%	24,8%
Ne	69,6%	80,2%	69,4%
Ne znam, nisam sigurna	2,1%	2,4%	5,8%

Na pitanje „Je li Vam se dogodilo da ste željeli ili tražili epiduralnu analgeziju, a niste je dobili?“ 76% ispitanica je odgovorilo da nisu htjele ni željele, 17% je htjelo ili željelo, ali nisu dobile, dok 7% žena nije odgovorilo na pitanje.

Na slici 5. „*Prirodan porod bez ikakvih lijekova: iskustva*“ prikazani su odgovori na pitanje „Neke žene žele iskusiti prirodni porod bez ikakvih lijekova, kakva su Vaša iskustva vezana za to?“ Trećina žena kao odgovor navela je „Imala sam takav porod.“, ali isto toliko ih je odgovorilo „Nisam željela niti imala takav porod.“. Kod 23% žena postojale su objektivne prepreke za prirodni porod bez lijekova iako su ga željele, a 10% žena izjavile su da prema njihovom saznanju nije bilo objektivnih prepreka, ali takav porod svejedno nije bio moguć iako su ga željele.



Slika 5. Prirodan porod bez ikakvih lijekova: iskustva

Tablica 9. Prisutnost zdravstvenih djelatnika

	Što od navedenog najbolje opisuje situaciju do Vašeg poroda vezano uz prisutnost zdravstvenih djelatnika? (N=1375)
	% od N
Većinu vremena do samog poroda zdravstveni djelatnici nisu bili prisutni.	18,8%
Zdravstveni djelatnici bili su prisutni cijelo vrijeme.	31,6%
Zdravstveni djelatnici povremeno su bili prisutni.	49,5%

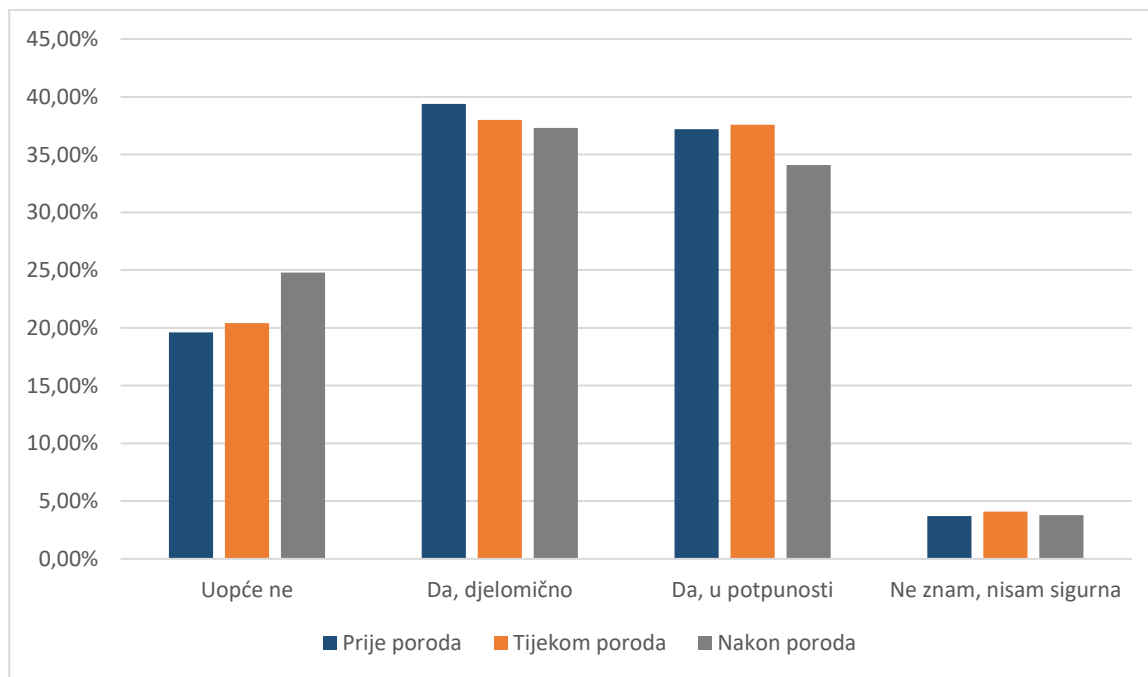
U kvalitativnoj analizi udruge Roda pacijentice su u svojim svjedočanstvima isticale neprisutnost medicinskog osoblja što je kod njih dovelo do osjećaja napuštenosti i ostavljenosti (Krizmanić i Brunac, 2020), stoga je ispitanicama postavljeno pitanje o prisutnosti zdravstvenih djelatnika. Polovica žena izjavila je da su zdravstveni djelatnici povremeno bili prisutni uz njih do trenutka poroda, oko 32% odgovorilo je da su zdravstveni

djelatnici bili prisutni cijelo vrijeme, a 19% odgovorilo je da djelatnici većinu vremena do samog poroda nisu bili prisutni.

Ispitanicama je također postavljeno pitanje smatraju li da su neke druge roditelje, u odnosu na pristup njima, imale povlašteni tretman. Polovica je odgovorila da smatraju da druge roditelje nisu imale povlašteni termin, a 22% je odgovorilo da misle da jesu imale. 28% žena je dalo odgovor “ne znam, nisam sigurna”.

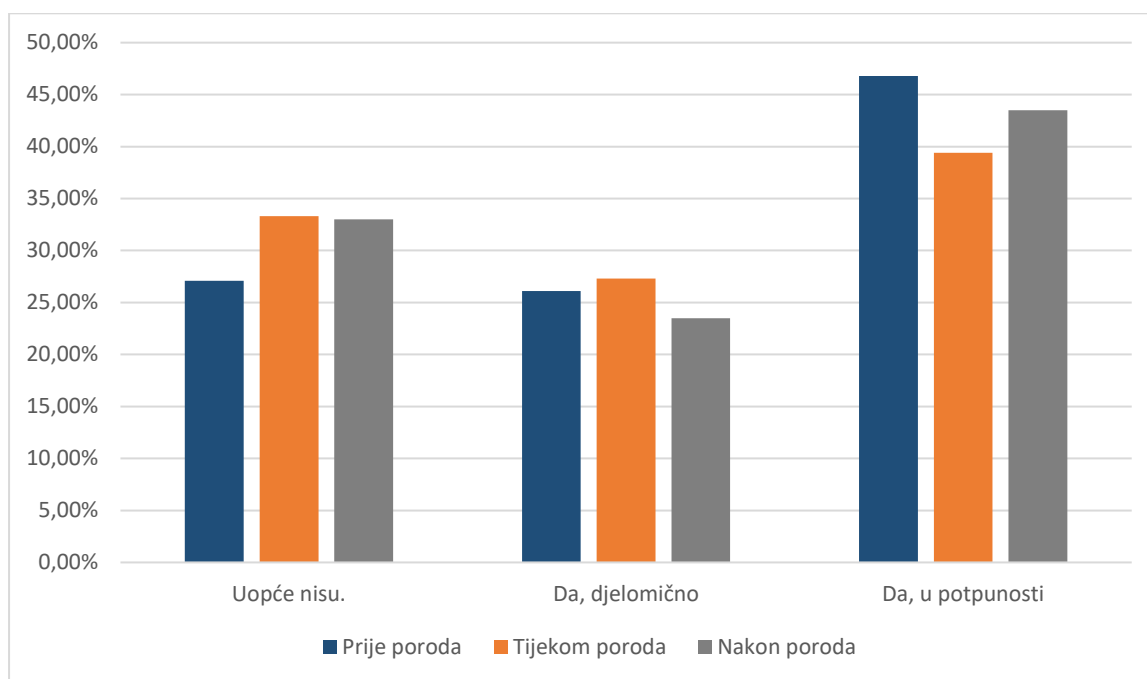
4.4. Stupanj kontrole roditelja i informiranosti o postupcima

Sljedećim pitanjima nastojao se dobiti odgovor na pitanja o tome koliki stupanj kontrole u donošenju odluka ispitanice smatraju da sui male, jesu li bile informirane i jesu li ih zdravstveni djelatnici tražili pristanke za postupke koje su im obavljali prije, tijekom i nakon poroda.



Slika 6.. Informiranost od strane zdravstvenih djelatnika o postupcima provedenim nad ispitanicama

Slika br. 6. prikazuje odgovore na pitanje „Smatrate li da ste bili informirani o svim postupcima koji su nad Vama provedeni?”. Što se tiče informiranja prije poroda, oko 38% žena smatra da su bile u potpunosti i djelomično informirane. 20% ih je navelo da uopće nisu informirane, dok je oko 4% dalo odgovor “Ne znam, nisam sigurna.”. Odgovori su slični i za informiranje tijekom poroda, razlikuju se u 1-2%. O tome koliko smatraju da su bile informirane nakon poroda, 37% izjavilo je da su bile djelomično informirane, 34% u potpunosti, dok ih oko 25% smatra da uopće nisu bile informirane. Oko 4% nije sigurno.



Slika 7. Traženje pristanka nad postupcima provedenim nad trudnicama i roditeljama

Slika br. 7. prikazuje odgovore na pitanja o tome koliko su zdravstveni djelatnici tražili trudnice i roditelje pristanak za postupke koje su nad njima radili prije, tijekom i nakon poroda. Za traženje pristanka za postupke prije, tijekom i nakon poroda najviše ispitanica dalo je odgovor: „Da, u potpunosti“ (47% prije, 40% tijekom i 44% nakon poroda).

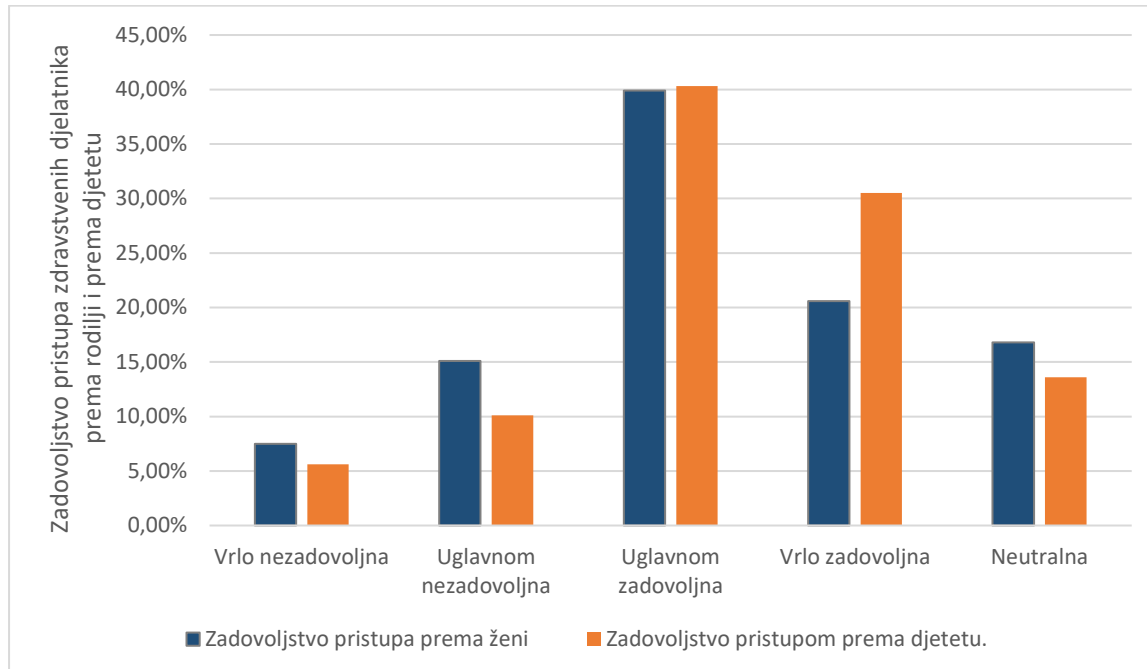
Najveći udio onih koje su dale odgovor da ih djelatnici uopće nisu tražili pristanak nad postupcima događa se tijekom poroda (33%).

Tablica 10. Suodlučivanje u odlukama prije, tijekom i nakon poroda

	N	Smatrate li da ste uz zdravstvene djelatnike mogli suodlučivati u odlukama?		
		Uopće ne	Da, djelomično	Da, u potpunosti
		% od N	% od N	% od N
Prije poroda	1295	26,6%	36,9%	36,4%
Tijekom poroda	1241	33,4%	35,6%	31,0%
Nakon poroda	1245	26,3%	33,9%	39,8%

Na pitanje „Smatrate li da ste uz zdravstvene djelatnike mogli suodlučivati u odlukama?“ najveći udio ispitanica (33%) navelo je da tijekom poroda uopće nisu mogle suodlučivati u odlukama., a prije i nakon poroda njih 26% navelo je da uopće nisu mogle suodlučivati.

Najveći udio odgovora „Da, u potpunosti“ ispitanice su navele za suodlučivanju u odlukama nakon poroda (oko 40%).



Slika 8. Zadovoljstvo sveukupnim odnosom i ponašanjem zdravstvenih djelatnika

Ispitanicama je postavljeno pitanje „Koliko ste zadovoljni sveukupnim odnosom i ponašanjem zdravstvenih djelatnika prema Vama i prema Vašem djetetu?” (Slika br.) Najveći postotak žena je dalo odgovor “Uglavnom zadovoljna” i za ponašanje prema samoj roditelji, ali i prema njezinom djetetu (oko 40%). Nakon toga slijedi odgovor “Vrlo zadovoljna”. Prosjek onih žena koje su odgovorile “Uglavnom nezadovoljna” i “Neutralna” je u prosjeku 14% prema roditelji i djetetu. Najmanje je onih koje su izjavile da su vrlo nezadovoljne pristupom (cca 6%).

Tablica 11. Povezanost sveukupnog zadovoljstva i poznavanja zdravstvenih djelatnika od ranije

		Jeste li ranije poznavali nekoga od medicinskog osoblja u tom rodilištu?	
		Ne	Da
Koliko ste zadovoljni	Vrlo nezadovoljna.	7,9%	6,7%
sveukupnim odnosom i	Uglavnom nezadovoljna.	15,3%	14,7%
ponašanjem zdravstvenih	Neutralna.	16,0%	19,2%
djelatnika prema Vama	Uglavnom zadovoljna.	40,3%	38,8%
tijekom Vašeg boravka u	Vrlo zadovoljna.	20,6%	20,6%
rodilištu?	Total	100,0%	100,0%

Ispitanicama je također postavljeno pitanje o tome jesu li ranije poznavale nekoga od medicinskog osoblja u rodilištu. Između poznavanja i sveukupnog zadovoljstva odnosa i ponašanja zdravstvenih djelatnika prema trudnicama nije utvrđena statistički značajna povezanost (hi-kvadrat=2,476; df=4; p=0,649), tj. poznavanje nekoga od ranije nije utjecalo na njihov stupanj zadovoljstva.

Na kraju, na pitanje o ukupnom iskustvu u rodilištu vezanom uz ponašanje zdravstvenih djelatnika prema ispitanicama u usporedbi s onime što su očekivale, podjednak broj žena (13%) dalo je odgovor „Donekle ispod očekivanja“, „Donekle iznad očekivanja“ i „Znatno iznad očekivanja“. 16% žena je odgovorilo da je da im je iskustvo znatno ispod očekivanja. Najveći udio žena, gotovo polovica, odgovorile su: „Znatno očekivano“.

4.5. Posljedice i reakcije na doživljeno nasilje

Ovo poglavlje prikazuje odgovore ispitanica na posljedice koje su pretrpjele nakon doživljenog nasilja i vrste njihovih reakcija u slučaju da su ga doživjele. Pitanje je postavljeno ispitanicama koje su navele da smatraju da su doživjele neku od vrsta nasilja.

Tablica 12. Reakcije na doživljeno nasilje

	U slučaju da ste doživjele nasilje, kako ste reagirale? (N=428)
	% od N
Nisam reagirala.	14,4%
Ispričala sam bližnjoj osobi	16,1%
Žalila sam se liječniku/ci	1,9%
Žalila sam se medicinskim sestrama ili drugom osoblju	2,6%
Prijavila nasilje Hrvatskoj liječničkoj komori.	0,6%

Najveći udio žena naveo je da su nakon doživljavanja nasilja reagirale tako što su ispričale bližnjoj osobi. 14% žena nije uopće reagiralo. Najmanje ispitanica je prijavilo nasilje Hrvatskoj liječničkoj komori, a nešto malo više ih se žalilo medicinskim sestrama (2,5%) ili liječniku (oko 2%). Također su u otvorenom odgovoru navele da su plakale, primjenile fizičko nasilje (odgurnule medicinsku sestru), odgovorile osobama koje su bile nasilne ili vratile istom mjerom, vikale i sl. Zaključno, Zaključno, 12% žena nije imalo niti jednu od četiri ponuđene reakcije na nasilje, 16% žena imalo je jednu, 1,5% dvije, a 0,6% žena tri različite reakcije.

Tablica 13. Posljedice nakon poroda

	Jeste li nakon poroda iskusile neke od niže navedenih negativnih posljedica? (N=1401)
	% od N
Postporođajna depresija	19,1%
Dulji period oporavka	31,8%
Negativne zdravstvene posljedice (ozljede bilo kojeg dijela tijela: ogrebotine, nagnječenja, razderotine do ozljeda koje ugrožavaju život)	8,1%
Negativne posljedice po djetetovo zdravlje i dobrobit	9,1%
Ništa od navedenog	53,0%

Pitanje o posljedicama nakon poroda postavljeno je svim ispitanicama, bez obzira na doživljaj nasilja. 53% žena nije imalo niti jednu od četiri ponuđene negativne posljedice poroda, a 47% ispitanica imale su barem jednu posljedicu nakon pretrpljenih potencijalno nasilnih ponašanja. Dulji period oporavka posljedica je koju je iskusilo najviše žena (31%), zatim postporođajna depresija (19%), a potom negativne posljedice po djetetovo zdravlje (9%) ili negativne zdravstvene posljedice po ženu (8%).

42% žena izjavilo je da nisu imale nikakvih negativnih iskustava u rodilištu. One žene koje su imale neugodna iskustva u rodilištu, kasnije su zbog njih doživjele strah od iduće trudnoće i poroda (38%), nepovjerenje u zdravstvene institucije i djelatnike (28%) te su odlučile da će, ako budu ponovno rađale, roditi u nekoj drugoj bolnici (11%), roditi u privatnoj bolnici (6%) ili roditi kod kuće (11%).

4.6. Što su žene još istaknule važnim?

U završnom dijelu izlaganja rezultata istraživanja prezentirani su neki od odgovora na otvoreno pitanje koje je glasilo: „Ako želite nešto pojasniti ili posebno istaknuti vezano za iskustva poroda o kojima smo vas prethodno pitali, možete to napraviti ovdje“ koje su trudnice i roditelje dodale i smatrale da je bitno proširiti ili su o tome htjele više pisati. Teme

koje su se pojavile vezane su uz dojenje, supojavljivanje oblika nasilja, nebriga o djetetu, neadekvatni uvjeti u rodilištima..

Problem s kojim su se rodilje suočile i koji su navele, a nije obuhvaćen anketnim upitnikom bilo je dojenje u bolnicama. Žene su navele kako za početak uopće nisu bile dovoljno educirane o temi dojenja. Neke su rodile prvi puta i nisu znale što trebaju raditi i kako dojiti dijete, ali im zdravstveni djelatnici nisu olakšali i pomogli u tom procesu, nego su ih ignorirali, ismijavali, vrijeđali i sl.

Dojenje

„Edukacija o dojenju 0 bodova, odnos na odjelu babinjača od strane 2 sestre u vezi dojenja katastrofa. Ako ikad rodim ponovo tražit ću da ne dojim.“

„Smatram da u rodilištu u kojemu sam rodila ne pomažu dovoljno oko dojenja. Nitko nema strpljenja pokazati kako ispravno dojiti dijete.“

“Jedan dan sam imala pitanja oko dojenja jer sam prvorotka, nitko mi se nije htio javiti satima na zvono. Dosla mi je u sobu sestra i rekla sa se svi ljute na mene jer moji precesto zovu”

“ Sestre su needucirane što se tiče dojenja i daju u potpunosti krive informacije,arogantne su i potpuno nepristupačne.”

Zbog neinformiranosti o dobrom položaju i hvatu bradavice, neke žene su nakon toga imale psihičke ili fizičke posljedice, a neke od njih su odluka o nedojenju u budućnosti, depresija, fizičke rane i sl.

“Zbog lošeg hvata u bolnici sam dobila dobila užasne ragade na bradavicama zbog čega nisam mogla dojiti te smo zbog gladne bebe morali preći na adaptirano. Zbog moje želje za dojenjem, a nemogućnosti ostvariti isto (malo mlijeka, bolne bradavice, neispravan hvat) sam pala u blagu depresiju.“

„Sestre na odjelu pedijatrije bi trebale malo više paznje pridodati dojenju, pomoći oko dojenja i s razumijevanjem komunicirati s majkama (pogotovo prvorotkinjama).“

“Nitko mi nije pokazao dojenje niti presvlačenje pelena i dio sestara je bio užasno neljubazan. Jedna mi je čak dijete samo bacila na mene.”

Ispitanice su također navele kako se u bolnicama forsira dojenje, ne uvažavajući mišljenja i želje roditelja. U slučaju da žene ne mogu ili jednostavno ne žele dojiti, dolazi do verbalnog nasilja, osuda pa i fizičkog nasilja te prisiljavanja na dojenje.

“Forsiranje dojenja iako je majka odmah naglasila da ne želi dojiti.”

“Previše se forsira dojenje, boljele su me bradavice na kojima sam imala i kraste jer dijete nije moglo dobro uhvatiti a ni najesti se a i dalje su forsirali da dojim.”

“A znaju omalovažavati i izrugivati se "modernim mamama", vikati na one koje ne doje i slično.”

“Previše forsiraju dojenje, unatoč tome sto nisam imala mlijeka, stvorile su mi se ragade jer je beba kontantno bila na dojci.”

“Sestre na odjelu roditelja u bolnici Merkur su odvratne sileđije koje guraju dojenje kao da ne postoji ništa drugo. Natezale su mi bradavice luđački, a ništa nije išlo. Jedna mi je ušla u wc dok sam mokrila da me pitam jesam li dobila brošuru o dojenju.”

“Medicinske sestre za bebe su užasne! Čast izuzetcima! Uopće ne znaju pomoć ili ne žele u uspostavljanju dojenja, nego se ismijavaju.”

“Da li je normalno kad prvorotkinja pita za dojenje jer ne znam. Ne znam da li imam dovoljno mlijeka ona se okrene krvničke uštipne za bradavicu i kaže vidite da imate. Kada sam pitala da li je tako dobro ,zakolotala očima ,nije ništa objasnila stavila ga na dojku i otišla. Dojila još par dana i odustala ,planiram drugo i ne želim dojiti.”

“Nasilno stiskanje grudi da dođemo do mlijeka nakon sekcije. U toj mjeri da su danima ostale modrice nakon izivljavanja medicinske sestre”

Supojavljanje nasilja

Nadalje, u odgovorima ispitanica može se primjetiti da različite vrste i oblici nasilja (i fizičko i emocionalno ili verbalno) često dolaze zajedno.

“Napisala sam da je porod carskim rezom a odgovarala i na pitanja o vaginalnom u rađaoni. To je zato što sam nekoliko sati dok se nije opasno zakompliciralo za bebu bila na dripu, ručno otvaranja svih 10 prsti, žedna i ponižavana zbog kilaže. Tako da, imam iskustvo i vaginalnog poroda (donekle) i carskog reza. Posebno je ružno bilo iskustvo nakon buđenja iz anestezije kad sam pitala za dijete, jer ipak je bilo kritično pred odluku o carskom, a sestra mi odgovara - sad vas zanima dijete a niste ga htjeli ni roditi.... Kao da sam ja kriva što su otkucaji pali i moralo se raditi carski. Morala sam u suzama čekati iduću smjenu da mi ljubazna sestra sve kaže.”

“Sestre se samo ismijavaju skupa s pedijatrom prave majke "nesposobnima", vrijeđaju, ako imaju neko zabrinuto pitanje.”

Liječnik u poziciji moći

Ispitanice su u svojim odgovorima također navele da su liječnici donosili odluke vezane za trudnoću i porod, a one nisu bile ni informirane ni uključene u donošenje odluka za vlastito tijelo što jako dobro ilustrira priču o simboličkom i institucionalnom nasilju. Ženama su prešutno nametnuti izbori i uskraćene informacije jer liječnici predstavljaju autoritet i njihove odluke se ne bi trebale preispitivati.

“Ljuta sam što me doktor nije pitao za vodenjak. Ljuta sam što tu odluku nisam mogla donijeti ja. Da je bilo nekog medicinskog razloga pristala bih, ali takva informacija mi nije pružena. Prvorotkinja sam i nisu mi dali objašnjenje. Imam osjećaj kao da je netko na silu uradio nešto mom tijelu a ja nisam slobodna reagirati jer to je doktor, pa on valjda zna.”

“Ponekad treba slušat trudnice, a ne praksu jer je neko doktor.”

“Na istu osobu žalile su se i druge rodilje s kojima sam imala priliku razgovarati. Jedna primalja me poslije poroda provokacijskim tonom pitala "niste si to tak zamišljali?" na što sam odgovorila da nisam uopće zamišljala jer je svaki porod individualno iskustvo. Naime radi se o tome da sam ja liječnica. Smatram da su zbog toga te sestre bile bezobrazne jer su htjele pokazati da su one u toj situaciji u poziciji moći.”

Neadekvatni uvjeti boravka u rodilištima

Nekolicina žena izjavila je da je hrana u bolnici bila jako loša zbog čega su bile gladne, higijenski uvjeti nisu bili zadovoljavajući.

“Potrebno je bolje opremiti sobe za roditelje i dojilje. To znači da friška roditeljica ne bi trebala nakon poroda ležati na 30 godinastarom krevetu i madracu i toliko uskom da pokraj sebe ne može normalno položiti dijete za dojenje.”

“U bolnici hrana je odvratna, neukusna, sirotinjska do bola... Svi ostanemo gladni. Naše životinje imaju bolje uvjete...”

Neadekvatna briga i ponašanje prema djetetu

Nebriga o tek rođenoj djeci od strane zdravstvenih djelatnika još je jedan od problema koji može ukazivati na zanemarivanje i nasilno ponašanje.

“Otpusno pismo za dijete mi je krivo ispunjeno sa pogrešnom težinom što je prouzročilo daljnju pomutnju u njegovom liječenju kad se saznalo da ima srčanu manu jer im nikako nisam mogla dokazati da to što piše u papirima nije točno.”

“Dijete su prematali samo dva puta dnevno do te mjere da je imala sasušenu stolicu u peleni.”

“Dijete je plakalo preko 3 sata jed je bilo gladno (dva puta), nitko od sestara nije dolazio iako sam trazila pomoc.. Jedna mi je cak dijete samo bacila na mene.”

“Želim svakako istaknuti nebrigu o djetetu tokom boravka na odjelu. Ne presvlačenje koje je dovelo do dekubita na obje strane guze djeteta.”

“Prljave zagusljive sobe, neuredne posteljine koje se ne mijenjaju.”

Samostalno informiranje

Neke ispitanice su izjavile da su se i prije poroda same informirale o svojim pravima i mogućnostima što im je olakšalo cijeli postupak te poboljšalo odnos zdravstvenih djelatnika prema njima.

“Važno je postaviti se i tražiti da bi dobio tretman kakav zaslužuješ (pri tome biti pristojan). Drugi porod koji sam imala mi je bio savršen jer sam znala sto zelim i na koji način cu zamoliti da dobijem to što zelim. Na prvom porodu sam bila uplašena i bojala sam se za išta pitati.”

“Htjela bih istaknuti da sam osobno bila jako pripremljena na naš bolnički sustav i imala sam spremne odgovore koje trebam davati odnosno pitanja koja trebam postavljati. Informiranje vezano uz tok poroda i vlastita prava, isključivo kod pravih osoba uvelike smanjuje mogućnost nepoštivanja osoblja u bolnicama. Svakako bih tu izdvojila radionice hrvatskih doula Ljudska prava u porodu.”

5. Rasprava

Fizički nasilni postupci poput grubosti osoblja, vezivanja, nametanja prisilnog položaja i sličnih potencijalno nasilnih praksi ponašanja su koja su ispitanice ovog istraživanja doživjele, a prema kvalitativnoj analizi udruge Roda mogu rezultirati time da se žene osjećaju silovano, iskorišteno, povrijeđeno, omalovažavano, a uz to njihovo tijelo doživljava nepotrebnu traumatizaciju (Krizmanić i Brunac, 2020). U ovom istraživanju postotak izvođenja epiziotomije 15% posto je veći od podataka iz Ljetopisa Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo iz 2014. koji navodi da stopa epiziotomija pada s 36,3% u 2012. na 30,1% u 2014 godini (Roda, 2015). Također je utvrđeno da je to jedna od praksi koje su ispitanicama ostavila najviše negativnih posljedica. Ne postoje dokazi koji bi opravdali izvođenje epiziotomije u bilo kojoj situaciji; rezultati kliničkog ispitivanja na uzorku od 237 pacijentica koje je istraživalo učinke selektivne i restriktivne primjene epiziotomije u usporedbi s neizvođenjem epiziotomije su pokazali da ne postoji razlika u ishodima za majku ni za dijete (Krizmanić i Brunac, 2020). Nadalje, ispitanice su izjavile da su tijekom poroda šivane bez anestezije zbog čega su nekima od njih ostale negativne posljedice, a postoji i praksa (ne)primanja epiduralne analgezije. Kako su navele ispitanice navele u odgovorima, iako su htjele i zatražile epiduralnu, nisu je mogle dobiti bez obzira što, prema njihovom mišljenju, nije bilo objektivnih prepreka čime su prisiljene trpiti veliku bol zbog djeteta. To također ukazuje na nepoštivanje želja trudnica i nemogućnost donošenja vlastitih odluka što potvrđuje koncept reproduktivne samodeterminacije koji je jedan od temelja ovog rada, ali i teoriju rodno uvjetovanog te institucionalnog nasilja. U skladu s patrijarhalnim ulogama, žene su predodređene biti majkama čime su njihove želje potisnute i zanemarene, a rađanje djeteta krajnji je cilj bez obzira koliko moraju trpiti. Žene su prisiljene trpiti bol koja im se

možda i svjesno nanosila od strane liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika koji su odbili uskratiti im bolove barem djelomično. Prema Krizmanić i Brunac (2020), iskustva pacijentica uslijed uskraćivanja anestezije za vrijeme ginekoloških zahvata jedini su javnosti poznati slučajevi s tolikom učestalošću uskraćivanja anestezije i analgezije prilikom pružanja zdravstvene skrbi: udruga Roda smatra da postoje indikacije da se radi o institucionaliziranom i sustavnom rodno uvjetovanom nasilju te mizoginiji u javnozdravstvenim ustanovama.

Za svaku od navedenih dvanaest fizičkih praksi u istraživanju, gotovo trećina ispitanica od onih koje su doživjele nasilna ponašanja izjavile su da nisu sigurne i ne znaju jesu li ti postupci bili medicinski opravdani što upućuje na nedovoljnu informiranost trudnica od strane zdravstvenih djelatnika. Nadalje, rezultati ovog istraživanja pokazuju da dio ispitanica i same smatraju da nisu bile informirane o postupcima koji su se nad njima vršili čime također možemo potvrditi koncept reproduktivne samodeterminacije, ali i teoriju institucionalnog i simboličnog nasilja na primjeru opstetričkog nasilja. Gotovo trećina žena smatra da uopće nisu mogle suodlučivati uz zdravstvene djelatnike u odlukama prije, tijekom i nakon poroda, a četvrtina ispitanica smatra da uopće nisu bile informirane o postupcima koji su nad njima bili provedeni prije, tijekom i nakon poroda. Žene nisu mogle same donositi odluke vezane za njihovo vlastito tijelo, a nisu bile ni obaviještene o tome je li postojala potreba za obavljanje praksi koje su zdravstveni djelatnici činili bez uključivanja žene u suodlučivanje. Pružatelji zdravstvenih usluga u tome slučaju ponašaju se prema ženi s nepoštovanjem jer su postavljeni u moćan položaj, pritom imajući autoritet nad svojim pacijenticama. Ženino tijelo tako postaje stvar putem koje zdravstveni djelatnici pokazuju svoju moć. No, ne mora nužno značiti da je zdravstveno osoblje uvijek svjesno svojih postupaka i ponašanja. Strukturna karakteristika takvog nasilja često znači da profesionalci koji ga vrše nisu svjesni da to čine, pa čak i smatraju da je to normalno, ali nesvjesno potiču neravnomjeran tj. nejednak odnos moći. Prema Krizmanić i Brunac (2020) osjećaj poniženja, straha, prisilni položaj, oduzimanje suodlučivanja, neinformiranje pacijentica o postupcima zahvata i neuvažavanje zahtjeva pacijentica spadaju u ključne mehanizme *strategije kontrole*. To je kategorija koja predstavlja suptilan mehanizam u kojem medicinsko osoblje preuzima moć nad tijelom pacijentice tijekom ginekoloških i opstetričkih zahvata, a cilj je postizanje poslušnosti pacijentice i isticanje medicinskog osoblja kao jedinog autoriteta medicinskog znanja.

Istraživanjem u ovom diplomskom radu utvrđeno je da je određen postotak ispitanica doživio svaki od navedenih mehanizama kontrole; malo manje od trećine ispitanica izjavilo je da su se osjećale poniženo, isto toliko njih smatra da su bile prisiljene na određeni položaj pri porodu (od čega polovica smatra da je to bio nepotreban medicinski postupak, a trećina je imala neke negativne posljedice). Takvi podaci su zabrinjavajući jer bi sve žene trebale moći donositi odluke u vezi vlastitog tijela tijekom porođaja, biti informirane o postupcima koji se nad njima provode i znati što se događa u svakom trenutku porođaja. Svaka žena bi sama za sebe trebala donositi odluke, procijeniti rizike i biti u mogućnosti odbiti bilo koji postupak ako on nije nužan za zdravlje djeteta ili same trudnice. Uskraćivanje, skrivanje ili nemogućnost odlučivanja u bilo kojem segmentu rađanja kršenje je njezinih prava i potvrđuje teorije strukturalnog i institucionalnog nasilja.

Također, doživljavanje verbalnog nasilja dobro ilustrira sliku o moći i dominaciji zdravstvenih djelatnika te potvrđuje teorije institucionalnog, rodno uvjetovanog te strukturalnog nasilja. Liječnici kao autoriteti su se ženama obraćali s nepoštovanjem, vrijeđali ih i omalovažavali. U rezultatima istraživanja navedeno je da su žene u prosjeku doživjele sve vrste verbalnog i emocionalnog nasilja, u prosjeku dva od navedenih devet ponašanja. Putem takvih ponašanja zdravstveni djelatnici ženama ulijevaju strah, umanjuju njihovu brigu i bol. Prema Krizmanić i Brunac (2020) u takvim postupcima vidljiva je i neetičnost postupaka medicinskog osoblja koja jasno stavlja ženu u položaj objekta: iako pacijentica nije aktivna sudionica, medicinsko osoblje prebacivanjem odgovornosti na pacijenticu izaziva u njoj osjećaj krivnje i straha od mogućih (negativnih) posljedica ili produženu agoniju.

Rezultati istraživanja pokazali su da je nešto više od trećine ispitanica doživjelo obje vrste nasilja (verbalno i fizičko nasilje).

Nadalje, problem neadekvatnih uvjeta u rodilištima poput nezadovoljenja osnovnih potreba (hrane i vode) koje su žene doživjele, ali i nehigijenskih uvjeta u sobama, nedostatak čiste posteljine i sl. pokazuje nepoštovanje prema trudnicama čime zdravstveni djelatnici pokazuju ženama da su nedostojne takvih osnovnih životnih uvjeta.

Suprotno iskustvima nasilja nad u intimnim vezama u kojima je muškarac najčešće nasilnik (Rice, 2001), ovdje su osobe koje vrše nasilje najčešće žene. No, ne može se zaključiti da

ženske osobe više provode nasilje nad trudnicama i roditeljama. Takvi rezultati mogu se potkrijepiti time da su žene zastupljenije u zdravstvenom sustavu. Prema Džavnom zavodu za statistiku Republike Hrvatske (2021) broj zaposlenih u prosincu 2020. u djelatnostima zdravstvene zaštite i socijalne skrbi bio je 103 638 djelatnika, od čega je bilo 81 069 žena (78,22%).

Preporuke za rješavanje problema opstetričkog nasilja

Da bi se postigao visok standard njege s poštovanjem tijekom poroda, zdravstveni sustavi moraju biti organiziraniji i njima se mora upravljati na način koji osigurava poštivanje ženskog seksualnog i reproduktivnog zdravlja i ljudskih prava. Mnoge vlade, profesionalna društva, međunarodne organizacije, istraživači, skupine civilnog društva i zajednice širom svijeta već su naglasile potrebu rješavanja ovog problema, ali politike za promicanje poštovanja majčinske skrbi uglavnom nisu usvojene, specifične ili još nisu prevedene u suvislu radnju (Svjetska zdravstvena organizacija, 2015).

S obzirom da u Republici Hrvatskoj još uvijek ne postoje zakoni protiv opstetričkog nasilja, trebali bi se donijeti konkretni zakoni koji djeluju u korist trudnica. Primjerice, u Venezueli je Nacionalni institut za žene razvio triptih brošuru kojom se definira opstetričko nasilje, navodeći tko ga može prijaviti i navodeći koje institucije primaju pritužbe; uz to, Ministarstvo narodne moći za žene i ravnopravnost spolova započelo je regrutiranje zajednice promotora koji će biti uključeni u Nacionalni plan humanizirane isporuke (Williams, Jerez i sur., 2018). Nadalje, Bolivija je uključila je pitanja o opstetričkom nasilju u Nacionalno istraživanje o rasprostranjenosti i obilježjima nasilja nad ženama iz 2016. godine (Williams, Jerez i sur., 2018). U Argentini je Ured pučkog pravobranitelja u Buenos Airesu započeo s izradom interventnih protokola za slučajeve opstetričkog nasilja i primanja pritužbi (Williams, Jerez i sur., 2018). Ovi zakoni nude potencijalno perspektivan pristup odgovoru na opstetričko zlostavljanje, fenomen koji se čini raširen u mnogim okruženjima.

Osim donošenja konkretnih zakona, trudnice bi se putem različitih tečajeva trebalo informirati o pravu pristanka, mogućnostima odlučivanja, ali na kraju ih i uputiti kome se obratiti u slučaju pretrpljenog nasilja. Osim institucionalnog rješavanja problema, jedna od mogućnosti je samostalno informiranje trudnica o tome što ih čeka u rodilištu, o svojim pravima i mogućnostima i sl. Kada su trudnice sigurne u ono na što imaju puno pravo, lakše

se postaviti i zahtijevati ono što zaslužuju. I kroz odgovore ispitanice pokazalo se da je to jedan od načina rješavanja problema proživljavanja opstetričkog nasilja. Naravno, nije uvijek ni to dovoljno jer je problem opstetričkog nasilja sustavni problem koji zahtjeva veće promjene u samom sustavu.

Ograničenja studije

Ispitivanje, mjerenje i klasificiranje fizičkog nasilja predstavljalo je određeni problem i bilo je potrebno biti oprezan s interpretacijom jer odgovori “Da” koje su ispitanice dale na doživljavanje pojedinog fizičkog nasilja ne znači nužno da se stvarno radilo o nasilju. Kao što je navedeno ranije u radu, ukoliko su ispitanice odgovorile “Da” na neko od navedenih fizičkih postupaka i ponašanja, postavljena su im se pitanja o tome smatraju li da je navedeni postupak bio medicinski opravdan i jesu li nakon njega imale negativne posljedice. Ukoliko su kao odgovor o medicinskoj opravdanosti navele da smatraju da postupci nisu bili medicinski opravdani, takvi postupci su u radu klasificirani kao nasilje, tj, nasilna ponašanja. Ukoliko su navele da nisu sigurne u medicinsku opravdanost postupka, ponašanje je svrstano pod „možda nasilje”. No, neki postupci su ponekad medicinski nužni i opravdani, a drugi ih gledaju kao nasilne, stoga ne možemo sa sigurnošću utvrditi je li se radilo o nasilju ili nije. Iako smo pitali o medicinskoj opravdanosti navedenih postupaka, moguće da neke ispitanice nisu zapravo znale činjenično stanje.

Nadalje, istraživanje se odnosilo na period od 2015. godine do danas. Neki odgovori bi se mogli razlikovati s obzirom da su neke žene ispunjavale anketni upitnik za trudnoću koja je bila u vrijeme pandemije koronavirusa. Iako se situacija razlikuje od rodilišta do rodilišta, pratnja je trudnicama tijekom epidemije određeno vrijeme bila zabranjena, stoga bi odgovori o prisutnosti partnera na porodu mogli biti drukčiji da su žene ispunjavale upitnik za vrijeme poroda prije epidemije.

Na kraju, jedno od ograničenja istraživanja bio je prigodan uzorak i nemogućnost generalizacije na temelju njega. Kako je ranije navedeno, regrutacija sudionica istraživanja rađena je putem društvene mreže Facebook. Podijeljena je poveznica za pristup anketnom upitniku koji je bio dostupan za ispunjavanje uz kratki opis istraživanja i zamolbu za ispunjavanje u svrhu prikupljanja podataka za diplomski rad. Nemoguće je generalizirati količinu doživljenih

nasilja na populaciju svih žena u Republici Hrvatskoj. Moguće je da je tema istraživanja više privukla one s negativnih iskustvima, što je dovelo do ovakvih rezultata istraživanja.

6. Zaključak

Iako žene imaju pravo na najviši zdravstveni standard, koji uključuje pravo na dostojanstvenu zdravstvenu zaštitu tijekom trudnoće i porođaja, kao pravo na oslobođenje od nasilja i diskriminacije, one često nisu svjesne koja su zapravo njihova prava. Nepoštovanje i nasilje tijekom porođaja kršenje je temeljnih ljudskih prava žena, može negativno utjecati na ishod poroda i obeshrabruje žene da traže pomoć i skrb u budućnosti, a nerijetko rezultira i ozbiljnim posljedicama za tjelesno i/ili mentalno zdravlje žena. Glavni cilj ovog istraživanja bio je utvrditi s kakvim se vrstama i oblicima opstetričkog i ginekološkog nasilja suočavaju trudnice i rodilje u hrvatskim rodilištima. Istraživanjem je potvrđeno da su žene doživljavaju sve vrste nasilja koje su utemeljene u nalazima prethodnog kvalitativnog istraživanja udruge Roda te da takve prakse po njih ostavljaju negativne posljedice. To su emocionalno, verbalno i fizičko nasilje te ostale prisilne prakse poput neinformiranja, nemogućnosti odlučivanja i suodlučivanja.

Kao što je već navedeno, problem opstetričkog nasilja nije pojedinačni, nego javni, društveni. Dakle, ova vrsta nasilja je nametnuta, prikrivena te se javlja u odnosu podređenosti i dominacije i kao takva nije prepoznata u zdravstvenim službama, visoko rizičnim trudnicama i zdravstvenim radnicima.

Pacijenticama je potrebno dati informacije na otvoren i prijateljski način te bi se pacijentice trebalo poticati na aktivnu komunikaciju i dijalog (Kukura, 2018). Svaka intervencija u procesu rađanja podrazumijeva određeni stupanj rizika. Kada žena sama za sebe odluči o tijeku liječenja i postupcima tijekom poroda, ona odmjerava rizike i korist. Međutim, kada se ženi prisilom ili na drugi način oduzme ta odluka, što rezultira neželjenim i često medicinski nepotrebnim liječenjem, ona dovodi do negativnih fizičkih i emocionalnih učinaka liječenja koji predstavljaju ozljedu žene i nasilje nad njom.

Literatura

1. Brillhante, A. P. C. R., Jorge, M. S. B. (2020). *Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses*. Rev Bras Enferm.
2. Diniz, S. G., d'Oliveira, A. F. (2017). Gender violence and reproductive health. *International Federation of Gynecology and Obstetrics*. Vol 63, Issue S1.
3. Galić, B. (2006) Stigma ili poštovanje? Reproductivni status žena u Hrvatskoj i šire. *Revija za sociologiju*, Vol. 37 No. 3-4, 2006.
4. Galić, B. (2011). Reprodukcijska i društvena kontrola: reproduktivni status žena u Hrvatskoj i stavovi i njihovim reproduktivnim pravima. Institut znanosti Ivo Pilar, Zagreb.
5. Hodges, S. (2009). Abuse in hospital-based birth settings?. *The Journal of perinatal education*, 18(4), 8–11.
6. Klasnić, K. (2014). Konstrukcija i evaluacija skala namijenjenih mjerenju prepoznavanja iskustava ekonomskog nasilja and ženama u intimnim vezama. Doktorski rad. Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
7. Kukura, E. (2018). “Opstetric violence”. *The Georgetown Law Journal*. 106: 721-801.
8. Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726.
9. Nelson, J. (2015). *More Than Medicine: A History of the Feminist Women's Health Movement*. New York; London: NYU Press.
10. Olza Fernández, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery today with international midwife*, (105), 48–68. Pristupljeno 07.09.2021. <https://www.law.georgetown.edu/georgetown-lawjournal/wpcontent/uploads/sites/26/2018/06/Obstetric-Violence.pdf>
11. Rice, J.K. (2001). Poverty, Welfare, and Patriarchy: How Macro-Level Changes in Social Policy Can Help Low-Income Women. *Journal of Social Issues*, 57: 355-374.
12. Russo, N.F., Pirlott, A. (2006): Gender-Based Violence: Concepts, Methods, and Findings. *Annals New York Academy of Science*, 1087:178-205.

13. Shabot, S. C. (2021). Why 'normal' feels so bad: violence and vaginal examinations during labour – a (feminist) phenomenology. *Feminist Theory*, 22(3), 443–463
14. Solnes Miltenburg, A., Pelt, S., Meguid, T., Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive Health Matters*, 26:53, 88-106.
15. Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J. M., Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(10), 1208–1211.
16. World Health Organisation. (2015). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. World Health Organization.
17. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
18. Zakon o zaštiti prava pacijenata (n.d.). NN 169/04, 37/08.

Sažetak

Ovaj rad bavi se pitanjem opstetričkog nasilja nad trudnicama. Osim osobne razine, nasilje nad trudnicama dio je većeg društvenog problema i važan sociološki problem, stoga je objašnjeno i utemeljeno na nekoliko socioloških koncepata i teorija: teoriju rodno uvjetovanog nasilja, institucionalnog nasilja, strukturalnog nasilja te kroz koncept reproduktivne samodeterminacije. Glavni ciljevi rada su utvrđivanje i analiziranje vrsta i oblika opstetričkog i ginekološkog nasilja s kojima se suočavaju trudnice i roditelje u hrvatskim rodilištima, posljedica s kojima kasnije nastavljaju živjeti te oblike njihovih reakcija u slučaju doživljavanja ginekološkog nasilja. Svrha je produbiti znanje o navedenom problemu koji je još uvijek u određenoj mjeri nepoznat javnosti i o njemu se ne govori koliko bi trebalo.

Za potrebe rada provedeno je istraživanje kvantitativnom metodologijom: metodom ankete. Uzorak čini 1401 ispitanica prosječne dobi 40,5 godina s područja cijele Republike Hrvatske koje su rodile u hrvatskim bolnicama od 2015. godine do danas. Interpretacijom dobivenih rezultata istraživanja došlo se do zaključka da žene doživljavaju sve vrste opstetričkog nasilja: verbalno nasilje, fizičko nasilje te ostale prisilne prakse poput neinformiranja o postupcima, oduzimanja suodlučivanja i mogućnosti donošenja odluka. Navedena ponašanja utječu na njihov doživljaj poroda. Zbog toga se trudnice suočavaju s nekim negativnim posljedicama poput straha od iduće trudnoće ili odluke o nerađanju, ali i negativnim zdravstvenim posljedicama. Na kraju rada predložene su potencijalne mjere i mogućnosti koje bi dovele do poboljšanja kvalitete i dostojanstva unutar trudničke njege.

Ključne riječi: opstetričko i ginekološko nasilje, porod, trudnice, zdravstveni djelatnici

Summary

This paper deals with the issue of obstetric violence against pregnant women. Apart from the personal level, violence against pregnant women is part of a larger social problem and an important sociological problem, so it is explained and based on several sociological concepts and theories: the theory of gender-based violence, institutional violence, structural violence and the concept of reproductive self-determination. The main objectives of this paper are to identify and analyze the types and forms of obstetric and gynecological violence faced by pregnant women and mothers in Croatian maternity hospitals, the consequences with which they later continue to live and the forms of their reactions in case of gynecological violence. For the purposes of the paper, the research was conducted using a quantitative methodology: the survey method. The sample consists of 1401 respondents with an average age of 40.5 years from the entire Republic of Croatia who gave birth in Croatian hospitals from 2015 until today. The purpose is to deepen the knowledge of this problem, which is still to some extent unknown to the public and is not talked about as much as it should be.

Interpretation of the obtained research results, it was concluded that women experience all types of obstetric violence: verbal violence, physical violence and other coercive practices such as failure to inform about procedures, deprivation of co-decision and the ability to make decisions. These behaviors affect their experience of childbirth. Because of that, pregnant women face some negative consequences such as fear of the next pregnancy or the decision not to give birth, but also negative health consequences. At the end of the paper were proposed potential measures and possibilities that would lead to the improvement of quality and dignity within maternity care.

Key words: obstetric and gynecological violence, childbirth, pregnant women, health professionals