

Prirodni porođaj

Jelavić, Željka

Doctoral thesis / Disertacija

2024

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:131:641660>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-27**



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

Željka Jelavić

**PRIRODNI POROĐAJ – ETNOLOŠKA I
KULTURNOANTROPOLOŠKA ANALIZA
SUVREMENIH POROĐAJNIH PRAKSI U
HRVATSKOJ**

DOKTORSKI RAD

Mentorica:

Izv. prof. dr. sc. Sanja Potkonjak

Zagreb, 2024.



University of Zagreb

Faculty of Humanities and Social Sciences

Željka Jelavić

**NATURAL CHILDBIRTH – ETHNOLOGICAL
AND CULTURAL ANTHROPOLOGICAL
ANALYSIS OF CONTEMPORARY
CHILDBIRTH PRACTICES IN CROATIA**

DOCTORAL THESIS

Supervisor:
Sanja Potkonjak PhD

Zagreb, 2024

Informacija o mentorici:

Sanja Potkonjak diplomirala je na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu na Odsjecima za arheologiju i etnologiju s temom *Dobri ljudi: uvod u istraživanje običajnopravne institucije* 2002. godine, a iste je godine obranila diplomu i na MA programu Rodnih studija / Gender Studies pri Central European University u Budimpešti s temom “*Virgine*”: *An Anthropological View on Crossdressed and Transgender Behavior in the Balkans*. Na istom fakultetu doktorirala je s temom *Žensko autorstvo u hrvatskoj etnologiji dvadesetog stoljeća* 2010. godine. Zaposlena je na Odsjeku za etnologiju i kulturnu antropologiju od 2003. godine, od 2019. kao izvanredna profesorica. Članica je akademskog odbora međunarodnog doktorskog programa *Transformations in European Societies* pri Sveučilištu Ludwig-Maximilian u Münchenu. Suradivala je na projektima MZO-a i HRZZ-a, a trenutno je članica znanstveno-istraživačke grupe *Waste-in-motion* (2023. – 2025.) koju financira Njemačka istraživačka agencija, a koordinira Sveučilište u Münsteru. Voditeljica je institucionalnog projekta *Postindustrijski grad: ekološka nepravda i socioprostorni odnosi budućnosti* (2023). Recenzentica je (i panelistica) za Europsku agenciju za znanost, Slovensku agenciju za istraživanje i inovacije te Estonsku istraživačku agenciju. Članica je Etičkog povjerenstva Hrvatskog etnološkog društva i suautorica Etičkog kodeksa HED-a. Dugogodišnja je članica uredništva i urednica domaćih i međunarodnih znanstvenih i strukovnih časopisa *Studija etnologica Croatica* (Odsjek EKA Filozofski fakultet SuZ) i *Etnološka tribina* (HED) te časopisa *Ethnologia Europaea* (Međunarodno udruženje za etnologiju i folklor, SIEF). Suosnivačica je i bivša višegodišnja urednica knjižnog niza *hed biblioteka* (HED) te članica uredništva niza *e-monografije*, *Etnoantropološki problemi* (Beograd, Filozofski fakultet). Suautorica je triju knjiga (*Teren za etnologe početnike*, 2014; *Misliti etnografski: kvalitativni pristupi i metode u etnologiji i kulturnoj antropologiji*, 2016 s Nevenom Škrbić Alempijević i Tihanom Rubić; *Gdje živi tvornica: etnografija postindustrijskoga grada*, 2022, s Teom Škokić) te niza znanstvenih, stručnih i popularizacijskih radova.

Sažetak

Doktorska disertacija temelji se na prvom takve vrste etnografskom istraživanju iskustva, doživljaja i praksi prirodnog porođaja. Svrha je ovoga rada analizirati promjene porođajnih praksi druge polovine 20. i početka 21. stoljeća. Istraživanje je provedeno s rođiljama, primaljama, opstetričarima i doulama. Jedno od središnjih pitanja na koja rad odgovara jest zašto se žene odlučuju na porođaj bez liječnika izvan rođilišta te što one podrazumijevaju pod konceptom prirodnog porođaja. Rad istražuje u kakvom su odnosu zakonodavne promjene, maternalna skrb i porođajne prakse unutar dominantnog biomedicinskog pristupa i holističkog primaljskog pristupa. Istraživanje prirodnoga porođaja bavi se zagovornicama prirodnoga porođaja s ciljem ostvarivanja većih reproduktivnih prava žena. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da se zahtjev za legalizaciju prirodnih porođaja i postojećih praksi porođaja kod kuće temelji na snažnim osjećajima nemoći, otuđenosti i neravnopravnog odnosa liječnika i rođilje u porođajima unutar medicinskih ustanova. S druge strane, rezultati istraživanja s rođiljama koje su rodile prirodnim putem kod kuće uz primalje i doule ukazuju na to da su nove prakse porođaja omogućile ostvarivanje većeg tjelesnog i emocionalnog integriteta rođilja, snažnu povezanost s djetetom i obitelji kroz sam porođaj i nakon njega te su, u konačnici, doprinijele osnaživanju rođilja. Istraživanje pokazuje da je pokret prirodnog porođaja proizašao iz reakcije na biomedicinski model porođaja. To ukazuje na potrebu revizije medicinskih protokola i institucionalnog okružja, edukacije medicinskog osoblja, kao na i nužnost otvaranja zakonskog prostora za nedvosmisleni pravnu regulaciju prirodnog porođaja te osiguravanja autonomije rada primalja u vođenju fizioloških nerizičnih porođaja i asistencije doula. S obzirom na to da je riječ o inovativnom istraživanju, ono potencijalno može pridonijeti razvoju relevantnih novih uvida u nizu antropoloških grana. To se posebice odnosi na grane feminističke antropologije, medicinske antropologije, antropologije majčinstva i obitelji. Isto tako, istraživanje može ostvariti upliv na druge društvene znanosti poput sociologije; biomedicinske znanosti poput javnog zdravstva i opstetricije, koje mogu implementirati njegove rezultate i uvide. Na kraju valja naglasiti da je jedan od značajnijih izvornih doprinosa istraživanja primjenjiv i u oblikovanju budućih zdravstvenih politika koje bi se temeljile na kvalitativnometodološkoj detekciji potreba i interesa rođilja.

KLJUČNE RIJEČI: prirodni porođaj, medikalizacija, kućni porođaj, primaljstvo, doule, opstetricija

Summary

This dissertation is based on the first ethnographic research of its kind on the experience and practices of natural childbirth. The purpose of this work is to analyze changes in childbirth practices in the second half of the 20th century and the beginning of the 21st century. The research was conducted with birthing mothers, midwives, obstetricians, and doulas. One of the central questions that this dissertation answers is why women decide to give birth without a doctor outside the maternity ward and what they mean by the concept of natural birth. This doctoral thesis investigates the relationship between legislative changes, maternal care, and childbirth practices within the dominant biomedical approach and the holistic midwifery approach. The legal ambiguities and disorganization related to out-of-institutional births point to the need for a revision of the legislation that would enable women who give birth at home to have the same health care as women who give birth in maternity wards. Although the practice of giving birth in a maternity hospital is generally accepted, the experiences of women show in a noticeable number of cases that, despite the laws that ensure their rights as patients, the right to self-determination, understandable and adequate information, appreciation and respect is not respected within the institutions. All this forms the basis of the criticism of institutional childbirth, which, along with the criticism of excessive use of technology, shapes the desirability of childbirth at home as a place where the mother will have guaranteed autonomy, support, and midwifery care, which will be discussed in the following chapters.

Natural childbirth research deals with advocates of natural childbirth intending to achieve greater reproductive rights for women. The results of this research show that the demand for the legalization of natural births and existing home birth practices is based on a strong feeling of powerlessness, alienation, and unequal relationship between doctors and midwives in births within medical institutions. On the other hand, the results of the research with mothers who gave birth naturally at home with midwives and doulas, indicate that new birthing practices made it possible to achieve greater physical and emotional integrity of the mother, a strong connection with the child and family during the birth itself and after it, and ultimately contributed to the empowerment of mothers. Research shows that the natural childbirth movement arose out of a reaction to the biomedical model of childbirth. This indicates the need for revision of medical protocols, institutional environment, and education of medical staff as the opening of legal space for the unambiguous legal regulation of natural childbirth, the autonomy of work of midwives in conducting physiological risk-free births, and doula assistance. The research has a strong potential to contribute to the development of new insights

in several anthropological branches, given that it is an innovative research. In particular, the branches of feminist anthropology, medical anthropology, anthropology of motherhood, and family are meant. Likewise, research can have an impact on other social sciences such as sociology, and biomedical sciences such as public health and obstetrics, which can implement the results and insights of this research. Finally, it should be emphasized that one of the more significant original contributions of the research is also applicable in the design of future health policies that would be based on the qualitative-methodological detection of the needs and interests of women in labor.

KEYWORDS: natural birth, medicalization, home birth, midwifery, doula, obstetrics

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1 Konceptualna i istraživačka pitanja	1
1.2. Kontekst istraživanja.....	5
2. Metodološka razmatranja	6
3. Porodaj i roditelja u institucionalnom zagrljaju	11
3.1. Institucionalni okvir porođaja u Hrvatskoj	11
3.2. Zakonodavni okvir za obavljanje porođaja u Hrvatskoj	19
3.3. Rodilja kao pacijent	26
3.4. Europski sud za ljudska prava o pravu na mjesto i način rađanja	30
4. K antropologiji porođaja	33
4.1. Tri paradigme porođaja.....	34
4.2. Medikalizacija je progres?	36
4.3. Rutinizacija postupaka	39
4.4. Na leđima, na boku, i kako još?.....	39
4.5. Koliko traje porođaj?	41
4.6. Rezati ili ne?	46
4.7. Bol, strah i trauma.....	48
4.8. Porođaj boli i on traje satima	51
4.9. <i>Samo da se to završi!</i>	53
4.10. Rađanje kao rizik, rodilište kao <i>sigurno mjesto</i>	59
5. Feministička kritika porođaja	63
5.1. Oslobođanje od boli – porođaj u prvom feminističkom valu.....	63
5.2. Pravo na izbor – porođaj u drugom feminističkom valu.....	66
5.3. Može li bez binarnih podjela? – porođaj u trećem feminističkom valu.....	70
6. Prirodni porođaj	73

6.1.	Povratak prirodnom?.....	73
6.2.	Prirodnost se vježba	79
6.3.	Prirodni porođaj – <i>po planu</i>	82
6.4.	Tko podržava roditelju na porođaju?	83
7.	Doma je moguće bez borbe	85
7.1.	<i>Roditi kući je bilo ljepše</i>	90
7.2.	Povezanost i povjerenje	95
7.3.	Pregovaranja i prijepori.....	97
7.4.	Roditi doma nakon nakon carskog reza	100
8.	Doula – pomoćnica i podrška	102
8.1.	Podržavanje i pomoć kao prisutnost i brižnost	107
8.2.	Privikavanje i prihvaćanje – Odnos doule i primalje.....	108
8.3.	Niti važne, niti nevažne – odnos doula i liječnika	110
8.4.	Kada intimna podrška postane rad	113
9.	<i>Kad ženi pojdu trudovi, šalji po babicu</i>	116
10.	Zaključak.....	124
11.	Literatura.....	128
12.	Životopis.....	139

1. Uvod

1.1. Konceptualna i istraživačka pitanja

Primarni interes ovoga rada proistječe iz potrebe da se porođaj analizira kao osobno iskustvo žene. Premda je riječ o fiziološkom činu, doživljaj porođaja, kao i sjećanje na njega sadrže niz kulturnih sastavnica. Naime, svako je iskustvo određeno kulturom budući da ona usmjerava iskustva pojedinca. U porođaju se kao dijelu majčinstva u kompleksnom odnosu univerzalnost biološkog prepliće s kulturnim i društvenim posebnostima. Brigitte Jordan (1997), pionirka antropologije porođaja iz sedamdesetih godina 20. stoljeća, govori o porođaju kao o biosocijalnom događaju, u kojem se uključuje istovremeno prepoznavanje njegove univerzalne biološke funkcije i sociokulturne različitosti. Iz toga proizlazi da kulturni, odnosno društveni kontekst određuje na koji će se način definirati porođaj i samo majčinstvo. Medicina pak porođaj definira kao završetak trudnoće rađanjem djeteta i posteljice iz ženina uterusa u razdoblju od 37. do 42. tjedna trudnoće. Označavaju ga redovite kontrakcije maternice, trudovi, i sastoji se od četiri porođajna doba (Habek 2017).

Komparativna istraživanja tijekom 20. stoljeća pokazuju da se na porođaj primarno gleda kao na temeljno medicinski događaj, što je slučaj u većini zapadnih zemlja, pa tako i u nas (Dražančić 2004; Habek 2008). Budući da se porođaj prvenstveno doživljava kao potencijalno patološki proces koji stoga treba nadzirati, žene rađaju u bolnicama, pri čemu se osobito ističe upotreba tehnologije, čak i onda kada za to ne postoje nužne medicinske indikacije. Druga, holistička perspektiva porođaj promatra kao prirodni događaj i naglasak stavlja na osobno, intimno iskustvo i podršku koju žena prima od najbližih članova obitelji i drugih njoj bliskih osoba (Davis-Floyd 2001; Kitzinger 2000).

Etnologija i kulturna antropologija dugo su vremena porođaj tretirale kao marginalnu temu. Jedan od razloga za to je taj što su znanošću u početku dominirali muškarci, koji tu temu nisu smatrali relevantnom ili su nailazili na otpor kod kazivača, odnosno kazivačica da govore o njoj (Jordan 1997). Pored toga, iako je porođaj primarno ženska aktivnost, ženski glas u etnološkoj i kulturnoantropološkoj znanosti nije bio prihvaćen sve do druge polovine 20. stoljeća kada narasta svijest o rodnim predrasudama spram žena kao subjekata i objekata istraživanja. Iz toga je proizašla feministička kritika u kulturnoj antropologiji koja, osim što propituje ulogu bijelog muškarca kao kreatora istraživanja, afirmira žensku drugost kao

subjekta, kao i ostale marginalizirane društvene skupine (Ortner 1983; Rubin 1983; Škokić 2001).

U hrvatskoj znanstvenoj i stručnoj literaturi nedostaje radova koji analiziraju porođaj kao kulturnu pojavu iz antropološke perspektive. Osim magistarskog rada Jagode Vondraček Mesar iz 1993. godine koji se bavio načinom i oblicima izolacije roditelja na temelju analize upitnica iz *Etnološkog atlasa Jugoslavije* te članka Vesne Čulinović-Konstantinović iz 1988. godine koji se bavi tradicijskim praksama povezanim s trudnoćom i porođajem u srednjoj Dalmaciji u drugoj polovini 19. stoljeća, nailazimo na pregledni rad o antropološkom osvrtu na trudnoću i porođaje (Jambrec 2013) te tekst Elene Skoko "Priče o porodu" u zborniku *O pričama i pričanju danas* iz 2015. godine. Tijekom proteklih godina obranjeno je i nekoliko diplomskih i završnih radova (Bezjak 2017; Jambrec 2018; Ražov 2021).

Jagoda Vondraček Mesar donosi tipologiju načina rađanja s obzirom na mjesto u kući ili izvan nje u etnografskim zonama. Zaključuje tako da seoske žene u alpskom, panonskom i jadranskom području rađaju u stambenom dijelu kuće dok podaci za Bosnu i Hercegovinu ukazuju na rađanje i u kući i u objektima za stoku, a slično govore i oni za Srbiju, Crnu Goru i Makedoniju, gdje žene osim u kući ili štali vrlo često rađaju i na otvorenom. Navodi također da mjesto rađanja vrlo često ovisi o vremenskim prilikama i godišnjem dobu. Kritički se osvrće na nedostatke upitnica koji su onemogućili kreiranje jasnije slike o mjestima i načinima rađanja i praksama vezanim uz rađanje na području Jugoslavije za koje su kreirane upitnice. Sandra Jambrec (2018) u svom završnom radu naslovljenom "Antropologija trudnoće i poroda: pregled discipline i implikacije za Hrvatsku" analizira maternalnu skrb u Hrvatskoj kroz teorijsku perspektivu antropologije porođaja. Cilj je njezina pionirskog rada ponuditi zaključke o mogućim posljedicama za budućnost maternalne skrbi u kontekstu hrvatskog zdravstva. Branka Ražov (2021) u završnom radu "Porod i ritual: prema razumijevanju i humanizaciji tehnokratskog modela rađanja" analizira medikalizirani porođaj i ritualno korištenje tehnologije, dok se Petra Bezjak (2017) u radu "Porodničarsko nasilje: kulturološki i povijesni uzroci nasilja pri hospitaliziranom porodu" bavi uzrocima nasilja u porođaju fokusirajući se na patrijarhat, biomedicinu i kapitalizam, odnosno diskurse o tijelu koje oni proizvode, a koji utječu na nasilne prakse u rodilištima. Elena Skoko (2015) u svome tekstu "Priča o porodu: iz podzemlja kulturne amnezije do Europskog suda za ljudska prava" razotkriva kako se kreira dominantna fabula hospitaliziranog porođaja i kakva je moć dijeljenja osobnih priča kojima se mijenja prevladavajuća praksa hospitaliziranog porođaja.

U starijoj etnološkoj literaturi mjestimično se mogu pronaći opisi običaja koji se tiču porođaja poput, primjerice, onoga Alberta Fortisa iz njegova djela *Put po Dalmaciji* iz 18. stoljeća, u kojemu opisuje patrijarhalne odnose stanovnika Dalmatinske zagore. O porođaju je zabilježio kako Morlakinje ne mijenjaju svoju radnu rutinu zbog trudnoće i porođaja, koji najčešće obave same u polju, dijete operu u vodi i sljedećeg se dana vraćaju svojim uobičajenim poslovima. Ako žena rodi kod kuće, dijete se opere u hladnoj vodi da bi očvrsnulo i uspješno se nosilo s nedaćama (2004: 52). Prikupljena građa u etnografskim zbornicima, odnosno u upitnicama *Etnološkog atlasa* koje se odnose na razdoblje kraja 19. i ranog 20. stoljeća najčešće donosi opise običaja i ritualnih praksi vezanih uz porođaj poput, na primjer, zabrana vezanih uz konzumiranje određenih jela, toga što i kako smije trudnica, odnosno roditelja gledati, preko čega ne smije prijeći, kako se zaštititi od uroka i slično te rijetke opise porođaja (Ivanišević 1903-06; Vondraček Mesar 1993). Tako, na primjer, Josip Lovretić u monografiji "Otok" tiskanoj u drugom svesku *Zbornika za narodni život i običaje južnih Slavena* piše kako trudnica ne smije, navodim samo nekoliko od obilja primjera:

"jest mesa od tice, koja se zove ronac, jer bi dite rado ronilo, ma udavilo bi se i u koritu, jer bi uvek glavu u vodu guralo; jest puža, bit će dite balavo; jest sastavite trešne, ni drugo dvojnasto voće, jer će rodit dvojke; jest kad mete kuću, jer će dite biti lakomo; vunu prest, jer će ditetu biti bila kosa." (1897: 413)

Frano Ivanišević u monografiji "Poljica", prvi put tiskanoj 1906. godine, a reizdanoj 1987. godine, piše kako trudna žena ne smije ići na groblje da ne izgubi dijete, a nije joj dobro ni mesti kuću jer će roditi žensko dijete (1987: 461). Iz Ivaniševićeva opisa porođaja vidljivo je da je to društveni događaj u koji su uključene prvenstveno žene rođakinje ili susjede koje imaju iskustva u pomaganju roditelji, koja se može slobodno kretati po prostoru kuće i tragati za najpovoljnijim položajem. Ivanišević to ovako opisuje:

"Babi se žena u kamari kraj posteļe ili u ognenci kraj vatre, u toplu, ne smi biti na ariji, da ne zazebe. Uza ņu su žene iz kuće ili iz konšiluka, koje znadu pomagat. Vaļa svak da pripomaže stara je besida: ostavi kuću da gori, a priskoči ženi da rodi. Snađu rodiļu boli i grči, mota se na svaki način, ustaje na noge, liga, spušća se na kolina, pridiže se, vrti okolo posteļe, žene je druge pridrže i okreću amo tamo, kako ne će naškodit ditetu. Ako žena rađa teško te ne more da se rastavi sa svojim porodon, donesu joj Gospin pasac iz crkve, opašu š ņin, ona čini zavit, da će postit, molit ili dat lemozinu (milostiña), da će platit mise prigatorske (purgatorij), da će darovat kolajne, rećine ili prsten Gospi i stavit na ņezinu priliku. Žena doklen rađa, obućena je, ali raspasana." (1987: 462)

Budući da je primarno određen kao žensko iskustvo, porođaj se u ovoj disertaciji prezentira prvenstveno iz etnološke/kulturnoantropološke i kritičke feminističke perspektive. Analizira ga se kao kulturni čin stavljajući ga pritom u kontekst obitelji, šire zajednice, društvenih institucija i pravnog sustava. Polazi se od tvrdnje da je porođaj kulturni čin koji određuju kulturna i društvena praksa koliko i biološka sposobnost žene da iznese trudnoću. Za ovaj rad višestruko su značajni radovi različitih feminističkih pristupa. Od onih koji analiziraju pristupe koji osnažuju žene ili pak onih koji u prvi plan stavljaju pravo na izbor žene, bilo da je riječ o tzv. prirodnom ili medikaliziranom porođaju (Davis-Floyd 2001; Kitzinger 1978; Beckett 2005).

Upravo feministička perspektiva omogućava fokus na žensko iskustvo, specifičan uvid i kritičku analizu patrijarhalnih odnosa u društvu, konceptualizacije majčinstva, analizu odnosa tijela i moći, odnosno nadzora nad tijelom i ženskom reproduktivnom ulogom i seksualnošću, kao i prava na izbor načina porođanja. Unutar feminističkih pristupa može se razlučiti različitost konceptualizacija prirodnosti i tijela. Prirodnost tijela i rađanja podložna je oprečnom tumačenju. Za neke će, poput Shulamith Firestone (1979), predstavljati izvorište društvene nejednakosti žena pa će se u svrhu njezina ukidanja zalagati za korištenje sofisticiranih reproduktivnih tehnologija kako bi čin rađanja prestao biti temeljem za diskriminaciju. Za druge će prirodnost tijela i rađanja biti osnovom za tumačenje o ženama kao boljima za brigu o djeci od muškaraca, kako navodi Alice Rossi u tekstu o rodu i roditeljstvu (1984). Nasuprot poimanju prirodnog tijela jest društveno, odnosno kulturno konstruiranje tijela. Pojedine teoretičarke ističu da se ideologija patrijarhata upisuje u žensko tijelo te da muškarci ostvarujući prevlast nad konkretnim ženskim tijelima ostvaruju i društvenu moć (Rich 1977). Medicinski sustav u službi je te moći i radi njezina održavanja nadzire i kontrolira podjednako muška i ženska tijela (Foucault 1994). Autorice poput Robbie Davis-Floyd (2001) i Sheila Kitzinger (2001) smatraju da je tehnologizirani, medikalizirani porođaj u bolnicama primjer mehanicističkog poimanja tijela u kojem je ženi oduzet nadzor nad svojim tijelom i procesom porođaja, a moć odlučivanja ima liječnik, muškarac u kojem je utjelovljena patrijarhalna moć koja ženu drži u pokornosti.

Zalaganje za prirodni porođaj otkriva, kao i u slučaju tijela, različitost poimanja prirodnog koje se kreće u rasponu od idealiziranja kućnog porođaja, potpunog izostanka korištenja bilo kakvog oblika medicinske asistencije, do izbora samo određenih postupaka i rađanja u rodilištu u prisustvu primalje, ali ne nužno i liječnika opstetričara i upotrebe tehnologije (Beckett 2005; Lupton 1998).

1.2. Kontekst istraživanja

Za kontekst istraživanja važno je analizirati u kakvom su odnosu zakonodavne promjene, maternalna skrb i porođajne prakse druge polovine 20. i početka 21. stoljeća. Naime, nakon Drugog svjetskog rata u Hrvatskoj se s razvojem zdravstvene skrbi većinom prestaje rađati kod kuće te se porođaji, bez obzira na to je li riječ o urednim fiziološkim ili rizičnim trudnoćama, odvijaju u bolnicama osim u rijetkim slučajevima kada trudnica ne uspije biti na vrijeme transportirana do rodilišta. Reakcije na normalizaciju porođaja u bolničkom kontekstu i medikaliziranje svih trudnoća i porođaja vidljive su u porastu broja kućnih porođaja u Hrvatskoj u posljednjem desetljeću. Iako kućne porođaje dominantno prate stigma spram takve prakse koja se doživljava kao visokorizična i nesigurna za majku i dijete i osuda koja dolazi prvenstveno iz reda zdravstvenih radnika, oni su sve učestaliji u Hrvatskoj. Jedno od središnjih pitanja na koja ovaj rad odgovara jest zašto se žene odlučuju na porođaj bez prisustva liječnika te što one podrazumijevaju pod konceptom prirodnog porođaja. Suprotno bojazni i osudi prakse kućnog porođaja kao neodgovorne i ugrožavajuće, žene koje su rađale kod kuće ističu da su se osjećale sigurno, zaštićeno i opuštenije nego u rodilištu. Izvanbolnički porođaj nije zakonski zapriječen no postoji čitav niz pravnih nejasnoća, o čemu će biti riječ detaljnije u radu, a koje priječe i u sivu zonu uvode roditelje koje se odlučuju na kućni porođaj. Danas u Republici Hrvatskoj postoji zakonska obveza statističke evidencije i praćenja bolničkih porođaja. Takva praksa ne daje informacije ni točne podatke o broju porođaja izvan zdravstvenih ustanova te oni ostaju na razini pretpostavki. Statistički podaci bilježe 2010. godine 43.201, a 2020. godine 36.166 živorođene djece u rodilištima. Prikupljena građa ukazuje na to da se, iako se brojčano razmjerno mali dio žena odlučuje za porođaj kod kuće, njihov broj iz godine u godinu povećava. Tako je Ministarstvo pravosuđa i uprave iznijelo sljedeće podatke o broju kućnih porođaja u Hrvatskoj: 2018. godine bila su 52 porođaja kod kuće, 2019. godine bilo ih je 69, a 2020. godine 97. Smatra se da je na povećani broj kućnih porođaja u posljednjoj godini utjecala pandemija bolesti COVID-19, jer su se roditelje kod kuće osjećale sigurnije i manje izložene riziku zaraze nego u bolničkom okruženju (usp. Šebalj 2022). Analizom i interpretacijom različitih diskurzivnih razina prirodnog porođaja u radu se razmatraju dominantni društveni i kulturni obrasci kao okviri za individualno djelovanje trudnice, odnosno roditelje i ostvarivanje njezina ljudskog prava na izbor mjesta i načina rađanja. U tom će kontekstu biti razmatrana uloga doule (laikinje podržateljice) tijekom trudnoće i u samom tijeku porođaja, što je fenomen koji se u nas razvija tijekom proteklog desetljeća, te primalje. Nadalje, rad propituje

suodnos doule i primalje tijekom porođaja koji se odvija bez prisustva liječnika izvan ili unutar zdravstvenog sustava. Pored toga, razmatra se hijerarhijski odnos aktera u institucionaliziranom porođaju: ginekologa, primalje i roditelje. Primaljstvo, iako starije od opstetricije, unutar zdravstvenog sustava nema autonomiju. Primalje ne mogu samostalno asistirati ženama pri niskorizičnim fiziološkim porođajima, jer je autoritet donošenja odluka na liječniku opstetričaru. Nadalje, status primalja, odnosno mogućnost njihova samostalnog rada nalazi se u sivoj zoni pravnih nejasnoća što rezultira time da primalje s hrvatskom licencom ne mogu samostalno asistirati u niskorizičnim izvanbolničkim porođajima pa stoga žene koje se odluče na kućni porođaj angažiraju licencirane primalje iz susjednih zemalja: Italije, Slovenije i Austrije. Za kontekst istraživanja važno je razmotriti porođaj kao intiman emotivan čin. U okviru toga analizira se na koji način prostor rađanja te okolinski faktori poput atmosfere, svjetla i mirisa utječu na doživljaj porođaja. S time je u vezi suodnos komunikacije te emocionalne i fizičke podrške kao čimbenika koji utječu na doživljaj i iskustvo porođaja.

2. Metodološka razmatranja

U ovo sam istraživanje krenula iz jednog specifičnog osobnog razloga koji proizlazi iz mojeg kulturnog krajolika, mog obiteljskog konteksta i osobnih iskustava. Na ovom mjestu željela bih reflektivno rasvijetliti svoja vlastita polazišta koja su sasvim sigurno definirala moju politiku lokacije (Rich 1984).¹ Moj interes proističe iz osobnog iskustva porođaja u dvije zagrebačke bolnice 1988. i 1992. godine. Tijekom trudnoće nisam razmišljala o mogućoj alternativni mjestu rađanja jer je bilo *normalno* da se rađa u rodilištu. U rodilište sam ušla s punim povjerenjem u to da liječnici znaju što rade. Imala sam povjerenje i u medicinu koja je omogućavala porođaj bez boli pa sam dogovorila epiduralnu analgeziju, koju u to vrijeme liječnici nisu nudili, nego ju je roditelja morala sama zatražiti. Baš sam zbog tog povjerenja u zdravstveni sustav vjerovala da ne moram proživjeti onu biblijsku “u mukama ćeš rađati”. Bila sam prva među mojim prijateljicama koja je rađala pa sam osluškivala priče drugih žena iz čekaonice. U tim su se pričanjima pojavljivali strah, samoća, napuštenost, nevidljivost. Mislila sam da je riječ o individualnim slučajevima. Bilo mi je jako važno da ostavim dobar dojam na doktore kako me ne bi okarakterizirali kao razmaženu ili histeričnu. U svoj sam trudnički dnevnik zapisala: “Samo nemoj vikati, samo nemoj vikati! To ih smeta.” Došla sam na

¹ <https://openspaceofdemocracy.files.wordpress.com/2017/01/adrienne-rich-notes-toward-a-politics-of-location.pdf> (pristupljeno 2. 2. 2022.).

inducirani porođaj u maglovito subotnje zimsko jutro. Željela sam da mi na porođaju bude opstetričar kod kojeg sam kontrolirala trudnoću i u kojeg sam imala povjerenje. Nisam mislila da ću biti ostavljena da cijeli dan ležim sama na krevetu prikopčana na aparat slušajući otkucaje srca moga sina. Bila sam žedna, a nikoga nije bilo u blizini. Povremeno bi prošli doktor ili primalja, ali baš u trenutku kad bi se našli ispred mog boksa okrenuli bi se na drugu stranu. Potom je došla primalja i dala mi *drip*² da se ubrzaju trudovi. Mislila sam da to tako mora biti. Tijekom dugih sati samoće postajala sam sve svjesnija da imam nešto zajedničko sa ženama iz čekaonice – i ja sam nevidljiva. Bila sam uplašena, ni s kime nisam prozborila ni riječ. Samo sam čekala kraj agonije. Mislila sam da ću na drugom porođaju, kao žena s iskustvom, moći vladati situacijom. Kakva zabluda! Moje povjerenje u sustav nestalo je kada je moja sestra, uoči svog 25. rođendana, umrla na porođaju. Njezin dječak nije preživio.

U dijelu poglavlja koje slijedi predstaviti ću metodologiju istraživanja fenomena prirodnog porođaja. No prije toga osvrnut ću se na jezičnu praksu korištenja glagola poroditi i roditi, rađati i imenica porod, porođaj, porodilja i rodilja. Kako objašnjava Marija Zinka (1994: 117), u rječnicima se i glagol roditi i glagol poroditi odnose na “donijeti na svijet”. Po načelima jezične ekonomije jedan od sinonima, ako se oba upotrebljavaju u istome kontekstu, postaje višak i trebao bi nestati. Liječnici su, kaže Zinka, modificirali značenje glagola poroditi/porađati u pomoći/pomagati pri porođaju. Time je osigurano postojanje glagola poroditi u hrvatskom jeziku. Imenica porod ima više značenja. Iako često korištena u svakodnevnom govoru u istom značenju kao i porođaj, označava i dijete, ono što se rodilo, i lozu, potomstvo. U stručnom bi nazivlju trebalo izbjegavati višeznačne riječi, stoga i ja upotrebljavam imenicu porođaj za čin rađanja i izvedenicu rodilja, a ne porodilja. U iskazima kazivačica te u literaturi, gdje je tako navedeno, zadržana je imenica porod u značenju porođaja.

Metodologija istraživanja fenomena prirodnog porođaja temelji se na trima principima kvalitativnog istraživanja: strategijama dizajna istraživanja, strategijama prikupljanja podataka i terena te analitičkim strategijama (usp. Patton 2002: 39). U svojoj osnovi naturalističko, istraživanje zahtijeva provođenje opservacije u realnom okruženju, bez manipulacije fenomenom i obilježjima prirodnog porođaja.

U prvom djelu istraživanja, povezano s metodskim konceptom otvorenosti i prirodnosti, istraživanje prirodnog porođaja kombinira se s ciljanim kvalitativnim uzorkovanjem

² Drip je naziv za infuziju hormona oksitocina u fiziološkoj otopini koji se daje za stimulaciju trudova ako se oni ne javljaju prirodno, ako su neredoviti, spori, nejednakog intenziteta (<https://www.bipoklub.hr/inducirani-porodsto-ocekivati-i-kako-se-pripremiti/>, pristupljeno 16. 8. 2022.).

usmjerenim prema događanjima, zajednicama, ljudima koji mogu ponuditi etnografski relevantne “guste opise” (usp. Geertz 1998 [1973]). Dizajnirano kao otvoreno istraživanje u kontekstu svakodnevice, ovo doktorsko istraživanje pokušava dohvatiti modele interpretacije proizašle iz intimne bliskosti i uronjenosti u prakse promocije prirodnog porođaja, zagovaranje prirodnog porođaja i življenja prirodnog porođaja.

Terenski aspekt istraživanja oblikovan je dvama dominantnim principima: promatranjem i približavanjem istraživanoj zajednici, tzv. ulaženjem u teren (engl. *getting in*) i društveno prihvatljivim socijalnim pristupom (engl. *getting on*) (usp. Gobo 2009). Kombinirani zajedno, oni obuhvaćaju zahvaćanje proučavanih svjetova u njihovoj fizičkoj i socijalnoj realnosti.

Poseban aspekt prikupljanja podataka proizlazi iz odabira metoda kvalitativnog intervjuiranja usmjerenih na “razumijevanje tema svakodnevnog života” i življenih praksi sudionica istraživanja. Struktura u tom smislu proizlazi iz otvorenosti svakodnevne konverzacije, ali je korigirana profesionalnim vođenjem kvalitativnih intervjua koji nalažu usredotočenost na specifične teme. Kvalitativna analiza narativa o porođajnim praksama cilja k razumijevanju životnih praksi, uvjerenja, dohvaćanju opisa i specifičnosti porođajnih praksi, neposrednog iskustva koje je neovisno o znanstvenoj eksplanaciji i koje joj prethodi (usp. Kvale i Brinkmann 2009: 29).

Strategije analize prikupljenih opservacija i narativa proizlaze iz dviju vrsta tekstova i tekstualiziranih narativa. Prvi dio analize podatke oblikuje iz generiranih, odnosno etnografski iniciranih tekstova intervjua (engl. *elicited texts*), dok se drugi dio odnosi na već postojeće tekstove (engl. *extant texts*) proizašle iz medijskih natpisa, promotivnih materijala, tzv. javnih materijala, osobnih dokumenata, mrežnih stranca, slikovnih blogova, fotografija simbola, tzv. privatnih materijala, koje generira i konzumira istraživana zajednica (usp. Charmaz 2011: 36-37). Analiza konstrukcije realnosti putem dokumenata koristit će se kao “nereaktivna i nenametljiva tehnika”. Autonomna analiza dokumenata komplementarna je etnografskim metodama istraživanja i usmjerena je na sadržaje, poruke te medije konstrukcije i prenošenja znanja o prirodnom porođaju (Gobo 2009: 130). Tekstualizirani podaci narativa i diskurzivnih formacija analizirani su inicijalnim i fokusiranim kodiranjem (usp. Charmaz 2011; Emerson, Fretz i Shaw 1995: 143) kako bi se oblikovale teorijske premise prirodnog roditeljstva u suvremenoj Hrvatskoj.

Polustrukturirane intervjue provela sam s dvadeset žena u razdoblju od srpnja 2019. do ožujka 2021. godine. Sve one imale su iskustvo rađanja jednog ili više djece u bolničkim rodilištima ili kod kuće. Neke od njih ujedno su i laikinje pomoćnice, doule, za što su se odlučile nakon

porođaja kod kuće i svojeg vlastitog iskustva s doulom, koje je za njih bilo osnažujuće i pozitivno. Dvije su žene zaposlene kao primalje u dva velika hrvatska grada. Tijekom 2022. godine intervjuirala sam još dva ginekologa opstetričara, jednog s tridesetogodišnjim iskustvom i jednog specijalizanta ginekologije i opstetricije s tri godine radnog iskustva. Razgovor sam vodila i s umirovljenom primaljom, članicom Hrvatske komore primalja. Osim intervjuima, služila sam se i tekstovima s mrežnih stranica i objavama s foruma društvenih mreža. U samom početku istraživanja 2019. godine postojao je stanoviti oprez kod kazivačica koje su rađale kod kuće pri njihovu pristupanju intervjuu budući da se takva vrsta porođaja nalazi u sivoj zakonskoj zoni. Nakon što sam zadobila povjerenje prvih kazivačica, metodom snježne grude stupila sam u kontakt s novim kazivačicama. O stupnju opreza kod kazivačica koje su rađale kod kuće govori i to da usprkos pokušajima da saznam imena primalja iz Slovenije i Italije koje dolaze na kućne porođaje u Hrvatsku kako bih razgovarala i s njima, njihov mi identitet nije otkriven.

Iako su mi dani pristanci za njegovu objavu, identitet svih kazivačica i kazivača zamijenila sam pseudonimom, rukovodeći se time da s protokom vremena te osobe možda neće imati ista gledišta ili osjećaje o porođaju s obzirom na vrlo intimnu prirodu toga događaja. Pseudonimizacija označava zamjenu imena kao dijela osobnih podataka koji se ne mogu pripisati određenom ispitaniku bez da ih se poveže s dodatnim informacijama o tom ispitaniku poput, na primjer, njegove adrese, spola ili godine rođenja. Za razliku od pseudonimizacije, anonimizacija je način obrade osobnih podataka kojim se nepovratno sprječava identifikacija ispitanika.³ Vodila sam računa o tome da se ni jedno od odabranih imena ne preklapa sa stvarnim imenom neke od intervjuiranih osoba. Pored toga, u nekoliko su slučajeva moji kazivači i kazivačice ujedno i osobe koje javno publiciraju radove te se pojavljuju i kao autori koje u nekoliko navrata citiram. Dodjeljujući im pseudonim željela sam izbjeći pretapanje njihova javnog teksta s osobnim kazivanjem.

Kao feministička istraživačica, svjesna sam subjektivnosti i utjecaja na to kako sam konceptualizirala istraživačka pitanja, koju sam vrstu podataka prikupljala i kako sam ih odabrala analizirati i predstavljati. Takav osobni i angažirani način istraživanja počiva na onome što Sandra Harding (1992) naziva “epistemologija stajališta”. Teoriju stajališta obilježava istraživanje i problematiziranje marginalnih društvenih skupina i tema. Feministička teorija stajališta u svoj fokus stavlja žene i društvene odnose u kojima se one nalaze. Dorothy

³ https://www.cert.hr/wp-content/uploads/2018/08/anonimizacija_i_pseudonimizacija_podataka.pdf (pristupljeno 1. 9. 2023.).

Smith naglašava da je istraživačko polazište stvarnost raznolikih ženskih iskustava, a ne apstraktni konceptualni okvir, jer u nejednakim odnosima muškaraca i žena žene imaju marginalnu poziciju (Smith 2002). Harding tvrdi da feministička epistemologija stajališta dovodi do “snažne objektivnosti”, a ne vrijednosno neutralne, znanstvene objektivnosti koja prikriva odnose moći (Harding 1992). Takav pristup pokazuje da žene imaju značajno znanje o vlastitim tijelima i životima tijekom trudnoće i porođaja, koje se razlikuje od pozitivističkog biomedicinskog okvira. Mary Field Belenky i suradnice u knjizi *Ženski načini spoznavanja: razvoj sebstva, svojeg glasa i svojeg duha* (1998) analiziraju pet načina spoznavanja koji su metaforički podijeljeni ženskim glasom: šutnja utišanim glasom, primljeno znanje glasom drugih, subjektivno znanje unutaršnjim glasom, proceduralno znanje glasom razuma i konstruktivističko znanje objedinjenim glasovima. Autorice iznose kako dio žena tragajući za spoznajom stručno znanje doživljava kao strano.

“Subjektivistice nemaju povjerenja u logiku, analizu, apstrakciju, čak ni u jezik. Te metode one doživljavaju kao strani teritorij koji pripada muškarcima. Slušajući kako opisuju svoj odnos prema istini i spoznaji, slušali smo ih kako stereotipiziraju i negativno govore upravo o onim stručnjacima i nedostupnim autoritetima koje društvene institucije često prikazuju kao one koji u rukama drže ključ istine – nastavnike, liječnike, znanstvenike, uopće muškarce. Reklo bi se da su okrećući se sebi, istodobno morale odbaciti sve one strategije spoznavanja koje percipiraju kao dio muškog svijeta.” (1998: 79)

Izlazeći iz zone znanstvene objektivnosti koja prikriva odnose moći, želim ovim radom dajući ženama glas dosegnuti “snažnu objektivnost”, kako kaže Sandra Harding (1992).

Disertacija sastoji se od deset poglavlja. U uvodnom dijelu uz istraživačka pitanja o crtala sam kontekst istraživanja. Drugo poglavlje donosi metodološka razmatranja. U trećem analiziram povijesni razvoj institucionalizacije porođaja i domaće zakonodavno uređenje porođaja i djelovanje Europskog suda za ljudska prava u rješavanju pritužbe zbog povrede ljudskih prava majke roditelje. Četvrto poglavlje posvećeno je antropologiji porođaja u kojoj su predstavljene tri paradigme porođaja te kritika medikalizacije porođaja i postupanja u rodilištu. U narednom poglavlju predstavila sam osnove feminističke kritike kroz tri feministička vala u 20. stoljeću. Temu prirodnog porođaja i kritičko razmatranje prirodnosti donosi šesto poglavlje, a u sedmom se poglavlju analizira kućni porođaj. Ulogu doula i njihove odnose sa zdravstvenim osobljem predstavila sam u osmom poglavlju dok se predzadnje poglavlje bavi primaljama. Posljednje, deseto poglavlje donosi zaključak ovog doktorskog rada.

3. Porodaj i rođilja u institucionalnom zagrljaju

3.1. Institucionalni okvir porođaja u Hrvatskoj

Žene danas u Hrvatskoj najčešće rađaju u rodilištima, koja su dio zdravstvenog sustava. Stoga se rađanje i porođaj, kao i mjesta u kojima se rađa, mogu smatrati dijelom javnoga zdravstva. U posljednjem desetljeću raste i broj izvaninstitucionalnih porođaja kod kuće. Za razliku od zemalja Europske unije koje imaju slične sustave zdravstvene zaštite kao i Hrvatska, a u kojima je porođaj kod kuće dio javnozdravstvenog sustava, u Hrvatskoj porođaj kod kuće iako nije izrijekom zabranjen, nije ni jasno pravno definiran. U ovom poglavlju daje se pregled institucionalizacije porođaja i odnosa spram porođaja kod kuće. Pod pojmom institucionalnog porođaja smatram porođaj koji se odvija u rodilištu unutar bolnice ili u izvanbolničkom rodilištu kao samostalnoj zdravstvenoj jedinici uz asistenciju kvalificiranog zdravstvenog osoblja – primalja i ginekologa porodničara.

Ovaj se rad bavi suvremenim porođajnim praksama u Hrvatskoj, koje se dominantno može razmatrati kao dio javnozdravstvene politike. No valja napomenuti da začetke javnozdravstvenog sustava nalazimo u razdoblju prosvjećenog apsolutizma druge polovine 18. stoljeća kada su unutar Habsburške Monarhije “postavljeni temelji sustava javnoga zdravstva koje od tada postaje isključivo političko pitanje i predmet državne interesne sfere” (Horbec 2015: 12).

Analizirajući razvoj javnoga zdravstva u Monarhiji kao područja državnog interesa povjesničarka Ivana Horbec ističe nekoliko ključnih elemenata: uz školovano osoblje potrebna je mreža zdravstvenih institucija te hijerarhijska odgovornost podređena izvršnoj vlasti. Iz javnozdravstvenog sustava bivaju isključene priučene primalje, a rad nadriliječnika i travara koji su se uz svećenike bavili liječenjem biva kriminaliziran (usp. Horbec 2015: 13). Porodništvo, kao značajno starija struka od ginekologije, bilo je u rukama primalja. Iako su u današnje doba ginekologija i porodništvo usko povezani, ginekologija je bila sastavni dio kirurgije sve do pred kraj 19. stoljeća. Na razmeđu 19. i 20. stoljeća razvijaju se medicinske specijalizacije. Kako navodi Ante Dražančić:

“Prije toga su u tadašnjim bolnicama bila dva odjela: ‘interni’ i ‘eksterni’. Pod ‘internu’ su spadale dječje bolesti, neurologija, fiziologija i infektologija. U ‘eksterni’ su spadale sve kirurške bolesti, uključujući i ginekologiju, ortopediju, otorinolaringologiju i urologiju, bolesti oka te kože i spolnih organa.” (2010: 102)

Kirurzi su imali kompetencije i ekspertizu za izvođenje operacija, pa tako i onih ginekoloških koje su se tada izvodile u kirurškim odjelima bolnica. Rješavanje komplikacija pri porođaju i izvođenje carskih rezova također su bili u domeni kirurgije. Navedenu podjelu dodatno pojačava i podatak o tome da ginekologija kao samostalna sekcija unutar Hrvatskoga liječničkog zbora postoji tek od 1940. godine, a dotad su ginekolozi djelovali unutar kirurške sekcije osnovane 1911. godine (usp. Dugački 2003). Školovane primalje porađale su žene u bolnicama i kod kuće, što je bila uobičajena praksa. “Primalje ne samo da su dostupnije već i vještije i iskusnije od liječnika koji su opstetriciju uglavnom razmatrali teoretski” (Dugački 2003: 76). Za razvoj ginekološko-opstetričke struke početkom 20. stoljeća u Hrvatskoj bitno je Zemaljsko rodilište u Zagrebu s primaljskim učilištem otvoreno 1877. godine, iz kojeg se kasnije razvila ginekološko-porođajna klinika. U samome početku svoga djelovanja rodilište pod vodstvom svoga osnivača prof. dr. Antuna Lobmayera djeluje isključivo kao opstetrička ustanova. No dolaskom dr. Franje Dursta, školovanog kirurga, koji je od 1907. godine na čelu ustanove, ginekologija se, kao kirurška struka, sve više povezuje s porodništvom.⁴ Rodilište se tada nalazilo na adresi Ilica 83. Nova zgrada sagrađena je u Petrovoj ulici 13 u roku od tri godine. Dovršena je 1914. godine, no rodilište je na toj adresi započelo s radom dvije godine po završetku Prvog svjetskog rata, 1920. godine. Kada je Franjo Durst izabran za profesora ginekologije i porodništva na Medicinskom fakultetu 1921. godine Zemaljsko rodilište postaje dijelom klinike za ginekologiju i primaljstvo.

Zbog loših higijenskih uvjeta ne samo u domaćinstvima nego i u bolnicama, smrtnost roditelja i novorođenčadi je izrazito visoka (usp. Dražančić 2004; Dugački 2003). U prvim dekadama 20. stoljeća medicina dobiva snažan zamah, a posebno se širi zdravstveno prosvjeđivanje napose seljaštva, najbrojnijeg dijela stanovništva u to vrijeme. Lošu zdravstvenu situaciju koju opisuju Dražančić i Dugački ocrtava i zapis Marije Bevandić iz zbornika *Kako živi narod: život u pasivnim krajevima* ekonomista, povjesničara i političara Rudolfa Bičanića, objavljenog davne 1936. godine. Bevandić ukazuje na to da bi životi mnogih žena mogli biti spašeni kada bi rađale u higijenskim uvjetima uz nadzor stručnog osoblja, i o tome piše sljedeće:

⁴ Ni u ovom ranom slučaju, koji se opisuje kod Dugačkoga i koji možemo smatrati događajem koji je postavio snažne smjernice i okvire suvremenim tehnologijama upravljanja domenom ženskoga spolnog i reproduktivnog zdravlja, ustanovljavanje dominacije medikaliziranog pogleda na žensku reprodukciju nije prošlo bez prijepora. Snažno povezivanje ginekologije kao kirurške struke s porodništvom već je tada nailazilo na otpor liječnika sa specijalizacijom u pedijatriji. Naizgled logičnom spajanju odjela i zdravstvenih struka usprotivio se pedijatar Radovan Marković, koji je bio zastupnik u Hrvatskom saboru i kasniji ministar zdravstva. “On se u svojem saborskom govoru u travnju 1910. usprotivio da se Zemaljsko rodilište s Primaljskim učilištem upotpuni odjelom za ginekologiju, predlažući da se umjesto toga u rodilištu ustroji odjel za bolesnu dojenčad. Štoviše ustvrdio je da bi osnivanje ginekološkog odjela išlo na uštrb Primaljskog učilišta” (Dugački 2003: 77).

“Porodilje na selu, osobito u udaljenim gorskim krajevima rađaju uz nevjerojatne okolnosti. Tu se ne zna za medicinu i njezine tekovine. Tu još uvijek vlada vraćanje i praznovjeraca – Higijena je nepoznata, čak i osnovni njezini principi. O stručnim pomagačima pri porodu nema ni govora. Žene se koriste iskustvom drugih žena, pri čemu veliku ulogu igraju vradžbine i čarobnjaštvo. Da kod toga dolazi vrlo često do infekcija, komplikacija pa i smrtnih slučajeva, govore nam najbolje statistike o pomoru porodilja (...).” (1936: 85)

Uz zalaganje Andrije Štampara,⁵ svjetski poznatog liječnika i promicatelja javnog zdravstva i socijalne medicine, reorganizira se i unapređuje zdravstvena služba u desetljećima nakon Prvog svjetskog rata. Iako u Štamparovu fokusu nisu bila primarno rodilišta, nego unapređenje cjelokupnog javnog zdravstva s posebnim naglaskom na suzbijanje zaraznih bolesti i usvajanje higijenskih navika, pozitivne promjene vidljive su i u organizaciji rada rodilišta posebno na razini podizanja higijenskih mjera (usp. Živaković-Kerže 2019; Dugac 2010). Štampar je bio ispred svoga vremena uvodeći participativne metode u konceptualizaciji javnozdravstvene politike. Smatrao je da će se jedino uključivanjem lokalnog stanovništava postići promjene. Njegova “metoda se sastojala od toga da u zdravstveno-prosvjetnom radu seljaci sami prepoznaju lokalni zdravstveni problem, da im bude predstavljeno na koji način se taj problem može riješiti te da oni sami provedu potrebne radnje” (Leček i Dugac 2006: 988). Njegov se integrativni pristup temeljio na uvažavanju iskustvenog i neekspertnog znanja stanovništva. Upravo nedostatak takvog pristupa, pokazat će se u ovome radu, uzrokom je nesporazuma i lomova u pitanjima porođajnih praksi danas, gledano s pozicija zagovornica i praktičarki prirodnoga porođaja i javnozdravstvenih politika i praksi.

Valja spomenuti da je u provođenju zdravstveno-prosvjetnih kampanja značajnu ulogu odigrala i Seljačka sloga, koja se u osvit Drugog svjetskog rata 1939. godine uključila u kampanju na poticaj pedijatra Ernsta Mayerhofer. Mayerhofer, podrijetlom iz Austrije, utemeljio je Kliniku za dječje bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1923. godine, i postao prvi profesor pedijatrije na tom fakultetu. Mayerhoferove ideje o ulozi žena kao aktivnih subjekata u zdravstveno-prosvjetnim kampanjama podudarale su se s idejama Seljačke sloge o ulozi žena kao aktivnih političkih subjekata i nositeljica društvenih promjena. Pokazalo se da je područje zdravstvenog prosvjećivanja izuzetno društveno relevantno za javno djelovanje žena. Pritom, ta vrsta javnog angažmana žena, premda s jedne strane pridonosi vidljivosti žena kao političkih

⁵ Andrija Štampar, Brodski Drenovac, 1. 9. 1888. – Zagreb, 26. 6. 1958.

subjekata, u ovome slučaju zdravstveno-prosvjetne politike, s druge strane ne ugrožava temeljne patrijarhalne društvene odnose:

“U novoj zdravstvenoj kampanji obraćalo se posebice ženama, što se takođe poklapalo s posebnim nastojanjima Seljačke sloge da se preko nje i žene uključe u javni život. Naime, budući da nisu imale političkih prava, nisu mogle sudjelovati u političkom pokretu. Osim toga, velika prepreka bio je tradicionalni patrijarhalni mentalitet, koji je u nekim krajevima priječio ženama bilo kakvu javnu djelatnost. Upravo je u to vrijeme Seljačka sloga (kao i cijeli HSS) nastojala suzbiti te otpore i pokazati koliko je važna uloga žena (posebice u zahuktaloj kampanji opismenjivanja), a potporu je uporno davao i najviši autoritet – predsjednik HSS-a i vođa ‘hrvatskoga seljačkog pokreta’ Vladko Maček.” (Leček i Dugac 2006: 989)

Porođaji se u prvoj polovini 20. stoljeća uglavnom obavljaju kod kuće, a vode ih najčešće školovane primalje, mada nije rijetkost da ih u seoskim sredinama vode i priučene babice bez formalnog obrazovanja. Uz rodilišta se često nalaze i sirotišta kamo su smještena djeca koju majke nisu mogle ili željele zadržati.⁶ Na početku 20. stoljeća nekoliko je rodilišta u Hrvatskoj u kojima uglavnom rađaju siromašne, obično neudane žene. U njima glavnu riječ vode primalje kada je riječ o urednim fiziološkim trudnoćama, dok se liječnici kirurzi i ginekolozi bave patološkim trudnoćama i rizičnim porođajima. U Puli je, na primjer, u okviru ginekološko-porođajnog odjela bolnice 1905. godine rodilište imalo 22 kreveta, a ginekološki dio 45 kreveta. Nakon Prvog svjetskog rata bolnica nazaduje pa 1933. godine ginekološko-porođajni odjel prestaje djelovati kao samostalan i biva priključen kirurškom odjelu. Samostalnost ponovno zadobiva nakon Drugog svjetskog rata 1947. godine kada je Istra priključena matici zemlji. Sličnu je sudbinu imao i odjel Zakladne bolnice, ranije bolnice Milosrdne braće, koji je pripojen kirurškom odjelu. Red Milosrdne braće morao je napustiti Hrvatsku po završetku Prvog svjetskog rata. Bolnica se tada nalazila u središtu Zagreba, na Trgu bana Jelačića, a 1931. godine srušena je i preseljena na zapadne obronke grada, na Sveti Duh. U razdoblju između dvaju svjetskih ratova u Hrvatskoj se otvaraju rodilišta i ginekološko-porođajni odjeli čemu je svakako pridonio napredak medicine i postepeno jačanje ginekološko-opstetričke

⁶ Pišući o osnutku klinika i medikalizaciji bolničkih ustanova u Habsburškoj Monarhiji, Ivana Horbec navodi primjer rodilišta u Općoj bolnici u Beču. “Rodilište je prije svega bilo namijenjeno roditeljama koje nisu imale drugih mogućnosti za porod ili su željele roditi u tajnosti. Stoga je tajnost podataka bila zajamčena svim roditeljama koje su došle po pomoć: nisu morale reći ni svoje ime, ni ime oca djeteta, a njima su pripušteni samo medicinski stručnjaci i drugo osoblje bolnice koje je, po cijenu gubitka službe ili licence za rad, moralo brinuti o diskreciji roditelja. Žene primljene u rodilište samo su pri svojem primitku trebale na jednu cedulju upisati svoje ime, broj sobe i broj kreveta. Tu su cedulju cijelo vrijeme držale kod sebe i ponijele sa sobom pri odlasku; jedino u slučaju njihove smrti ona je omogućavala da se napiše potvrda o smrti” (Horbec 2015: 220).

specijalizacije. U Splitu se u Pokrajinskoj bolnici 1919. godine otvara samostalni ginekološko-porođajni odjel, u Šibeniku 1921. godine, a u Osijeku 1932. godine. Dogradnjom sanatorija Hrvatskoga trgovačkog društva Merkur u Zagrebu 1934. godine počinje s radom samostalni ginekološko-porođajni odjel. U Rijeci je nakon niza prijevora i odmjeravanja snaga između kirurga i ginekologa takav odjel osnovan 1935. godine. U zagrebačkoj bolnici Sestara milosrdnica samostalni ginekološko-porođajni odjel otvoren je 1941. godine kao posljednji u međuratnome razdoblju (usp. Dugački 2003).

Škola narodnog zdravlja upravo će u tom vremenu, u svrhu zdravstvene edukacije stanovništva, uz savjetovanja i tečajeve izdavati različite priručnike, plakate, filmove obraćajući se najširim slojevima stanovništva (usp. Leček i Dugac 2006). Tako se u priručniku *Majka i dijete* koji je uredio Pavao Tomašić iz 1941. godine upućuje prvenstveno čitateljice o anatomiji ženskog tijela, trudnoći, skrbi o dojenčadi i maloj djeci, a između ostalog i na to kako se treba pripremiti prostor za rađanje u kući, jer dom je mjesto gdje se rađa. To nas navodi na misao kako se u tome razdoblju na porođaj još uvijek gleda kao na dio prirodnog procesa koji se odvija u okruženju obitelji i kuće, a ne dominantno patološkog i rizičnog čina koji nadziru liječnici. U tome se priručniku navodi kako:

“Za vrijeme porođaja mora uz babicu biti još jedna žena, koja zna, gdje što stoji u kući i koja će dodavati sve, što bude trebalo babici i roditelji. Ako nema u kući, starije, razumne žene, neka se žena dogovori s kojom rođakinjom ili susjedom, da joj dođe u kuću, čim bude potreba. Važno je, da bude čista i uredna.” (1941: 19)

Nakon Drugog svjetskog rata, u novom socijalističkom društvenom uređenju, centralizira se zdravstveni sustav i šire se specijalizirane službe u svrhu prevladavanja brojnih zdravstvenih i socijalnih problema poput epidemija zaraznih bolesti, visoke stope smrtnosti dojenčadi ili pak nedostatka kvalificiranog zdravstvenog osoblja što odgovara onovremenoj doktrini očuvanja zdravlja naroda i “radnih ljudi i građana”.

No, kako tako organizirani sustav nije polučio očekivane rezultate, decentralizacijom primarne zaštite tijekom 1960-ih koja je uslijedila željelo se osigurati sveobuhvatnost u zaštiti zdravlja na način da domovi zdravlja pružaju preventivnu i kurativnu zaštitu. Prvi tako organiziran dom zdravlja započeo je s radom u Zagrebu 1953. godine. To je ujedno i razdoblje kada se uz domove zdravlja, koji mogu u svom sklopu imati stacionare, otvaraju i nove zdravstvene ustanove poput bolnica, medicinskih centara, zdravstvenih stanica, higijenskih zavoda uz snažan zamah medicinske struke harmonizirajući na taj način primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu (usp. Dugački i Regan 2019: 64-65). U dvadeset četiri medicinska centra,

koliko ih tada ima diljem Hrvatske, osim velikih gradova u kojima postoje klinike, bolnice i više domova zdravlja, postoji služba za zaštitu zdravlja žena u kojoj osim ginekološko-porođajnog odjela postoje i ginekološke ambulante u dispanzerima. Tako je realiziran Štamparov model socijalne medicine i socijalizirane zdravstvene zaštite u kojem se povezuju primarna i sekundarna zdravstvena zaštita otvorena korisnicima. Valja spomenuti i to da se u velikim radnim kolektivima također otvaraju samostalni dispanzeri. O uvažavanju potreba stanovništva, što je jedan od stupova Štamparove doktrine, kada je riječ o reproduktivnom zdravlju žena Dražančić i Rodin ističu:

“U Savjetovalištima za trudnice i drugim ambulantama medicinskih centara radili su svi specijalisti iz ginekološko-porodničkih odjela: žene su mogle birati svog ginekologa, za nadzor trudnoće i rađanje, za liječenje neplodnosti, za prevenciju raka, odlučiti kome će se povjeriti kad je bila potrebna operacija. U Zagrebu, Splitu i Rijeci smo klinički specijalisti nebrojeno puta žalili što dispanzerski liječnici nisu pod bolničkom ingerencijom.” (2011: 7)

Mladi specijalisti ginekologije preuzimaju od kirurga, kako navodi Ante Dražančić, “odgovornost za liječenje žena i za njihovo rađanje” (2010: 103). Konačno sjedinjenje ginekologije i porodništva zbiva se kada specijalisti ginekologije u bolnicama otvaraju samostalne ginekološko-porođajne odjele. Neposredno nakon Drugog svjetskog rata takvi su odjeli otvoreni 1945. godine u Zadru, 1946. godine u Karlovcu i Varaždinu te 1947. godine u Puli, Sisku, Slavanskom Brodu i Vinkovcima; godine 1952. otvoreni su odjeli u Dubrovniku i Pakracu. Slijede Knin 1956., Vukovar 1957., Bjelovar 1958., Koprivnica i Nova Gradiška 1959., Čakovec 1960. godine. Godine 1961. otvoreni su odjeli u Virovitici, Požegi i Gospiću te 1963. u Ogulinu. Zadnje otvoreno rodilište u županijskom ili općinskom središtu bilo je ono u Našicama 1970., a u Zaboku tek 1994. godine (Dražančić 2010: 103). Vidljivo je da se kroz tri desetljeća socijalističkog razdoblja intenzivno izgrađuje institucionalna infrastruktura koja osigurava porođaj unutar zdravstvenog sustava. Mreža tih institucija pokrila je gotovo čitav prostor Hrvatske pružajući preduvjete za porođaj u bolnici, odnosno izvanbolničkom rodilištu, a potom i normalizirajući institucionalni porođaj kao jedini mogući vid porođaja. Razvoj infrastrukturne podrške i zakonskog okvira zajedno će tvoriti okosnicu normalizacije modernističkog socijalističkog porođaja u bolnici i jačanje institucionaliziranih praksi porođaja. Sljedeće razdoblje nosi obilježja prijelaznog perioda u kojem se vidi snažan zamah novih institucionaliziranih praksi ujedno s postojanjem rudimentarnih pojava koje proizlaze iz

ne tako davnog vremena u kojem je porođaj kod kuće bio pravilo, a porođaj u rodilištu rijedak i ne tako uobičajen vid rađanja.

U poslijeratnom razdoblju, uz otvaranje novih rodilišta u bolnicama, otvaraju se i rodilišta izvan njih kao samostalne zdravstvene jedinice (usp. Habek 2008; Dražančić i Rodin 2011). Primalje u njima imaju vodeću ulogu. Na odjelima se povećava broj primalja i raste broj bolničkih porođaja. No, u tome se razdoblju još uvijek znatan broj porođaja odvija kod kuće te je “obligatno domicilno gradsko i terensko primaljstvo” (Habek 2008: 174). Iz članka koprivničkog ginekologa Krešimira Švarca objavljenog u *Podravskom zborniku* 1959. godine razvidno je da se porođaj kod kuće u desetljećima nakon završetka rata ne razmatra kao velika opasnost po zdravlje roditelja i djeteta ako postoje osigurani higijenski i prostorni uvjeti te ako porođaj vodi školovana primalja. Kao prednost izbora rodilišta kao mjesta rađanja Švarc prvenstveno navodi medicinsko osoblje. Naglašava i kako “rodilište ne treba shvaćati kao bolnicu već kao neku vrstu doma za trudnice i roditelje” (prema Međimorec 2018: 39). Upravo je ideja rodilišta kao mjesta nalik domu ono čemu teže roditelje i desetljećima kasnije. Istovremeno, to supostojanje bolničkog porođaja i onoga kod kuće, koji se u poslijeratnom razdoblju promišlja kao znak nepotpune modernizacije, situacija je kojoj teži suvremeni pokret za promicanje prirodnog porođaja. Iako je u poslijeratnom diskursu rodilište izjednačeno s napretkom, a rađanje u njemu sagledano kao svojevrsni zdravstveni zgoditak, Švarcov tekst ostavlja mogućnost da je kućni porođaj uz adekvatnu pratnju – neopasan. Ta mogućnost da porođaj bude raznorodan, da se obavi kod kuće kao i u institucionalnom okruženju, zapravo čini neobičan iskaz u vremenu uniformne modernizacije. Činjenica je da će kasnija zakonska rješenja, ali i dominantni medicinski diskursi biti rigidniji u svojim načelima i stavovima oko mogućih tipova porođaja. Tvrdnja da kućni porođaj i nije tako opasan, kakvim će ga se poimati samo koje desetljeće kasnije, pokazuje da su suvremene kulturne i društvene ideje o porođaju proizvod medicinskih politika i ideologija. Istovremeno oblikovane medicinskim diskursom povratno ga oblikuju, a s druge strane normaliziraju ideju institucionalnog porođaja u svakodnevnom diskursu.

Druga polovina 20. stoljeća razdoblje je u kojem značajno napreduju i primjenjuju se nove dijagnostičke metode i tehnike operacija. Provodi se redovita antenatalna skrb što značajno doprinosi smanjenju perinatalnog, fetalnog i ranog neonatalnog mortaliteta. Sedamdesetih godina 20. stoljeća snažan je utjecaj angloameričke medicine, koja prednjači u razvoju suvremene medicinske tehnologije u okviru ginekološko-opstetričke struke. Godine 1973. osniva se Sekcija za perinatalnu medicinu Zbora liječnika Hrvatske te poseban zamah dobivaju

fetalna medicina i neonatologija te ginekološka endokrinologija i humana reprodukcija, operacijska i urološka ginekologija te endoskopska ginekologija. U Hrvatskoj je vidljiv kontinuirani pad stope perinatalne smrtnosti, koja se mjeri u promilima i izražena je na 1000 rođenih iznad 1000 grama porođajne težine i mrtvorodene i umrle djece u prvih šest dana života. Godine 1960. iznosila je 33,5 promila, a četrdeset godina kasnije pala je na 10 promila u 2000. godini (usp. Blagaić 2016: 1). Prema Izvješćima Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo *Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2020. godine*:

“Perinatalna smrtnost izračunata prema preporučenoj metodologiji SZO za međunarodne usporedbe u 2020. g., prema kriteriju trajanja trudnoće ≥ 28 tjedana, iznosi u 2020. g. 3,9/1.000 rođenih (2019. g.: 3,9/1.000; 2018. g.: 4,3/1.000; 2017. g.: 3,5/1.000). Prema kriteriju porodne težine za međunarodne usporedbe ≥ 1.000 grama stopa iznosi 3,7/1.000 rođenih porodne težine ≥ 1.000 grama (2019. g.: 3,8/1.000; 2018. g.: 3,8/1.000; 2017. g.: 3,2/1.000). Zaključno se može utvrditi da je perinatalna smrtnost u Hrvatskoj najvećim dijelom uvjetovana umiranjem djece niskih težinskih skupina, posebice onih izrazito niske porodne težine (< 1.000 g), vrlo niske porodne težine (1.000 – 1.499 g) i kratkog trajanja trudnoće (< 28 tjedana).” (2021: 9)

Stopa perinatalne smrtnosti nije samo pokazatelj uspješnosti porodništva već i cjelokupne zdravstvene zaštite kao i cjelokupne razvijenosti pojedinog društva. Tako stopa perinatalne smrtnosti ispod 4 promila svrstava Hrvatsku uz bok visokorazvijenim zemljama s malom perinatalnom smrtnosti. Kako navodi Blagaić:

“Unazad 60 godina razvojem perinatološke skrbi i osnivanjem medicinskih ustanova omogućilo se preživljavanje barem dvije generacije žena koje bi prije umrle na porodu te da potomci tih pacijentica često nose isto genetsko nasljeđe te je nerealno za očekivati da neće imati komplikacije u trudnoći i porodu.” (2016: 5)

Nakon osamostaljenja Hrvatske napušta se Štamparova doktrina socijalno organizirane zdravstvene zaštite i povezivanja primarne i sekundarne zaštite. Zakonom o zdravstvu 1993. godine ukidaju se dotadašnji medicinski centri. Zakonodavac je od 1995. godine zamislio da se u domovima zdravlja provodi samo primarna zaštita usmjerena na pojedine društvene skupine poput djece, obitelji i žena dok bi se specijalistička djelatnost, koja uključuje i ginekološko-opstetričku, privatizirala, smatrajući da će privatizirana specijalistička djelatnost pružiti bolju maternalnu skrb. No, takva je odluka izazivala negodovanje struke prvenstveno stoga jer se odustalo od načela cjelovitog pristupa i kontinuiranog praćenja roditelja, odnosno pacijentica.

“Odvajanje je u mnogim sredinama bilo bolno, liječnik koji je ostao u bolnici izgubio je pravo na ambulantnu djelatnost primarnog kontakta odnosno pružanja zdravstvene skrbi u kontinuitetu, od početka trudnoće do poroda, a liječnik iz primarne zaštite izgubio je mogućnost rada u bolnici (vođenje poroda, operacije); bolnički su odjeli ostali bez dovoljnog broja specijalista, kojih smo u Hrvatskoj imali iznad zapadnoeuropskog (skandinavskog) prosjeka”, gorko su konstatali Dražančić i Rodin (2011: 7).

3.2. Zakonodavni okvir za obavljanje porođaja u Hrvatskoj

U prethodnom poglavlju prikazani su institucionalni ustroj u kojem se obavljaju porođaji i povijest institucionalizacije porođaja, a u ovome se dijelu analizira njegova zakonska regulacija.

Porođaj je događaj koji se, osim iz medicinske, može promatrati i iz različitih drugih perspektiva poput psihološke, pravne, etnološke ili sociološke. Socijalni krajolik porođaja obuhvaćao bi sve navedene dimenzije koje porođaj čine društvenom i kulturnom činjenicom koliko i biološkom. Upravo različita pravna regulativa i njezino mijenjanje ukazuju na to da se pitanjima kućnog ili institucionalnog porođaja može prilaziti na sasvim različite i prije svega kulturno specifične načine. Isto tako, pokazuje da su politike zakonskog reguliranja i upravljanja porođajem dijelom specifičnih kulturnih standarda koji kao takvi mogu biti mijenjani na način da odražavaju dijeljene vrijednosti zajednice u kojoj se prakticiraju i čije ponašanje reguliraju. U pitanjima vezanim uz način i mjesto rađanja susreću se i prepliću individualni izbori i djelovanje države kroz zdravstvene politike, ali jednako tako i politike provođenja ljudskih prava. Kada je riječ o mjestu rađanja, ni u bližoj prošlosti kao ni danas ono nije bilo predmetom zakonske regulacije. Potonji je aspekt izuzetno važan upravo kad je riječ o suvremenoj praksi kućnih porođaja u Hrvatskoj.

Zakoni o zdravstvenoj zaštiti iz razdoblja postojanja Socijalističke Republike Hrvatske kao dijela Socijalističke Federativne Republike Jugoslavije u drugoj polovini 20. stoljeća ne navode izrijeком porođaj, već se u okviru institucionalne brige o zdravlju svih građana, pa tako i roditelja, u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i organizaciji zdravstvene službe iz 1962. godine u članku 21. navodi:

“Zdravstvena zaštita ostvaruje se osiguravanjem povoljnih sanitarnih i higijenskih uvjeta za život i rad građana, sprečavanjem bolesti i povreda, brigom za zdravlje trudnica, roditelja, majki i dojenčadi, predškolske i školske djece, omladine, sportaša,

zaštitom na radu, suzbijanja pojava širenja zaraznih i drugi bolesti i njihovim iskorjenjivanjem, postavljanjem rane dijagnoze bolesti, pravodobnim liječenjem i rehabilitacijom oboljelih i povrijeđenih, zdravstvenim prosvjećivanjem, tjelesnim odgojem, sanacijama, zdravstvenim nadzorom te određivanjem i poduzimanjem drugih mjera.”

Članak 25. istoga zakona koji se odnosi na zaštitu zdravlja žena ne regulira mjesto i način rađanja. Iako ističe stručnu pomoć, ne precizira koje je zdravstveno osoblje ovlašteno vršiti porođaj:

“Zdravstvena zaštita žena, trudnica i roditelja osigurava se njihovim sistematskim pregledima u svrhu ranog otkrivanja patoloških stanja i sprečavanja posljedica koje mogu iz toga proizići, zdravstvenim odgojem i savjetovanjem osobito u pogledu osobne higijene i prehrane, liječenjem, pružanjem stručne pomoći za vrijeme trudnoće i porođaja i poslije porođaja, pružanjem pomoći ženama u dispanzerima i savjetovalištim za žene, osiguravanjem povoljnih higijenskih uvjeta na radu kao i poduzimanjem drugih mjera u svrhu zdravstvene zaštite žena.”

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. godine Socijalističke Republike Hrvatske u članku 26., definirajući ulogu primarne zdravstvene zaštite, izrijeком navodi između ostalih aktivnosti u stavku 4. da “vodi brigu o zdravstvenoj zaštiti žena za vrijeme trudnoće, porođaja i nakon porođaja te o drugim zdravstvenim potrebama žena”. Budući da je u fokusu zakona osiguravanje zdravstvene zaštite, ni ovaj zakon kao ni prethodni ne navodi je li bolnica, odnosno rodilište jedino mjesto koje je zakonom regulirano kao mjesto rađanja te je li rađanje kod kuće zakonski onemogućeno. Odnosno, ostaje nejasno je li izvaninstitucionalni porođaj predmetom zdravstvene zaštite.

U Republici Hrvatskoj nakon ostvarenja neovisnosti porođaj, odnosno mjesto i odabir načina rađanja nisu jasno zakonski regulirani. Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2008. i revidirani iz 2018. godine koji je donio Hrvatski sabor navodi mjere zdravstvene zaštite, a jedna od njih je i “osiguravanje cjelovite zdravstvene zaštite žena, a posebno u vezi s planiranjem obitelji, trudnoćom, porođajem i majčinstvom” (NN 150/2008 čl. 17 i NN 100/2018 čl. 21). Opće i kliničke bolnice i klinički bolnički centri zdravstvene su ustanove u kojima se obavljaju djelatnosti ginekologije i porodiljstva pored kirurgije, interne medicine, pedijatrije, hitne medicine te drugih specijalnosti (čl. 86). I iz spomenutog je zakona razvidno da rađanje izvan rodilišta u Hrvatskoj nije izrijeком zabranjeno.

Postavlja se, dakle, pitanje ako se zakonski regulira zdravstvena zaštita žena vezana uz trudnoću i porođaj i asistencija pri porođajima koji se odvijaju u rodilištu, odnosno bolnici, kako se tretira porođaj kod kuće i tko je ovlašten voditi ga. Pravna neodređenost navedenog zakona, osim što uvodi dominaciju zdravstvenih institucija i ekspertizu zdravstvenih radnika nad praksama porođaja, dovodi i do paradoksalnih situacija za što je ogledni primjer položaj primalja. U Hrvatskoj komori primalja sačinjena je 2011. godine pravna analiza vezana uz kućne porođaje budući da njihov broj, iako razmjerno malen, raste. Cilj joj je bio ponuditi prijedloge za pravni okvir kojim bi se regulirala praksa kućnih porođaja. U jednom dijelu taj dokument navodi:

“Uvidom u hrvatski Ustav, međunarodne konvencije kojih je Republika Hrvatska članicom, te postojeću zakonsku regulativu, dolazi se do zaključka da ne samo da postoji legislativna podloga, već i obveza Republike Hrvatske da pravno uredi ovo pitanje. Prema tome, nužno je čim prije inicirati postupak donošenja potrebnih propisa u formi protokola i pravilnika, te u proces uključiti ne samo stručnjake (liječnike, primalje), već i udruge koje se bave pitanjima poroda i roditeljstva, te pravima žena.” (2011: 34)

U toj analizi kao bitan zakonski akt koji izrijekom spominje porođaj kod kuće navodi se Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN, 126/06, 156/08) kojim su predviđene mjere tijekom kućnog porođaja. Prevladavajuća praksa rađanja u rodilištima, uz pravne nejasnoće, pridonosi stvaranju ozračja u kojem pri kućnim porođajima ne asistiraju hrvatske primalje i liječnici, već licencirane primalje iz inozemstva. Kako navodi pravica Ivana El Assadi u časopisu *Primaljski vjesnik*:

“Ipak, uslijed prevladavajuće prakse rađanja u bolnici, nepostojanja detaljnog protokola postupanja i edukacije te licenciranja osoblja za kućni porod, kao i uslijed nerazjašnjenih upravno-pravnih pitanja glede prijave novorođenčeta rođenog kod kuće; stječe se dojam da se radi o praksi koja je u sferi nezakonitog postupanja i trenutno se u Hrvatskoj ne može naći kvalificirana primalja i/ili liječnik specijalist porodničar koji bi bili spremni asistirati pri kućnim porodima. Time se izravno uskraćuju osnovna ljudska prava ženama koje nisu u mogućnosti slobodno odabrati način na koji će rađati djecu, te se sukladno tome mora inzistirati na pozitivnom djelovanju države i potrebi preciznog i iscrpnog pravnog uređenja situacije.” (2011: 35)

Rad primalja reguliran je Zakonom o primaljstvu (NN 120/2008) u kojem se definira zanimanje i djelokrug rada primalja. Zakon navodi da primalje djeluju u okviru zdravstvenog tima te u članku 14. propisuje da:

“primaljsku skrb kao član tima (član zdravstvenog tima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, član tima u bolničkoj zdravstvenoj skrbi) provodi primalja koja je upisana u registar i kojoj je dano odobrenje za samostalni rad primalje-asistentice, prvostupnice primaljstva ili magistre primaljstva.”

No iako primalje sa završenim studijem imaju zakonsku mogućnost obavljanja privatne prakse, sve primalje do danas djeluju samo u rodilištima pod nadzorom liječnika.

“Naime, primalje mogu obavljati privatno praksu no nije im dopušteno da ih otvaraju i zatvaraju iako u Zakonu o primaljstvu stoji da je djelatnost primalja vođenje trudnoće na svim razinama zdravstvene zaštite što podrazumijeva i ženin dom. Taj paradoks i nedostatak preciznije regulacije koči mogućnost kućnog poroda na fundamentalnoj razini, jer ne dopušta rad primalja izvan medicinskih institucija, čime je roditeljima uskraćena zdravstvena zaštita pri kućnom porodu.” (Juretić 2013: 37)

Razmatranju uređenja porođaja kao javne politike može se pristupiti s različitih strana; kao dijelu zdravstvene politike i kao dijelu politike ljudskih prava. Pravni okvir za to počiva na Ustavu, međunarodnim ugovorima te zakonskim i podzakonskim propisima. Iz Ustava proizlazi da se svakoj osobi mora jamčiti pravo na zdravstvenu zaštitu (NN 56/1990 čl. 58). Država treba stvoriti uvjete i pružiti zdravstvenu skrb svim građanima. To znači da je država dužna osigurati zdravstvenu zaštitu svim ženama, bez obzira na to gdje one rađaju. U slučaju porođaja kod kuće, kao i u rodilištu, porođaju bi, kako to navode kritičari uskog tumačenja zakonskih i ustavnih odredbi, trebala asistirati kvalificirana i licencirana stručna osoba jer se radi o zdravstvenoj usluzi.

Unatoč uskim tumačenjima vezanim uz mjesto porođaja, ambivalencijama, nejasnoćama i nepreciznostima zakona, odnosno rigidnim tumačenjima zakonskih odredbi, kao i nečemu što se može ustanoviti kao uvriježena praksa normalizacije porođaja u zdravstvenoj instituciji, u posljednjem desetljeću broj porođaja kod kuće kontinuirano raste. Iako razmjerno malen u odnosu na ukupan broj porođaja, pokazatelj je promjena odnosa prema raširenoj praksi institucionalnog porođaja. Prema podacima Ministarstva uprave, a na temelju prijave u matice rođenih, 2018. godine u Republici Hrvatskoj evidentirana su 52 porođaja kod kuće, 2019. godine bilo ih je 69, a 2020. godine zabilježeno ih je 97. Smatra se da je na porast broja kućnih

porođaja u posljednjoj godini utjecala pandemija bolesti COVID-19, jer su se roditelje kod kuće osjećale sigurnije i manje izložene riziku zaraze nego u bolničkom okruženju (usp. Šebalj 2022). Valja ponovno istaknuti da reguliranje porođaja kod kuće nije adekvatno pravno riješeno, a stručne literature na tu temu nedostaje. U jednom od rijetkih tekstova koji se bave tematikom pravne regulacije porođaja danas politologinja usmjerena proučavanju javnih, a napose zdravstvenih politika Nina Juretić konstatira:

“Asistirani kućni porod primarno pripada u zdravstvene politike, ali sa snažnim utjecajem politike ljudskih prava. Naime, asistencija pri porodu ili praćenje poroda kao takvo vrsta je zdravstvene usluge. Zdravstvena usluga nije samo usluga koju pružaju liječnici u bolnici nego obuhvaća sve vrste usluga koje se bave dijagnozom i liječenjem bolesti kao i unaprjeđenjem, održavanjem i obnovom zdravlja (WHO, 2012).” (2013: 33)

Juretić ovim tekstom jasno ukazuje na potrebu revizije institucionalnog okvira, odnosno zakonske regulative porođaja u Hrvatskoj. Izražavajući kritiku dominantnog modela porođaja i normalizacije institucionalnog okvira porođaja, već 2010-ih zagovara potrebu revizije toga modela iz perspektive dobrobiti žena i ljudskih prava. Pozivajući se na Svjetsku zdravstvenu organizaciju, ona dovodi u pitanje samorazumljivost konceptualizacije porođaja u institucionalnom okrilju bolnica.

Već je rečeno da stručnih radova o ovoj problematici nedostaje. Izostanak javnozdravstvene i medicinske diskusije o potrebi promišljanja novih oblika porođaja i volje da se u zdravstvene rasprave uključi dinamična društvena scena korisnica usluga javnoga zdravstva, članica civilnih inicijativa, građanskih udruga i mreža, razlozi su zbog kojih se u ovom radu konzultira jedan čitav diskurs koji u pravnom i medicinskom kontekstu ostaje nevidljiv. Kao tip suprotstavljenog narativa, odnosno argumentacijske opreke medicinskom narativu i diskurzivne protuteže tišini medicinskog, javnozdravstvenog, ali i pravnog diskursa o potrebi uvažavanja novih društvenih i kulturnih praksi, predstaviti ću i analizirati rasprave koje se razvijaju u okrilju udruga čiji je cilj zagovor novih prirodnih oblika porođaja. Ovdje su u razmatranje uzeti objavljeni tekstovi udruge RODA (Roditelji u akciji),⁷ u kojima se također

⁷ Udruga RODA (Roditelji u akciji) osnovana je 2001. godine. Cilj organizacije je pokretanje pozitivnih društvenih promjena u ostvarivanju prava djece, roditelja kao i budućih roditelja i obitelji. Organizacija se zalaže za zaštitu reproduktivnih prava i zdravlja i pravo pojedinca na izbor utemeljen na znanju. U ostvarivanju toga cilja organiziraju se različite edukacije, zagovaračke akcije i potiče roditelje i javnost na sudjelovanje u procesima promjena ukazujući na propuste sustava, naročito zdravstvenog i nudeći rješenja kojima bi se poboljšalo prava trudnica, djece, roditelja i obitelji. Organizacija svoje aktivnosti razvija u nekoliko programa kao što su na primjer: trudnoća i porođaj, dojenje, medicinski potpomognuta oplodnja, sigurnost u autosjedalici i promicanje korištenja

ističe potreba za pravnom regulacijom porođaja kod kuće. Konceptualizaciju, tj. zagovor porođaja kod kuće udruga RODA razvija na svojim mrežnim stranicama posredstvom kojih javno komunicira svoj majčinski aktivizam:

“Iako **porod kod kuće** već godinama nije dio uobičajene zdravstvene skrbi za trudnice, on **nije zabranjen**. Ono što je problematično je da **hrvatske primalje ne mogu raditi izvan rodilišta, odnosno pružanje skrbi na porodu kod kuće može se smatrati kaznenim djelom**. Zakon o primaljstvu prvostupnicama primaljstva omogućava otvaranje privatne primaljske prakse, no od 2008. godine od kad je taj zakon na snazi, niti jedna takva praksa nije otvorena. **Iste zakonske odredbe onemogućavaju stranim primaljama, koje najčešće u svojim matičnim zemljama imaju otvorene prakse, kao svi drugi zdravstveni djelatnici, da prijave svoj rad u Hrvatskoj**. Primalje, ali i žene time su u pat-poziciji jer u praksi ne mogu pružati skrb, odnosno imati skrb na porodu kod kuće.”⁸ (istaknuto u originalu)

I ovaj tekst na mrežnoj stranici udruge RODA ukazuje na pravni paradoks statusa primalja. Domaće primalje zakonskim rješenjem kojim se dozvoljava samostalan rad primaljama isključivo u okviru institucija ostaju trajno povezane s liječničkom profesijom, zbog čega ne mogu postići punu profesionalnu samostalnost. Primaljska profesija tako uvijek ostaje u sjeni opstetričara. Takva pozicija otklanja bilo kakvu mogućnost asistiranja educirane primalje pri porođaju koji se odvija kod kuće što onda pak dovodi u pitanje pružanje adekvatne zdravstvene skrbi. Ispostavlja se tako da zbog zakonske nedorečenosti zdravstvenu skrb može dobiti roditelj koja hitna pomoć nije uspjela na vrijeme dovesti do rodilišta pa je silom prirode rodila kod kuće uz asistenciju liječnika, doduše ne porodničara, nego liječnika urgentne medicine, dok žena koja svojom voljom želi roditi u svome domu nema mogućnost dobiti zdravstvenu skrb. Dodatni je paradoks i u tome da licencirane primalje iz zemalja Europske unije u kojima im je omogućen samostalan rad ne mogu prijaviti svoju praksu i u Hrvatskoj. To ostaje siva zona na granici zakonitoga u kojoj licencirana primalja u praksi ne može legalno obavljati djelatnost za koju je školovana i za koju ima dozvolu. Razumljivo je stoga da ni moje kazivačice koje su rodile kod kuće upravo uz asistenciju stranih licenciranih primalja nisu bile spremne otkriti njihov identitet ni detalje o uspostavljanju kontakata s njima. Nevoljkost i inertnost sustava da

platnenih pelena. U programu trudnoće i porođaja trudnicama i roditeljama dostupne su primjerice informacije o načinima i mjestima rađanja kao i njihovim pravima u porođaju u zdravstvenim institucijama, kućnom porođaju uz asistenciju licencirane primalje (www.roda.hr, pristupljeno 15. 10. 2021.).

⁸ <https://www.roda.hr/portal/porod/kako-radamo/porod-kod-kuce-u-hrvatskoj.html> (pristupljeno 26. 6. 2022.).

uvede promjene i osigura primaljsku skrb u slučajevima kućnog porođaja i kada se radi o niskorizičnim, fiziološki urednim trudnoćama u konačnici mogu dovesti do neželjenih tragičnih ishoda. Needucirane pomoćnice pri porođaju ne znaju ili ne mogu prepoznati kritičnu situaciju što može biti pogubno. O tome svjedoči i priopćenje za javnost od 4. veljače 2021. godine povodom tragičnog događaja kada je pri porođaju kod kuće bez asistencije educirane primalje preminulo novorođenče. Hrvatska komora primalja ističe nužnost asistencije educirane primalje pri porođaju te ukazuje na nužnost zakonske regulacije porođaja kod kuće kao zdravstvene usluge pozivajući se pritom na postojeću regulaciju porođaja kod kuće u zemljama Europske unije. Također, ističe da je nužno regulirati postojeću praksu rađanja kod kuće kako bi se osigurala puna zdravstvena zaštita za roditelje i novorođenčad.

“Povodom jučerašnjeg događaja u Ivancu gdje je prilikom porođaja kod kuće preminulo novorođenče, izražavamo izrazito žaljenje i sućut obitelji. Obzirom na navedeni događaj, Hrvatska komora primalja smatra nužnim iznijeti svoj stav. Naime, porođaj u kući **nije adekvatno zakonski reguliran** u Republici Hrvatskoj, sukladno pozitivnim zakonskim propisima i Planu i programu mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, porođaji se organizirano obavljaju u zdravstvenim ustanovama. No, svjedoci smo da **određeni broj žena želi porođaj u kući** i spremne su ga **ostvariti po svaku cijenu** pa čak i ako nemaju stručnu pomoć. U međuvremenu se žene porođaju kod kuće uz pomoć ili primalja iz inozemstva ili, što je nedopustivo i opasno, uz pomoć osoba koje nemaju medicinsku naobrazbu, koje su u neuređenom i nereguliranom sustavu prisvojile previše ovlasti i počele se (nedopustivo) miješati u struku i asistirati kod kućnih porođaja. Nažalost u tako neuređenom sustavu, bilo je pitanje vremena kada će neki takav porođaj završiti tragično. **Hrvatska komora primalja svakako podržava osnivanje privatnih praksa primalja pa i obavljanje porođaja u kući, ali isključivo i jedino uz prisutnost stručnog zdravstvenog djelatnika (prvostupnice primaljstva) te kod nisko rizične trudnoće i u kontroliranim uvjetima.** Porođaji u kući su Europskoj uniji omogućeni te smatramo shodnim da se porođaji u kući reguliraju i u Hrvatskoj, no apsolutno uz detaljno propisane pretpostavke i uvjete. Tragični događaji, kao predmetni događaj, bi se mogli spriječiti zakonskim reguliranjem porođaja u kući i propisivanjem svih nužnih pretpostavki. Sukladno čl. 15. b Zakona o primaljstvu (‘Narodne novine’ broj 120/08, 145/10) djelatnost prvostupnice primaljstva obuhvaća, između ostalog, i vođenje fiziološke trudnoće i porođaja na svim razinama zdravstvene zaštite te je prvostupnica

primaljstva prema tome zdravstveni djelatnik koji je apsolutno adekvatan i kompetentan nadzirati porođaje u kući. Napomenuli bismo da apsolutno oštro osuđujemo nadziranje porođaja u kući od strane osoba koje nisu zdravstveni djelatnici, no ujedno smo i svjesni činjenice da žene koje su se odlučile roditi u privatnosti svog doma, nemaju adekvatnu podršku niti pomoć od strane zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. **Stoga apeliramo na promptno reguliranje porođaja u kući u RH** kako bi se događaji kao ovakav spriječili. Ne moramo izmišljati ‘toplu vodu’, nedavno je u Sloveniji donesen akt koji govori o kućnim porođajima i koji bi samo dijelom trebalo prilagoditi hrvatskim uvjetima. Kućni porođaj nije sigurna opcija za svaku ženu, ali za one koje se ipak odluče na takvu vrstu skrbi, njima treba pružiti adekvatnu zdravstvenu zaštitu. S time što zatvaramo oči i pretvaramo se da takvi porođaji u Hrvatskoj ne postoje nismo ništa postigli, jer oni postoje i neželjeni događaji će se i dalje dešavati dokle god naš sustav zatvara oči.” (istaknula Ž. J.)⁹

Iz ovog se priopćenja jasno vidi stajalište strukovne udruge primalja, koja inzistira na jasnoj zakonskoj regulativi koja će primaljama omogućiti pružanje primaljske skrbi izvan institucionalnog okruženja u kojem se odvija porođaj. Kao što ističu, odgađanje reguliranja njihova rada u kućnom okruženju neće spriječiti porođaje kod kuće. Njihovi zahtjevi usmjereni su na osiguravanje jednake primaljske skrbi kroz zdravstveni sustav neovisno o mjestu rađanja. Nesudjelovanje licencirane primalje dodatno pridonosi pravnoj nesigurnosti i neizvjesnosti prijave djeteta rođenog izvan rodilišta u matične knjige kao i mogućem odbijanju pedijatra i ginekologa da pregledaju dijete i rodilju u zdravstvenoj ustanovi. Kako navodi profesorica obiteljskog prava sa zagrebačkog Pravnog fakulteta Aleksandra Korać Graovac, u nekim je slučajevima, pokazala je praksa, kod matičara postojala sumnja je li žena koja prijavljuje dijete doista i majka djeteta jer prijava nije potkrijepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom (usp. Korać Graovac 2016: 52).

3.3. Rodilja kao pacijent

Iako je porođaj fiziološki proces, a ne bolest, rodilja će se smatrati pacijenticom na osnovi toga što u zdravstvenoj instituciji, u rodilištu, dobiva zdravstvenu zaštitu temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/2008), a prava joj se kao pacijentici štite na temelju Zakona o

⁹ <https://www.komora-primalja.hr/wp-content/uploads/2021/02/Priopcenje-za-javnost-porodaj-u-kuci.pdf> (pristupljeno 26. 6. 2022.).

zaštiti prava pacijenata (NN 169/2004) koji je izglasao Hrvatski sabor 2004. godine. Naime, pacijentom se na temelju tog zakona smatra svaka bolesna ili zdrava osoba (pri čemu treba naglasiti da trudnoća nije bolest) koja zatraži ili dobije neku zdravstvenu uslugu. Kako će se pokazati u ovom radu, promicanje roditelja u kategoriju pacijenta snažno je odredilo negativno shvaćanje zakonskog okvira kojim se štite prava roditelja, ali primarno kao pacijentica. Upravo je razmatranje zakonskih okvira kojima se regulira odnos liječnika i pacijenta/ice, odnosno roditelja-kao-pacijentice, potrebno zbog boljeg shvaćanja otpora koji se javlja u etnografiji prirodnog porođaja. Za razumijevanje perspektive prirodnog porođaja ključno je shvaćanje prava, trudnoće i porođaja kao sposobnosti i potencijala, a ne bolesti. Riječ je o perspektivi poimanja roditelja kao žene-majke, a ne roditelja kao pacijentice. Bivanje roditeljom ne znači biti kandidatkinjom za status pacijenta, već kandidatkinjom za status majke.

Nadalje, zagovornice prirodnog porođaja i samoodređenja žene smatraju da se u praksi ne uvažava pravo roditelja kao pacijentica na suodlučivanje, iako je to zakonski omogućeno. To obuhvaća “pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka” (čl. 6). Obaviještenost roditelja temeljna je za donošenje njezine odluke o (ne)prihvatanju pojedinog tretmana. Koncept informiranog pristanka svodi se na to da liječnik ne može učiniti neki zahvat dok točno ne informira roditelju o tretmanu koji predlaže, kao i o mogućoj alternativni tome tretmanu te dok roditelja ne odluči koji tretman želi da se primijeni, odnosno želi li uopće primjenu bilo kakvog tretmana. Pritom je važno da roditelja bude obaviještena na njoj razumljiv način s obzirom na njezino iskustvo i predznanja o predloženom tretmanu (usp. Čizmić i Proso 2016: 10). Istraživanje udruge RODA o iskustvima trudnica, roditelja i babinjača u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj 2018. i 2019. godine pokazuje da je svega polovica ispitanica, njih 54,2%, uvijek bila obaviještena na njima razumljiv način, dok je ponekad razumljivu obavijest primilo 24,7% ispitanica, a nikad je nije primilo na razumljiv način čak 21% ispitanica (2020: 33). K tomu, u praksi se događa da se ne poštuje ženino pravo na informirani pristanak, a opravdanje izostanaka njezina pristanka tumači se potrebom brze reakcije ili pojavom rizika za roditelju i novorođenče. To je, kaže Korać Graovac, “odlika široko raširenog paternalističkog pristupa liječnika roditelji” (2016: 54). Nadalje, na roditelju se kao pacijenticu odnosi i to da “ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja” (čl. 16 st. 1). Ovim se člankom jasno definira okvir autonomije koji će se pokazati

kao jedno od ključnih mjesta razlike koje ističu zagovornice i praktičarke prirodnog porođaja, odnosno majke koje su se odlučile na prirodni porođaj.

Temeljno ishodište prava pacijenta je u općem pravilu da svaki zdravstveni djelatnik, liječnik posebno, prilikom pružanja zdravstvene usluge poštuje ljudsko dostojanstvo, osobu i volju pacijenta. Samoodređenje pacijenta ulazi u rang njegovih osnovnih prava, s ciljem sprječavanja toga da ljudi postanu objekti bilo kakve vrste prinude u medicini. Kritika s pozicija zagovaranja prirodnog porođaja naglašava upravo rutinsku praksu opstetričara u zdravstvenim institucijama koja onemogućava samoodređenje roditelja kao pacijentice dok je u diskursu prirodnog porođaja njezino samoodređenje jedan od nosivih elemenata. Još je jedan aspekt porođaja bitan, a odnosi se na privatnost. Rodilji kao pacijentici Zakon osigurava pravo na privatnost. “Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege pacijent ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost”, navodi se u članku 28. No u praksi, kako ističu kazivačice, što će se vidjeti u narednim poglavljima, a to naglašavaju i autori Jozo Čizmić i Maja Proso:

“Trudnicama tj. roditeljama često je tijekom boravka u rodilištu, prije tijekom i nakon samog poroda na razne načine (primjerice nekucanjem na vrata prilikom ulaženja u sobe roditelja, nepostojanjem paravana, posebnih odjeljaka, ponekad ni samih vrata u rađaonama, ili pak prilikom pregleda koji iziskuju razodijevanje pacijentica) povrijeđeno pravo na fizičku privatnost.” (2016: 18)

Nadalje, sa stajališta roditelja kao pacijentice i zaštite njezinih prava otvara se još jedno kompleksno pitanje, a to je odnos prema nerođenom djetetu, koje također ima status pacijenta. Naime, Zakon bi trebao regulirati poštovanje prava drugih pacijenata i zabranu ometanja zdravstvenih radnika u pružanju zdravstvene usluge drugome pacijentu. Proizlazi dakle iz Zakona o zaštiti pacijenata da je pacijent dužan surađivati s liječnikom i drugim zdravstvenim osobljem. Izostanak suradnje može biti osnova za podijeljenu odgovornost u slučaju nadoknade štete, a koja se regulira člankom 29 istog zakona. U odnosu na roditelja to znači da osim prava roditelja valja zaštititi i prava nerođenog djeteta. Postavlja se pitanje čije je pravo jače i u kojim se situacijama daje primat roditelji kao pacijentici, a u kojima nerođenom djetetu kao pacijentu o čemu vladaju prijepori i unutar pravne znanosti. Upravo zbog statusa pacijenta koje ima nerođeno čedo, trudnica, odnosno roditelja mora voditi računa o svome stanju kako ne bi ugrozila njegovo. Iz pravničke perspektive sloboda majke u odlučivanju nije neograničena, tako barem smatra Aleksandra Graovac Korać, jer majka ima odgovornost prema nerođenoj djetetu. Graovac Korać navodi da u kritičnim situacijama prednost treba dati liječniku kao medicinskom autoritetu, a ne majci te da: “U slučajevima kad se procjena liječnika o potrebnj

medicinskoj intervenciji i želja majke ne slažu smatramo da odluka liječnika o prikladnoj intervenciji, u skladu s pravilima medicinske struke i znanosti, ima apsolutnu prednost pred željama i voljom majke” (2016: 56).

Razmatrajući zakonski okvir, valja napomenuti da se na status roditelja kao pacijentice odnosi i Zakon o liječništvu (NN 121/2003), koji također regulira odnose između liječnika i pacijenata. U članku 19. naglašava se očuvanje dostojanstva i prava na informiranost i samostalno odlučivanje:

“Svi postupci medicinske prevencije, dijagnostike i liječenja moraju se planirati i provoditi tako da se očuva ljudsko dostojanstvo, integritet osobe i prava pacijenata, a posebno pravo na informiranost i samostalno odlučivanje.

Liječnik je dužan u odnosu prema pacijentima postupati primjenjujući i poštujući odredbe posebnih zakona koji reguliraju prava pacijenata te odredbe Kodeksa Hrvatske liječničke komore.”

Osim povjerenja u zdravstveno osoblje od osobite su važnosti dobra komunikacija sa zdravstvenim osobljem i roditeljin plan porođaja s kojim osoblje treba biti upoznato kako bi prema njemu postupalo te osiguralo uvjete da se on ispoštuje. No da u praksi takve komunikacije nedostaje pokazuju podaci koje je predstavilo istraživanje udruge RODA o iskustvima roditelja u zdravstvenom sustavu. Čak 42,8% ispitanica nikada nije doživjelo da im se netko od zdravstvenog osoblja predstavi (2020: 33). Nadalje, u 3 od 4 slučaja zdravstveno se osoblje ženama obraćalo u trećem licu (ona, ono, slučaj). U anketi udruge RODA iz ožujka 2015. godine u kojoj je sudjelovalo više od 4000 žena, njih 64% izjavilo je da je tijekom porođaja osjećalo kao da zdravstveni djelatnici nemaju za njih strpljenja te su veći dio vremena provele same u rađaonici. Prikupljeni podaci navode na zaključak o postojanju opstetričkog nasilja, koje se prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji definira kao svaki oblik zanemarivanja, nedostatak poštovanja, kao i verbalno i fizičko zlostavljanje. Iako je u Hrvatskoj perinatalni mortalitet izrazito nizak, što je dakako vrlo pozitivno, nužno je mijenjati stavove i način rada, a to je, smatraju u udruzi RODA, “vrlo teško ako stručnjaci i nadležno ministarstvo ne vide potrebu za time”.¹⁰ U anketi je bilo postavljeno i pitanje o osjećajima tijekom porođaja. Čak 65% žena izjavilo je da su osjećale kako nisu imale kontrolu tijekom procesa rađanja, 59% ih je osjećalo da nisu mogle utjecati na događaje koji su se zbivali za

10

https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/programi/tip/Sustav_maternalne_skrbi_HR_rezultati_ankete.pdf (pristupljeno 26. 2. 2022.).

vrijeme trajanja trudova i tijekom poroda, nezaštićeno i nesigurno osjećalo se 40% roditelja, dok se njih 33% osjećalo usamljeno, a 47% uplašeno. Ne čudi stoga zaključak koji donose u udruzi RODA da “jedna od tri žene kaže da joj je iskustvo poroda negativno utjecalo na raspoloženje nakon rođenja djeteta, i da isto toliko žena ozbiljno razmišlja o tome žele li uopće imati još djece ili su odlučile da neće imati više djece upravo zbog iskustva na porodu”.¹¹ Imajući navedeno u vidu, može se zaključiti kako su upravo mehanički pristup, neosobnost, anonimnost i nevidljivost neki od ključnih tropa koji obilježavaju diskurs kritike bolničkog porođaja i čine os po kojoj se oblikuje poželjnost prirodnog porođaja izvan prostora zdravstvene institucije uz primaljsku skrb i podršku članova obitelji ili pomoćnice doule.

3.4. Europski sud za ljudska prava o pravu na mjesto i način rađanja

U završnom dijelu razmatranja zakonske regulacije porođaja kao dijela javnih politika osvrnut ću se i na stajalište Europskog suda za ljudska prava. Pitanja javnih politika složena su i višeslojna. Tako su i ona vezana uz porođaj dijelom provođenja zdravstvene politike, ali isto tako i provođenja politike ljudskih prava. Pod pojmom javne politike podrazumijeva se djelovanje institucija oko društveno relevantnih pitanja, tj. ono što vlast čini kako bi riješila određeni problem. Zdravlje, odnosno porođaj kao njegov dio te zdravstvena zaštita roditelja kao i njihova ljudska prava društveno su važna pitanja koja su podložna regulaciji. Sve javne politike trebale bi sadržavati ciljeve i instrumente za njihovo provođenje. Za javne politike važno je razumijevanje uzroka problema kako bi se pronašlo adekvatno rješenje za dobrobit ciljane skupine, u ovom slučaju žena, i cijele zajednice te odredilo moguće pravce djelovanja i odgovornosti za provođenje (usp. Petek 2012). Kako bi javne politike funkcionirale i polučile rezultate trebaju biti pravno regulirane, jer pravna uređenost daje sigurnost svim uključenim akterima (usp. Juretić 2013).

Načelo samoodređenja kao i politika ljudskih prava bitni su elementi provođenja zdravstvene politike i zdravstvene zaštite. Jedan od dokumenata koji osigurava navedena načela je Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda Vijeća Europe koja je stupila na snagu 1953. godine. Konvencija je međunarodni dokument kojim se određuju temeljna ljudska prava i slobode kao i način njihove zaštite. Republika Hrvatska ratificirala je Konvenciju 1997. godine. Time se obvezala osigurati primjenu Konvencije u okviru unutarnjeg pravnog poretka,

¹¹ Ibid.

sukladno članku 141 Ustava. Ratifikacijom Konvencije država je prihvatila obveze implementacije konvencijskih prava te nadzora nad njezinom primjenom kao i prisilno izvršenje obveza koje je kao država potpisnica prihvatila (usp. Šarin 2014: 78):

“Konvencijom je predviđen i mehanizam zaštite ljudskih prava, to jest podnošenje individualnog zahtjeva Europskom sudu za ljudska prava, slijedom kojeg, pod uvjetima predviđenima Konvencijom, Europski sud razmatra je li tužena država osigurala poštivanje prava zajamčenih Konvencijom na nacionalnoj razini. Europski sud za ljudska prava predstavlja supsidijaran mehanizam zaštite, što znači da su nacionalne vlasti u prvom redu pozvane osigurati prava i slobode iz Konvencije te spriječiti povrede tih prava.”¹²

Osim što donosi opća načela i propisuje postupak njihove zaštite, Konvencija je važna jer na jednom mjestu propisuje načela kojima se definira pravo obiteljskog života kao osnovno ljudsko pravo.

Članak 8. Konvencije odnosi se na pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života:

1. Svatko ima pravo na poštovanje svog privatnog i obiteljskog života, doma i dopisivanja;
2. Javna vlast se neće miješati u ostvarivanje tog prava, osim u skladu sa zakonom i ako je u demokratskom društvu nužno radi interesa državne sigurnosti, javnog reda i mira ili gospodarske dobrobiti zemlje, te radi sprječavanja nereda ili zločina, radi zaštite zdravlja ili morala ili radi “zaštite prava i sloboda drugih”.¹³

Pozivajući se upravo na taj članak Konvencije, Ivana Pojatina, majka četvoro djece koja je četvrto dijete rodila kod kuće, tužila je Republiku Hrvatsku 2012. godine zbog uskraćivanja mogućnosti da joj u kućnom porođaju asistira licencirana primalja iz Hrvatske čime joj je bila uskraćena i zdravstvena zaštita pri porođaju. Na porođaj kod kuće odlučila se nakon tri porođaja u bolnici u kojima se nisu poštovale njezine želje te nije imala kontrolu nad postupcima zdravstvenog osoblja. Budući da joj iz Hrvatske komore primalja nije stigao potvrđan odgovor, nego dopis u kojem se pozivaju na zakonsku nemogućnost asistiranja pri porođaju kod kuće, angažirala je primalju iz inozemstva. Europski sud za ljudska prava utvrdio je u presudi iz 2018. godine da roditelji Ivani Pojatini nisu povrijeđena prava na privatni i

¹² <https://uredzastupnika.gov.hr/konvencija-437/437> (pristupljeno 21. 7. 2022.).

¹³ <https://www.zakon.hr/z/364/%28Europska%29-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda> (pristupljeno 21. 7. 2022.).

obiteljski život iz članka 8. Konvencije, jer hrvatskim zakonima nije reguliran porođaj kod kuće uz pomoć primalje. Također je utvrdio da po tome pitanju ne postoji jedinstveno stajalište na razini Vijeća Europe te da su nacionalne vlasti autonomne u reguliranju politike kućnih porođaja:

“Europski sud je naglasio da nacionalne vlasti pojedine države imaju široku slobodu procjene u reguliranju pitanja koja se odnose na porode kod kuće. Riječ je o problematici o kojoj ne postoji europski konsenzus (pitanje planiranih poroda kod kuće regulirano je u 20 od 47 država članica Vijeća Europe), i koja uključuje složena pitanja kao što su zdravstvene politike i upravljanje proračunskim sredstvima. Uz to, Europski sud je uzeo u obzir i mjerodavne podatke o povećanim rizicima za majku i dijete pri porodu kod kuće u odnosu na porod u bolnici.”¹⁴

Sud je pozvao Hrvatsku da jasno uredi zakonodavstvo koje regulira porođaj kod kuće, odnosno izvan bolničkog rodilišta. Ta je presuda potvrdila zagovaranja Hrvatske komore primalja, nevladinih organizacija, kao i zahtjeve žena da se kućni porođaj uz asistenciju primalje pravno regulira u nacionalnim zakonskim okvirima i time omogući poštivanje prava na izbor u području reproduktivnog zdravlja. No, valja naglasiti da je usprkos toj preporuci do 2023. godine po pitanju zakonske regulacije porođaja stanje ostalo nepromijenjeno.¹⁵

U zaključku ovoga poglavlja treba ponoviti da je fiziološki niskorizični porođaj tijekom razvoja javnoga zdravstva i institucionalne zdravstvene skrbi tijekom 20. stoljeća postepeno iz primaljske skrbi u domu roditelja transferiran pod opstetrički nadzor u zdravstvenim institucijama. Razvojem ginekologije kao samostalne struke odvojene od kirurgije, medicinske tehnologije te perinatologije značajno se smanjuje smrtnost dojenčadi i majki. Porodništvo, iako starija struka od ginekologije, iz ruku primalja prelazi u ruke ginekologa. Iako su danas ginekologija i porodništvo usko povezani, ginekologija je bila sastavni dio kirurgije sve do pred kraj 19. stoljeća. Snažniji razvoj zasebnih disciplina unutar medicine uslijedio je tek na razmeđu 19. i 20. stoljeća. Primaljstvo u drugoj polovini 20. stoljeća pomalo gubi svoju autonomiju i egzistira primarno kao asistirajuća profesija uz opstetričare. Usprkos postojanju

¹⁴ <https://uredzastupnika.gov.hr/vijesti/nova-presuda-pojatina-protiv-hrvatske/384> (pristupljeno 21. 7. 2022.).

¹⁵ Iako je, na primjer, ministar zdravlja u 12. vladi Republike Hrvatske Rajko Ostojić (2011. – 2014.) izjavio 2012. godine: “Pitanje poroda kod kuće svakako treba zakonski regulirati i to ćemo učiniti u idućem srednjoročnom razdoblju. To pitanje, kao što vidimo, nemaju jednoznačno riješeno ni zemlje Europske unije, pa je pitanje financiranja različito uređeno. Smatram da ženama u Hrvatskoj treba omogućiti da izaberu gdje će roditi svoje dijete – u bolnici ili kod kuće, no preduvjet za to jest dobra educiranost naših primalja” (https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/zene-u-hrvatskoj-trebaju-moci-odluciti-hoce-li-roditi-u-bolnici-ili-kod-kuce-20120509?meta_refresh=1, pristupljeno 21. 2. 2022.).

Zakona o primaljstvu kojim se omogućava samostalna djelatnost primalja, ona u praksi nije zaživjela te primalje u Hrvatskoj nemaju mogućnost asistiranja u izvaninstitucionalnim porođajima. Kada je riječ o javnozdravstvenim politikama, iako ne postoji zakon koji posebno regulira mjesto i način rađanja, porođaj i status trudnica i roditelja, oni se reguliraju Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o pravima pacijenata te Zakonom o liječništvu kao dijelu uređenja zdravstvene politike. Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda okvir je kojim se određuje pravo na samoodređenje i zaštita ljudskih prava. Pravne nejasnoće i neuređenosti vezane uz izvaninstitucionalne porođaje ukazuju na potrebu revizije zakonske regulative koja bi omogućila ženama koje rađaju kod kuće punu zdravstvenu skrb kakvu imaju žene koje rađaju u rodilištima. Iako je općeprihvaćena praksa rađanja u rodilištu, iskustva žena u zamjetnom broju slučajeva pokazuju da se unutar institucija, usprkos zakonima kojima im se osiguravaju prava kao pacijenticama, ne poštuju pravo na samoodređenje, razumljivo i adekvatno informiranje, uvažavanje i poštovanje. Sve to čini osnovu kritike institucionalnog porođaja što uz kritiku prekomjerne upotrebe tehnologije oblikuje poželjnost porođaja kod kuće kao mjesta u kojem će roditelja imati osiguranu autonomiju, podršku i primaljsku skrb, o čemu će biti riječ u poglavljima koja slijede.

4. K antropologiji porođaja

S razvojem biomedicine, snažnim znanstveno-tehnološkim razvojem i institucionalizacijom zdravstvene skrbi tijekom 20. stoljeća porođaj prestaje biti isključivo intimni, obiteljski događaj koji se dešava u kućnom okruženju i postaje medicinski događaj pod nadzorom zdravstvenih profesionalaca, porodničara i primalja. Odgovori na probleme bolesti i zdravlja kao i trudnoće i porođaja, koji nisu bolest, ali imaju potencijal da to postanu, i rješenja koje daje medicina uz pomoć tehnologije učinkoviti su i legitimni i ne dovode se u pitanje. Koncepti zdravlja i bolesti, trudnoće i porođaja nisu utemeljeni isključivo na objektivnim činjenicama i dokazima već egzistiraju i reproduciraju se u skladu s kulturnim, političkim i ekonomskim interesima u društvu. Tako ni Hrvatska nije izuzetak od generalnih trendova medikalizacije koji se šire iz tehnološki razvijenih zemalja diljem svijeta čineći njihove hegemonističke prakse globalno prožimajućima (usp. Cheyney i Davis-Floyd 2022: 485).

4.1. Tri paradigme porođaja

Antropologinja Robbie Davis-Floyd iznosi tri paradigme zdravstvene skrbi koje utječu na današnje porođaje u zapadnim društvima, a ubrzano se šire diljem svijeta (2001).

Tehnokratski model, smatra ona, dominantni je model, utemeljen u znanosti, pod utjecajem tehnologije, a provodi se u velikim, prije svega patrijarhalnim sustavima te u ekonomskom kontekstu usmjerenom na profit. Zasnovan je na odvajanju tijela i duha i konceptualizaciji tijela kao stroja. Upravo to poimanje tijela kao stroja oslobađa liječnika od odgovornosti za duhovno, odnosno emotivno stanje pacijenta, stoga se ni ne smatra potrebnim razgovarati sa ženom koja rađa o tome kako se ona osjeća. Ta vrsta alijenacije dio je liječničkog obrazovanja tijekom studija i specijalizacija, smatra Davis-Floyd, kako bi zaštitili sebe od emocionalnog uključivanja, odnosno povezivanja s pacijentima. Drugo važno načelo tog modela je shvaćanje pacijenta kao objekta. U tehnokratskom modelu problem se dijagnosticira i rješava izvana, uz pomoć tehnologije. U porođaju povjerenje se daje ultrazvuku i CTG-u. U hijerarhijskoj strukturi zdravstvenih sustava važna je i standardizacija procedura, a sve se to uz pomoć tehnologije odvija pod nadzorom autoriteta liječnika. To visoko vrednovanje tehnologije dovodi do shvaćanja da se upotreba jednostavnijih tehnika, poput, na primjer, korištenja samo stetoskopa, smatra manje vrijednom. Koristeći stetoskop, liječnik razgovara sa ženom, u direktnom je kontaktu s njezinim tijelom, sluša otkucaje srca djeteta, a zvukove tijela interpretira kroz svoja tjelesna osjetila. Kada liječnik interpretira rezultate stroja na koji je prikopčana žena polazi se od toga da nije narušena objektivnost, jer se isključuje ljudski čimbenik koji je podložan subjektivnim utjecajima. U suvremenim su zapadnjačkim društvima kapitalizam i ideologija profita dominantni u ekonomskoj sferi dok u zdravstvenoj zaštiti dominira tehno-medicinski model. Stoga, smatra Davis-Floyd, ostale ideologije koje nemaju snagu nadmašiti hegemoniju dominantnih modela ostaju u prostoru alternativnog. Tako, primjerice, iscjeliteljski modaliteti kao primaljstvo, uz homeopatiju, kiropraktiku, naturopatiju i akupunkturu ostaju alternativa alopatskom tehno-medicinskom modelu zdravstvene skrbi koji konceptualizira pacijenta kao objekt.

Drugi model koji navodi Davis-Floyd je humanistički model zdravstvene skrbi. Njega karakterizira povezanost uma i tijela, nastojanje da se tehnokratski model otvori prema čovjeku, da postane *mekši*. Do promjena dolazi iznutra, od pojedinih zdravstvenih radnika: liječnika, primalja i medicinskih sestara koji ne odustaju nužno od korištenja tehnologije, već

je žele učiniti manje otuđujućom. Humanistički model zdravstvene skrbi prepoznaje ulogu emocija u porođaju i načina na koji mogu utjecati na njegov tijek i važnost emocionalne potpore i usmjerenosti na roditelju kao centralnu figuru u porođaju. Taj model prepoznaje podržavateljicu doulu kao onu koju pruža emocionalnu potporu ženi koja rađa. U cjelini, ovaj model karakterizira postizanje ravnoteže u korištenju dijagnostičkih procedura koje nisu isključivo orijentirane na tehnologiju i strojeve i uključivanju pacijentica, odnosno roditelja u donošenje odluka i raspodjelu odgovornosti za njih. Uz prihvaćanje znanstvenih spoznaja supostoji otvorenost prema drugačijim pristupima, pa i potreba povezivanja kompetencija, odnosno znanja i vještina s brigom i brižnošću. To suprotstavljanje kompetencija i brige, navode Byron i Mary Jo Good, prisutno je kroz povijest zapadne medicine, a u širem smislu odražava borbu između znanosti i kulture, tehnologije i humanizma, koji se na Zapadu često vide kao suprotstavljene sile (2001: 15).

Treći, holistički model uključuje um, duh, emocije, tijelo i okolinu u proces iscjeljenja. Za razliku od tehnoškog modela koji tijelo konceptualizira kao stroj, te humanističkog koji ga promatra kao organizam, holistički ga vidi kao energiju. Iz ove perspektive izuzetno je važna izmjena energija između roditelje i primalje te doule. Tako, na primjer, holističke i svjesne primalje vjeruju da će upravo dobrim usmjerenjem energije uspjeti izbjeći nepotrebne intervencije. U holističkom su pristupu intuicija i vjera u znanje tijela izuzetno važne, kao što je važno uzajamno povjerenje roditelje i primalje. Njihov odnos je odnos povjerenja koji nije temeljen na hijerarhiji autoriteta i podčinjene. U porođaju je, kao i u iscjeljivanju bolesti, unutarnja energija pokretač promjena. Budući da je roditelja u holističkom modelu u središtu skrbi, organizacijske se strukture umrežavaju kako bi se olakšala individualizirana skrb za razliku od standardizirane skrbi tehnoškog modela. Holistički model porođaj definira i kao socijalni događaj te je stoga prisutnost i uključenost članova obitelji i zajednice od izuzetne važnosti, kao što je važno i individualno preuzimanje odgovornosti. Ovaj model podrazumijeva da je porođaj prirodan proces koji ne treba ubrzavati ni tjelesno ograničavati.

U nastavku poglavlja razmatraju se najvažniji elementi kritike medikalizacije porođaja kao normalnog fiziološkog procesa te se ocrtavaju iskustva medicinskih djelatnika i roditelja koje su rađale u institucionalnom okruženju bolničkih rodilišta.

4.2. Medikalizacija je progres?

Medikalizaciju se označava kao proces u kojem se nemedicinska stanja definiraju kao bolesti, odnosno poremećaji te je takav i odnos spram tih problema, tretiraju se kao da se liječe bolesti. Kako navodi Peter Conrad, medikalizacija se ogleda u tome da se određeno stanje definira medicinskim terminima, opisuje medicinskim jezikom ili ga se tretira medicinskom intervencijom (2007: 4-5). Tijekom prve polovine 20. stoljeća na medikalizaciju se gleda kao na pozitivan proces, koji će donijeti promjene nabolje. Taj se odnos počinje mijenjati sredinom stoljeća, a entuzijazam počinju smjenjivati kritički glasovi. Potaknuta društvenim promjenama medikalizacija se odvija na tri povezane razine, kako ističu Conrad i Schneider:

- “(i) konceptualnoj, kada se koristi medicinska terminologija u definiranju problema;
- (ii) institucionalnoj, kada medicinska profesija stječe legitimitet nad problemom u čijem se rješavanju institucija specijalizirala; i
- (iii) interakcijskoj, kada se dijagnoza i terapija uspostavlja u međuodnosu liječnik-pacijent” (1980).

Pozitivno gledište spram medikalizacije spominje i *International Encyclopedia of Social Science*, u kojoj se 1968. godine medikalizaciju označava kao “tendenciju medicinskih institucija da se nose s nekonformističkim oblicima ponašanja koja se sve više označavaju bolešću” (prema Juričić i Malenica 2014: 18). Neki znanstvenici u medikalizaciji i medicinskom sustavu prepoznaju zamjenu za društvene institucije poput crkve ili obitelji, čija moć i utjecaj slabe. Na eventualne negativne učinke medikalizacije još uvijek se gleda kao na sporedne i ne osobito utjecajne. U tom je razdoblju pozitivnog pristupa medikalizaciji dominantna prirodno-znanstvena paradigma i pozitivizam egzaktne znanosti u medicini. Liječnik je, Ilichevim riječima, na “vrhuncu svoje uloge heroja kulture” (2010).

Od sedamdesetih godina 20. stoljeća medikalizacija postaje predmetom znanstvenog propitivanja, prije svega antropologa i sociologa. Iako je pojam medikalizacije širokog raspona i označava kompleksan sociokulturni proces, postoji suglasje da se ističu osobito dva područja, a to su širenje medicinske nadležnosti i korištenje medicine kao mehanizma društvene kontrole. Ipak, jasnog odgovora na pitanje donosi li medikalizacija korist ili štetu pojedincima i društvu nema, kao ni odgovora na to je li vrijednosno neutralna.

Da je riječ o složenom fenomenu utvrdio je još Platon, iako u njegovo doba taj proces dakako nije imenovao medikalizacijom. Osim društvenih, uočio je i psihološke promjene koje utječu

na sam proces. Iako se prvenstveno bavio odnosom spram bolesti, za nas su danas njegove teze relevantne i kada govorimo o porođaju. Korist od medikalizacije veća je za liječnike, jer imaju više moći i mogućnosti kontrole, pa i novca nego što pacijenti imaju zdravlja. Platon smatra, navode Živka Juričić i Marica Malenica, kako se bolesti trebaju zauzdati urednim načinom života koliko god je to moguće, a ne trošenjem lijekova, a uspjeha u liječenju nema ako je liječnik primarno zainteresiran za svoj osobni probitak (2014: 9).

Jedan od pionira medicinske sociologije Irving Kenneth Zola (1976) navodi kako medicina postaje glavna institucija društvene kontrole, zauzevši mjesto koje su tradicionalno imali religija i zakoni. Medicina postaje novo područje istine, gdje apsolutne prosudbe donose navodno moralno neutralni i objektivni stručnjaci. One se ne donose u ime vrline ili legitimnosti, već u ime zdravlja. Oznake “zdravo” i “bolesno” postaju relevantne za sve veći dio ljudskog postojanja. Zola ističe da liječnici pritom ne koriste nužno političku moć, već medikalizaciju svakodnevnog života te navodi nekoliko za taj proces značajnih čimbenika. To su širenje poimanja onoga što se smatra dobrom liječničkom praksom, apsolutna kontrola nad tehnološkim postupcima, zadržavanje potpunog pristupa onome što se smatra tabu-temama u suvremenom društvu kao što su starenje, alkoholizam, droga i trudnoća. No treba reći da se ne radi isključivo o vanjskoj kontroli i prisili koje spominje Zola nego, rekla bih, o internaliziranom mehanizmu kontrole. Riječ je zapravo o pristajanju na takvu politiku zdravlja koju kreiraju medicinski autoriteti. Za temu ovoga rada relevantno je istaknuti da su se i starenje i trudnoća smatrali normalnim životnim procesima, a za koje se danas traži medicinska intervencija.

Medikalizacija se razvija i dobiva sve više na važnosti usporedo s razvojem industrijskog društva, a jedan od njezinih najžešćih kritičara, Ivan Ilich, ističe kako je “medikalizacija života samo jedan aspekt razorne dominacije industrijskog razvoja nad našim društvom” (2010: 103). Ilich potvrđuje ono što je ustvrdio još Platon, a to je da medikalizacija može bolesniku prouzročiti štetu te ističe štete od kliničke jatrogenoze koja je produkt suočavanja s bolnicom i liječnicima, bolestima koje su produkt medicine. “Tehnički izraz koji označava novu epidemiju bolesti što ih je izazvala medicina, 'jatrogenoza', složen je od grčke riječi *iatros* (liječnik) i *genesis* (podrijetlo). U najužem značenju jatrogena bolest je ona bolest koja ne bi postojala da primijenjeno liječenje nije bilo ono koje preporučuju pravila struke“ (Ilich 2010: 40). Kao i svaka druga industrija i medicina posluje po tržišnim principima industrijskoga društva, a medikalizacija pridonosi potražnji medicinskih roba i usluga. Zadaća je liječnika, kao

posjednika specifičnoga znanja i karike u specifičnom sustavu znanja i praksi, uvjeriti ljude, dakle konzumente, u potrebu korištenja njihovih usluga:

“Neželjeni nusproizvodi medicine samo su posebno reprezentativan aspekt duboke i opće krize koja pogađa najveća poduzeća. Škole proizvode odgoj, motorizirana prometna sredstva proizvode kretanje na isti način na koji medicina proizvodi liječenje. Svaka industrija na kraju uspijeva dominirati svojim sektorom i nametnuti prihvaćanje svojih proizvoda kao proizvoda najveće nužnosti koji imaju sva obilježja industrijske robe.” (Ilich 2010: 105)

Medikalizacija suvremenog života odvija se i izvan zdravstvenog sustava u različitim sferama kao, na primjer, pri upisu u školu, polaganju vozačkog ispita ili zapošljavanju, za što je potrebno priložiti liječničku potvrdu o zdravstvenom stanju. Patologiziraju se različiti fiziološki procesi koji se u prošlosti nisu smatrali medicinskim problemom, već sastavnim dijelom životnog ciklusa poput trudnoće, menstruacije, menopauze, spolnog sazrijevanja, starenja, a koje treba kontrolirati i nadzirati.

Medikalizacija započinje već u trudnoći s prenatalnom skrbi. Trudnoća nije bolest, ali svejedno zahtijeva medicinski nadzor kao stanje trajnog rizika, jer se medicina primarno bavi liječenjem, a u mnogim slučajevima ga i proizvodi, kako kritički iznosi Ilich (2010). Iako su medicinski i tehnološki napredak u skrbi za roditelje drastično smanjili smrtnost majki i dojenčadi, opasnost od uvođenja rutinske uporabe tehnologije pri rađanju leži u tehnologizaciji medicinski vođenog porođaja. Taj se puzajući i naoko samorazumljiv proces u literaturi naziva “kaskada intervencija”, a označava situacije nadzora pacijenta u kojoj jedna medicinska intervencija dovodi do druge. Catherine K. Reissman navodi kako je svrha medikalizacije kontrola problematičnih iskustava s ciljem osiguravanja pridržavanja društvenih normi (1983: 4). Druge kritičarke medikalizacije, kao na primjer Davis-Floyd (1992) i Kitzinger (2006), ističu kako su žene izgubile autonomiju i moć subjekata koji odlučuju o sebi pa se stoga roditelje moraju obraćati ekspertima koji sada upravljaju porođajem. Iskustvo koje je pripadno i neodvojivo od ženskog iskustva, medikalizacijom postaje osporenim, individualiziranim, sinkretičkim i nerelevantnim iskustvom. Ono što tjelesno pripada ženama i što je povijesno gledano dio ženskog iskustva, medikalizacijom je ne samo osporeno nego i otuđeno, jer u suštini medikalizacije zapravo leži negacija iskustva.

4.3. Rutinizacija postupaka

Medikalizacija porođaja sadrži očekivanje da se porođaj treba dogoditi u bolničkom rodilištu uz rutinsko elektronsko praćenje fetalnog srca (CTG), ležanje na leđima, ograničavanje kretanja tijekom trudova, farmakološko ublažavanje bolova, kemijsku simulaciju porođaja, elektivnu indukciju porođaja, odvajanje roditelje od obiteljske podrške, rutinsko korištenje anestezije kao i rutinske epiziotomije. Tome treba dodati nedostatan informiranje ili izostanak informacija o postupcima tijekom porođaja.

Prema istraživanju koje je na uzorku od 4817 žena 2018. i 2019. godine provela udruga RODA, a objavila 2020. godine,¹⁶ uobičajena procedura pri dolasku u hrvatska rodilišta je postavljanje braunile (fleksibilne cjevčice kojom se ulazi u krvne žile). O tome roditelje nisu bile pitane u 31,2% slučajeva, a pristanak nakon objašnjenja dalo je njih 37,3%, dok je odbilo dati pristanak 0,4% žena. Na klistiranje je pristalo 48,6% ispitanica, a bez objašnjenja o postupku klistirano je 18,5%, a 1,3% roditelja odbilo je zahvat. Valja istaći da je Svjetska zdravstvena organizacija izdala preporuke protiv te prakse budući da ne postoje znanstveno utemeljeni dokazi o njezinim prednostima. Ubrzavanje porođaja davanjem dripa odobrilo je 39,9% žena, bez pristanka drip je dobilo 28,8% žena, a 2% ispitanica odbilo je drip. Prokidanje vodenjaka učinjeno je u više od polovice porođaja, njih 58,9%. Na njega je pristalo 36,6% roditelja, 22,3% nije dalo pristanak za amniotomiju koja je učinjena, a odbilo je 0,3% žena.

Ovi nam brojevi govore o tome da značajan postotak žena u hrvatskim rodilištima nije informiran o postupcima kojima će biti izložene tijekom porođaja. S druge pak strane, razmjerno mali postotak onih koje su odbile pojedine zahvate može govoriti u prilog tome da su žene pristale na određene postupke razumijevajući ih kao dio procedure koja se mora poštovati jer dolazi od strane medicinskih autoriteta koji se unutar zdravstvene ustanove ne dovode u pitanje.

4.4. Na leđima, na boku, i kako još?

Radati se može u različitim položajima. Iz udžbenika ginekologije i porodništva može se saznati da je ležeći leđni porođaj najčešći položaj u kojem žene rađaju u našim rodilištima. Najprihvatljiviji je za porodničara, a roditeljama pričinjava teškoće jer se tiska suprotno sili teži, a mišići male zdjelice su napeti. K tomu, lošija je opskrba kisikom djeteta, a čest je i sindrom

¹⁶ <https://www.roda.hr/udruga/dokumentacijski-centar/rodina-izvjesca-i-analize/iskustva-trudnica-rodilja-i-babinjaca-u-zdravstvenom-sustavu-2018.-i-2019.-godine.html> (pristupljeno 22. 1. 2022.).

donje šuplje vene. Mada je ležeći položaj rađanja u bolničkom okruženju predmetom mnogih kritika, za liječnike je to optimalan položaj. Ginekolog opstetričar Ante Dražančić to ovako obrazlaže:

“Ležeći je položaj postao tradicionalnim. Njegove su prednosti jer u I. doba omogućuje dobru relaksaciju roditelja, leđni mišići i oni ekstremiteta mogu biti potpuno omlohavljani. Ležeći položaj omogućuje trajni kardio-tokografski (CTG) nadzor kucanja čedinjeg srca (KČS) i fetalnu pH-metriju, najbolje omogućuje trajnu iv. infuziju, bila to samo otopina glukoze, elektrolita ili pri slabijim trudovima i dodatak oksitocina. U doba izгона djeteta najprikladniji je položaj za nadzor KČS, najbolje omogućuje zaštitu međice, najlakše je učiniti epiziotomiju. Kad je pri rađanju potrebna operativna intervencija (forceps, vakuum ekstrakcija, ručna pomoć pri zatku, oslobađanje ramena) roditelj je već u položaju u kojem se to obavlja, ne gubi se vrijeme premještanjem roditelja. U II. doba se podizanjem donjeg dijela ležišta ispravlja lumbalna lordoza odnosno lumbosakralni kut. Učvršćivanje stopala u ležišta (‘nogare’), prihvatanje šakama za rubove kreveta, omogućuje roditelji snažno tiskanje, koje tri puta povećava snagu truda, što ubrzava izlaz djeteta. Ako treba, moguć je i oprezni, racionalni hvat po Kristelleru. U III. doba optimalna je prosudba ljuštenja posteljice te nadzor pojačanog krvarenja. Ležeći je položaj jedini moguć pri opskrbi epiziotomije odnosno razdora cerviksa i međice te za eksploraciju materišta, a optimalan je za bilo koju anesteziološku intervenciju.” (2004: 45)

Iz ovoga je Dražančićeva opisa prednosti ležećeg položaja na leđima razvidno da je on prihvaćen i “postao tradicionalan” jer primarno osigurava porodničaru što lakšu intervenciju i nadzor nad uređajima kojima se prati stanje čeda. Iz njega se daje zaključiti kako je ginekolog opstetričar centralna figura u cijelome procesu, a u drugom je planu roditelj i njezina eventualna udobnost, koja nije u njegovu obzoru.

Ležeći bočni položaj je udobniji, mobilnost zdjelice je veća, a izbjegava se sindrom donje šuplje vene. U tom položaju nizak je postotak zarezivanja međice, a nedostatak je teže tiskanje nego u uzdužnom položaju. U uspravnom ili sjedećem položaju, koji je pogodan za većinu normalnih porođaja, smanjena je potreba za oksitocinskom stimulacijom i epiziotomijom, kao i Kristellerovim zahvatom, smanjuje se mogućnost rupture međice, a doživljaj porođaja je uglavnom pozitivan. Prvi porođaj na stolčiću u hrvatskim rodilištima obavljen je u prosincu 2002. godine u Kliničkoj bolnici Osijek. Za izvedbu takvog porođaja potrebna je minimalna modifikacija rada osoblja. Kod tog se položaja može javiti edem vulve, a rizik je i u subjektivno

većem gubitku krvi. Čučajući je porođaj fizički teže podnošljiv položaj, ali je zato optimalno korištenje sile teže, manja je potreba za oksitocinskom stimulacijom, manje je epiziotomija i ruptura međice. U položaju koljeno-lakat prednost je manje razdora međice, a za izvedbu je potrebna mekana strunjača. Porođaji u vodi u Hrvatskoj se obavljaju od 2003. godine u Rijeci i Osijeku, a u susjednim zemljama, Sloveniji i Austriji, od devedestih godina 20. stoljeća, kao i u Skandinaviji, Švicarskoj i Velikoj Britaniji. Porođaj u vodi moguć je samo u slučaju uredne vaginalne jednoplodne trudnoće. Dijete se odmah po rođenju unutar jedne minute stavlja majci na trbuh pri čemu tijelo ostaje u vodi, a pupkovina se reže nakon prestanka pulsiranja (Habek 2017: 271).

Kao što se vidi iz prethodno navedenoga, postoje različite mogućnosti zauzimanja položaja tijekom rađanja koji su za roditelje udobniji ili olakšavajući. U našim se rodilištima, pokazuje praksa, prednost daje onim položajima koji olakšavaju rad porodničara dok je zadovoljstvo roditelje u drugome planu. Upravo su ležeći položaj na leđima te nemogućnost kretanja i zauzimanja drugih položaja koji više odgovaraju roditelji predmetom kritika medikaliziranog porođaja. U takvom ležećem položaju osigurana je potpuna kontrola liječnika, a roditelja više nije u prilici propitivati postupke te se prepušta njegovim odlukama.

4.5. Koliko traje porođaj?

Niskorizični fiziološki porođaji različitog su trajanja. Duljina i tijek porođaja ovise o različitim čimbenicima: o veličini fetusa, vremenu spuštanja u porođajni kanal, snazi i ritmu trudova, samopouzdanju majke, njezinoj aktivnosti i dobroj komunikaciji te emocionalnoj podršci koju prima. Neki traju nekoliko sati dok su neki izuzetno dugotrajni i za majku vrlo iscrpljujući. Porođaj se odvija svojim tijekom bez aktivnosti koje bi ga ubrzale, a roditelji asistira primalja u slučajevima kućnoga porođaja. Kako navodi liječnik Marsden Wagner¹⁷ pozivajući se na izvještaj Europskog regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije, opstetrička i neonatološka literatura temelji se na opservaciji medikaliziranog porođaja i teško se može reći poznaju li danas uopće opstetričari nemedikalizirani porođaj. Nasuprot fiziološkom neometanom tijeku porođaja, u institucionalnom bolničkom kontekstu opstetričari su definirali trajanje porođaja. Kod prvorođkinja porođaj traje do 12 sati, a kod višerođkinja do šest sati (usp.

¹⁷ Hrvatski prijevod teksta Marsdena Wagnera "Aktivno vođenje poroda" objavljen je mrežnoj stranici udruge RODA: <https://www.roda.hr/portal/porod/poznati-strucnjaci-o-porodu/marsden-wagner-aktivno-vodenje-porodaja.html> [s.a.]. Uz tekst nema podataka o tome kada je i gdje prvi put objavljen, a nije naveden ni datum objave hrvatskoga prijevoda. S obzirom na godinu na koju se referira u tekstu pretpostavljam da je tekst napisan 1997. godine.

Kuvačić 2005). “Dvanaest sati se smatra maksimalnim sigurnim trajanjem spontanih trudova i tada se izvodi carski rez, osim ako u tom trenutku porođaj nije neminovan” (O’Herlihy 1993). Postavlja se pitanje zašto bi se vremenski ograničavao prirodan tijek porođaja. Opstetričari navode da su vremensko ograničavanje i indukcija porođaja bitni zbog sprječavanja rizika za roditelju i fetus te kako porođaj ne bi završio carskim rezom. Drugi razlog koji se ističe vezuje se uz učinkoviti angažman osoblja u rađaonici (O’Herlihy 1993). S druge strane, Emily Martin vidi poveznicu između proizvodnje u kapitalističkom društvu u kojem se rad normira i odnosa medicine prema tijelu koje rađa pa se tako normira i trajanje pojedinih faza porođaja kako bi se ostvarila učinkovitost, “maternice proizvode učinkovite ili neučinkovite kontrakcije, a dobar ili slab trud prosuđen je prema količini progressa učinjenog u određenom vremenskom periodu” (1987: 59).

U teoriji, inducirani se porođaj događa samo u slučajevima kada za to postoje medicinski razlozi. No u praksi se, što potvrđuju iskazi mojih kazivačica i kazivača, aktivno vođenje porođaja shvaća vrlo slobodno te se neki od postupaka izvode iako za njih ne postoje medicinske indikacije. Wagner (1998) tako navodi da se kao osnova za određenu kliničku praksu ističe navika. Tu svoju tvrdnju ilustrira načinom na koji se praksa vaginalnog porođaja pojavljuje u svijetu: u Ujedinjenom Kraljevstvu i Krunskim zemljama Commonwealtha, Kanadi, Australiji i Novom Zelandu, prevladava upotreba forcepsa, dok u kontinentalnoj Europi prevladava vakuumska ekstrakcija. Pogodnost za osoblje još je jedan nemedicinski čimbenik koji leži u osnovi standardne prakse. Od pojave indukcije znanstvene studije su pokazale da je inducirani porođaj češći radnim danima (Martin et al. 2018), dok se hitni carski rez češće izvodi vikendom (Macfarlane et al. 2019).

Da bi se porođaj ubrzao izvodi se amniotomija (prokidanje vodenjaka) i ubrizgavanje sintetičkog hormona oksitocina. Oksitocin je hormon koji tijelo prirodno proizvodi da izazove kontrakcije. Ako se prema procjeni liječnika proces odvija sporo, primijenit će se sintetski oksitocin kako bi se ubrzali trudovi. Određenje normalnosti u slučaju medikaliziranog porođaja temelji se na percepciji žena kao pasivnih, stoga liječnici, kao aktivni u procesu, donose odluke i procjenjuju normalnost. Iz porodničarske perspektive to znači da se porođaj *događa* ženama, a nije ono što žene *čine*. Takva perspektiva pretpostavlja da je liječnik subjekt koji intervenira u događaju, a ne onaj koji asistira roditelji. On dakle aktivno vodi porođaj, vrši preglede u točno određenom ritmu, propisuje terapiju, radi sve što je po protokolu predviđeno. Primalja je nadležna samo za izvršavanje onoga što joj porodničar naloži, a roditelja se zapravo treba umetnuti u protokolom zacrtani raspored.

Opisujući svoj rad u rodilištu moj kazivač, iskusni porodničar, ovako objašnjava ulogu liječnika:

“Liječnik ju pregledava, liječnik radi prijemni ultrazvuk, liječnik interpretira CTG, liječnik piše kompletnu medicinsku dokumentaciju, prijem. Sve. Nigdje se primalja ne spominje u toj cijeloj priči. Liječnik vodi prvo porođajno doba, pregledava ženu svaka dva sata, ordinira terapiju, primalja samo izvršava naredbe koje liječnik napiše. I kad dođe kraj porođaja, zapravo kraj, onda primalja oblači rukavice i na kraju porođaja radi manualnu perinalnu protekciju, evo to je to. Ovo sve prije toga, briga je liječnika, ne. Makar on bio specijalizant prvog dana ili specijalist s 30 godina staža.”

Ideju o aktivnom vođenju porođaja proisteklu iz irske National Maternity Hospital 1972. godine prihvatili su i opstetričari u Hrvatskoj. Riječi moga kazivača specijalizanta ginekologije i opstetricije govore tomu u prilog i potvrđuju Wagnerove tvrdnje da porodničari ne smatraju zahvate prokidanja vodenjaka, indukciju, ubrzavanje porođaja, epiziotomiju, epiduralnu analgeziju remećenjem prirodnog porođaja. Moj kazivač specijalizant navodi:

“Ima već jedno 30-40 godina da je aktivno vođenje poroda bolji ishod za trudnicu. Aktivno vođenje poroda ne znači da trebamo biti agresivni, forsirat nešto. Nego, čisto ti neki manji zahvati, kao što je prokidanje vodenjaka, što je dokazano ubrzava porod, a nije nikakav invazivni zahvat. Taj vodenjak bi kad-tad puknuo, ovako ga mi samo ubrzamo...”

Moć opstetričara Wagner uočava i u proizvoljnomu određivanju vremenskih granica koje se nisu temeljile na znanstvenim dokazima, već na praksi kliničara koju su oni udešavali prema svojim potrebama, a ne nužno prema potrebama roditelja i prirodnom tijeku fiziološkog porođaja: “Definicija normalne gornje granice za porođaj smanjila se s 36 sati 50-ih godina prošlog stoljeća na 24 sata 60-ih godina, a 1972. godine, kada je uvedeno aktivno vođenje porođaja, na 12 sati” (Wagner s.a.).

Biomedicinska perspektiva opstetričara ističe da “uspješnost porođaja ovisi o porođajnom objektu,¹⁸ porođajnom kanalu i trudovima” (Kuvačić 2005). Iako se u provođenju aktivnog porođaja kao njegovu prednost ističe smanjenje učestalosti izvedbe carskog reza, studije pokazuju da aktivno vođenje porođaja nije smanjilo stopu carskog reza u prvotkinja (Frigoletto et al. 1995). Pored toga, studije pokazuju da upotreba sintetskog oksitocina kojim se ubrzavaju trudovi, osim što izaziva vrlo bolne trudove, nosi i rizike kao na primjer: rupturu

¹⁸ Porođajni objekt čine plod i posteljica s ovojima.

maternice, povećanje neonatalne hiperbilirubinemije, hiperstimulaciju maternice uz nedovoljan protok krvi kroz posteljicu i fetalnu patnju, povećanje operativnog dovršetka vaginalnih porođaja (Wagner 1994; Lønfeldt et al. 2020). Specijalizant u jednoj zagrebačkoj klinici potvrđuje da se u aktivno vođenom porođaju donosi odluka o carskom rezu nakon određenog protoka vremena u kojem nije bilo zadovoljavajućeg progressa prema mišljenju opstetričara:

“Pravilo naše kuće je, kad je indikacija nenapredovanje poroda, ukoliko u dva sata ne dolazi do promjena u vaginalnom nalazu bez epiduralne, odnosno tri sata sa epiduralnom, ide se na carski. Kod sumnje na fetalnu patnju, kad CTG nije zadovoljavajući, to se ne čeka, nego se odmah ide na operaciju.”

Kazivačica koju ću nazvati Ljiljana opisuje iskustvo sa svog prvog porođaja, u kojem je prokidanje vodenjaka izvršeno u dogovoru s liječnikom, ali je drip (sintetski oksitocin) dobila bez pristanka. Na koncu nije rodila vaginalno kako je priželjkivala:

“Bila je stvar u tome da sam se s doktorom dogovorila kad je već zelenkasta voda da će mi oni prokinut vodenjak tako da ta voda iscure. Ja sam čitala da samo prokidanje vodenjaka potiče trudove. Onda smo se dogovorili da ćemo probati samo tako pustit, bez dripa. Međutim, doktor je otišao ća, došla druga medicinska sestra i rekla: ‘Moramo drip apsolutno.’ I onda su mi dali taj drip i meni su sve lađe potonule. Ja se injekcija bojim jako i kad sam vidla to mislim da je moja psiha potonula sva. Nakon toga drip je počeo djelovati, malo po malo trudovi su bili užasni, na boku sam morala biti ili na leđima. Tamo su govorili da se beba ne spušta, pa sve im je nešto bilo, nije dobro ovo, nije dobro ono... U biti, kad su oni prokinuli vodenjak... kako je on krivo sa glavicom došao sa najvećim omjerom glave onda su ga probali okrenuti. To je užasno bolilo, nakon proživljenog prirodnog poroda mogu reć da je to bolilo više nego porod dok su ga okretali, bez da mi kažu da će to napraviti. A to je trajalo od jutra, od jedanaest i pol do devet navećer. Ostale smo nas tri koje nismo još rodile. Onda su nas sve po redu dali na carski... Uglavnom, oni su očistili smjenu tako da daju drugoj smjeni prazne bokseve.”

Nagovaranje roditelja na prokidanje vodenjaka kako bi se ubrzao porođaj uobićajena je praksa u rodilištima, kako navode kazivaćice. Neke se, poput Alme, uspiju izboriti za sebe:

“Oni su zapravo već bili pripremili sobu za carski jer je prošlo ohoho sati, unatoć svim tim njihovim intervencijama ja se nisam otvarala dovoljno kolko su oni htjeli da se ja

otvaram, a ja se nisam otvarala jer sam ja čekala da se muž vrati sa odmora da on svjedoči porodu svoje bebe jer smo se tako dogovorili. Zapravo smo mi od početka bili u tome zajedno. Da znam tada ono što sam znala danas to ne bi bilo u bolnici, ali dobro, dobro... Mislím, iz svake greške se nešto nauči. I onda u trenutku kad se on pojavio u bolnici oni su rekli: 'Soba za carski je spremna' i ja sam im samo mrtvo hladno rekla: 'Dobro, neće trebat!' I onda sam im dala tu sugestiju otvaram se kao rijeka, njega sam zamolila ajde ti meni reci par nekih lijepih stvari i on je meni: 'Široka si kao rijeka, otvaraš se otvaraš se', i ja sam se u tom trenu otvorila od šest, osam, deset i hopa."

Odbijanje predloženih postupka dovodi u pitanje autoritativno znanje liječnika, što oni ne prihvaćaju lako jer se osim poljuljanog autoriteta odstupa od zadanih uhodanih procedura. Autoritativno znanje je, kako navodi Brigitte Jordan (1997), znanje koje stječe dominaciju nad svim ostalima oblicima znanja. Prema njezinu mišljenju, pružatelji zdravstvenih usluga posjeduju autoritativno znanje jer je unutar društvenih i kulturnih struktura njihovo biomedicinsko znanje društveno prihvaćeno u odnosu na druge sustave znanja. Razlog tomu nije to što je njihovo znanje uvijek točno, nego to što imaju više strukturalne moći. To je i jedan od razloga zašto se ne prihvaća kao relevantno ženino prethodno iskustvo i znanje koje ima o stanju svog tijela. Jordan ističe da se ne radi o tome je li autoritativno znanje samo po sebi točno ili možda bolje, već da pojedinci sebi dopuštaju da odrede značenje ili posljedice u odnosu na druge načine stjecanja saznanja.

Kada pak žene ne pristaju na postojeću situaciju i remete postojeći poredak to se vidi kao problem. Sara Ahmed (2010) to izazivanje udobnosti postojećeg stanja, njegovo remećenje, propitivanje i uzvratanje autoritetima naziva feministički *killjoy*. *Killjoy* je svaka osoba koja se izmiče, suprotstavlja, dovodi u pitanje i ne podvrgava. Ponašanje koje se može podvesti pod pojam *killjoy* upućuje na to da se radi o osobi koja "ubija zabavu i radost" nekome. *Killjoy* djeluje tako da reinstalira pitanje vlastitog interesa. Stoga se na podrivačice *statusa quo*, odnosno roditelje koje imaju vlastite ideje o vlastitom porođaju često gleda kao na instancu feminističke pobunjenice (*killjoy*). Iz tog se razloga na njih često otvoreno ili prikriveno vrši pritisak da se prilagode zahtjevima autoriteta. Kazivačica Sanja tako opisuje svoje iskustvo odbijanja amniotomije i manipulativne tehnike uvjeravanja. Njezina dobra informiranost o porođaju, samosvijest i povjerenje u svoje tijelo rezultirali su time da je riječi liječnika nisu jako emocionalno pogodile:

"Pregledao me doktor. On je rekao da kad bi mi sad probušio vodenjak da bih rodila za dva sata, da bih do 12 sati bila gotova. A s obzirom na činjenicu da ja to ne želim, da

će porod trajati i trajati. Pa se razvezao o tome kako moram misliti i na dijete, kako prirodni porodi znaju trajati i 18 sati, kako su žene na porodima kod kuće umirale... Sve u svemu, na kraju je rekao da mi neće prokinuti vodenjak kad ja to ne želim i da ako uživam ovako, neka mi bude. Ja sam bila *supercool* i rekla sam u šali da ću ja njega možda još i zvati u pomoć, no da zasad uživam i neka ništa ne brine. Pitala sam ga koliko sam otvorena, na što je rekao da se otvaram puževim korakom. Dok sam izlazila, čula sam kako je rekao sestri: 'Otvorena 6 cm'. Uvjeren sam da se to na mene odnosilo i ja to nikako ne bih nazvala puževim korakom, jer trudovi mi nisu predstavljali nikakav problem, a već sam bila na šest centimetara.”

Ipak, valja konstatirati da male individualne pobjede ne donose promjene ustaljenih praksi koje imaju utjecaj na sve druge roditelje. Sanjina epizoda primjer je sukoba podriivačice autoriteta, feminističkog *killjoya* i liječnika. Informirana o tehnikama porođaja i pravu na autonomno odlučivanje, Sanja bira postupak koji se naočigled ne poklapa s idejom brzog, tehnički uigranog podstaknutog porođaja kakav sugerira liječnik. Instrumentalno ucjenjivanje koje potom slijedi pokazatelj je mehanizma koji je aktivirala. Izricanje izbora ovdje je shvaćeno kao podriivanje autoriteta temeljenog na iskustvu, dovođenje u pitanje uobičajenog i dobro uhodanog reda stvari, koje kod liječnika izaziva pasivnu manipulaciju, aktivaciju krivnje zbog potencijalnog ugrožavanja zdravlja djeteta, nagovještavanje tjelesne agonije u dugom porodu. Istovremeno liječnikov komentar sestri pokazuje da je roditelja-pacijentica neravnopravan akter za kojeg je bolje da ne zna pravo stanje stvari.

4.6. Rezati ili ne?

Epiziotomija je naziv za kirurški zahvat zarezivanja međice, tkiva koje se nalazi između vaginalnog otvora i anusa, kako bi se preveniralo pucanje tkiva pri izlasku glavice djeteta iz rodnice. S obzirom na to da je glava šira od vaginalnog otvora, pri napinjanju postoji mogućnost pucanja okolnog tkiva. Epiziotomiju je prvi opisao irski liječnik Fielding Ould u 18. stoljeću no ona se sve do tridesetih godina 20. stoljeća rijetko izvodila zbog načina porođaja koji je bio usmjeren na očuvanje međice. Od tridesetih godina prošlog stoljeća odnos prema epiziotomiji se liberalizirao uz argumentaciju da se time smanjuje majčinski i neonatalni pobol. Nekada su se epiziotomije izvodile rutinski. U šezdesetim i sedamdesetim godinama učestalost rutinske epiziotomije dosegla je visokih 90%. Danas se njihov broj smanjuje no ipak je, ovisno o praksama, u nekim rodilištima razmjerno visok. Istraživanje koje je provedeno u udruzi

RODA pokazalo je da je visoki postotak epiziotomija učinjen bez pristanka roditelja, u 24,3% slučajeva, uz informirani pristankom učinjeno je 16,6% epiziotomija, a odbilo je dati pristanak 1,2% žena. Gotovo dvostruko više žena, njih 2,1%, nije znalo je li im napravljena epiziotomija. Studije su pokazale da rutinske epiziotomije ne smanjuju incidencije rupture međice, ne preveniraju oštećenje zdjelice dna i razvoj urinarnu inkontinencije, a bol u području perineuma kao i infekcije se povećavaju, a postoji i negativan utjecaj na seksualnu funkciju. Kako se ističe u studijama, učestalost epiziotomija može se smanjiti individualnim pristupom i strpljenjem prema svakoj roditelji, a kod urednih fizioloških trudnoća postotak učinjenih epiziotomija ne bi trebao prelaziti 10-20% (usp. Prka i Habek 2011).

Moj kazivač, iskusni porodničar na početku svoje specijalističke karijere svjedočio je rutinskim epiziotomijama što pripisuje prevelikom uplivu tehnologiziranog pristupa iz američke opstetričke tradicije, o čemu je rekao:

“Znači epiziotomije, urez međice. Nekada, dok sam još ja bio na specijalizaciji je bio stav da svaka prvorođena koja rađa, morala se napraviti epiziotomija. Bez obzira jel to dijete dvije kile, pet kila, tri kile. Jel ona ima široku zdjelicu, usku zdjelicu, jel ona ima urednu međicu, visoku međicu... Nebitno je. Znači, bilo je obligatno, svima obavezno, da se navodno spriječi stresna inkontinencija. Dio svijeta se tome priklonio. Pokojni profesor Dražančić, mi ga zovemo otac perinatalne medicine, je rekao da smo previše preskočili ocean i uzeli američku medicinu u Hrvatskoj. A mi smo imali odličnu tradicijsku, srednjeeuropsku medicinu. Nikada ni u jednoj njemačkoj, austrijskoj, slovenskoj klinici, švicarskoj, čak u francuskoj nisu preuzeli američku.”

S ponosom je istaknuo kako su promjenom pristupa uspjeli značajno smanjiti broj učinjenih epiziotomija:

“Naša klinika je u jednom profesionalnom i znanstvenom segmentu, po čemu smo prepoznatljiviji, svojim trudom uspjeli smo broj epiziotomija značajno smanjiti. Znači mi smo negdje 2008., 2009., 2010. sa 50% došli na 20%. To je bio trud nas liječnika, ali i trud primalja koje su se prihvatile u koštac i zapravo promijenile filozofiju svog poslanja. Njihov posao nije ne čuvati međicu i rezati međicu nego ju sačuvati da ne pukne i da se ne reže, da žena nije operirana. To je poanta primaljstva.”

4.7. Bol, strah i trauma

Žene koje su rađale u hrvatskim rodilištima s kojima sam razgovarala vrlo su često isticale tjeskobu i strah kod porođaja kao i osjećaj zanemarenosti u bolničkom okruženju, a neke od njih imale su i zdravstvenih poteškoća nakon porođaja zbog učinjenih zahvata. Ilich u svojoj kritici ističe kako su nepriznati produkti jatrogenizacije upravo stanja koja zdravstveni sustav u potpunosti zanemaruje:

“Medicinski činovi i programi sanitarnog djelovanja postali su izvorima nove bolesti ‘jatrogene’ bolesti. Slabost, nemoć, tjeskoba i bolest izazvane stručnim liječenjem, u cjelini su najveća epidemija koja postoji, a ipak najmanje priznata.” (Ilich 2010: 16)

Iskustvo ove roditelje potvrđuje tezu o nemoći, tjeskobi i strahu koje osjećaju mnoge žene koje rađaju unutar bolničkog sustava. Opisuje reakciju druge žene koja se ne može nositi s boli i svoje nelagode jer ne zna kako pomoći njoj, a i sebi:

“Znači u predrađioni smo, nikoga nije bilo. Ona je toliko molila nekoga da dođe. Toliko je to bilo strašno za slušati, meni se ovdje sada stisne, a imam ovako tu knedlu... toj ženi nitko nije dolazio. Nitko. Ona je urlala: ‘Dajte mi, dajte mi epiduralnu. Hoću neka neko dođe. Ja ću umrijeti; umrijeti ću!’ I ovoga, niko nije dolazio, dugo, dugo niko nije dolazio. Ja sam bila privezana za sve aparate. Nisam znala dal se smijem uopće pomaknut. Šta, zašto sam tu tako? Nitko mi nije rekao da se mogu kretati ili nešto. Iz ovog razloga je jako bitna edukacija. I da se zna, da svaka žena zna svoja prava, svoja prava o porodu. Da ne dođe tako i da se prepusti tamo svima. Obje smo bile u toj klopci. Dobro, vjerovatno je i ona bila na pripremi za porod u domu zdravlja gdje ti lijepo kažu da: ‘Kada dođete onda nas slušajte jer mi najbolje znamo šta radimo.’ To je priprema za porod kod nas u domovima zdravlja.”

Mnoge žene ističu kao negativne strane rađanja u bolnici duge sate čekanja i nedostatak potpore, stalnu prikopčanost na aparate i nemogućnost kretanja. Bol i osjećaj napuštenosti pridonose traumi koju nose godinama nakon porođaja. Studija koju su provele Gill Thomson i Soo Downe (2008) otkrila je da je trauma povezana s lošim, nepostojećim, nefunkcionalnim odnosom pacijenta s medicinskim osobljem te da su se žene tijekom porođaja iz toga razloga često osjećale nepovezano, bespomoćno i izolirano. Osjećaj nemoći, napuštenosti i izloženosti kazivačica koju ću nazvati Nives izrazila je ovako:

“Bilo mi je nezgodno uopće da nekakav glas ispustim, bilo mi je neugodno što samo ja u rađioni sama. Fokus je bio na meni, ali na čem? Dolazili su studenti, pa srednjoškolci,

pa tamo preko stakla me pogleda neki doktor pa drugi doktor, pa mi dolazi ovaj valjda stažist svako malo da me pregledava, pa ne znam šta, smije li ovaj, smije li ovaj, svi bi nešto pipkali. Sestre dolaze samo da vide aparate i ja sam cijelo vrijeme bila sama na tom stolu, ja sam se osjećala zapravo kao nekakva životinja u zoološkom vrtu. Na promatranju... Stvarno sam osjećala i jako svjetlo, i taj hladan prostor, i taj stol, i taj stol koji je ograničavajući, ja ne znam šta bi sa njime, i ti aparati gdje oni tebi umjesto da ti kažu da se opustiš i fokusiraš na svoje tijelo kažu da ti moraš paziti da ti se tu nešto ne pomakne od toga. To mi je fascinantno. I, ovoga, i cijelo vrijeme ta nekakva pregledavanja i onda nitko... I onda opet dođu pa se nešto sve dole, oko ko da ne znam šta se dešava i sve stane u to vrijeme kad me dođu svi pregledati onda opet krene, a ja sam tako sramežljiva bila.”

Nivesina priča po nečemu je iznimna. Osim što vrlo slikovito opisuje svoje osjećaje napuštenosti, izdvojenosti, otuđenosti, hladnoće prostorije, izloženosti, Nives ukazuje na scensku organizaciju porođaja koja se organizira oko roditelja, na nju usmjerava, ali na način koji ne pokazuje da je ona dionik scene, već pasivni objekt. Pokretač, radnja, pravila su izvan Nives, kao središnje osobe u sceni. Njoj nije dozvoljen ni glas, ona nijemo promatra događanja oko sebe. Osjeća se kao izložak, “životinja u zoološkom vrtu”, izložena tuđim dodirima. Ona je u sebi i izvan sebe – pokušavajući shvatiti radnje oko sebe i preslagivati osjećaje nelagode, uznemirenosti, stida koje istovremeno osjeća zbog nerazumijevanja situacije. I upravo to neupoznavanje sa situacijom stanje je koje je moguće prevenirati uputstvima, objašnjenjem, razgovorom, postupcima koji roditelju čine dijelom porođaja, a ne anonimnim akterom izvedbe. U otporu prema nametnutom bolničkom režimu koji ne uvažava njihove potrebe žene pronalaze subverzivne strategije narušavanja zadanih obrazaca ponašanja koji im se nameću. Tako Alma navodi:

“Ono čega se ja sjećam da najgori dio boravka u bolnici nije bio sam trenutak izгона, nego to mučno čekanje, čekanje. Prikačeni ste na CTG, morate mirovat, jedino kad vam dozvole kretanje to je odlazak u WC. Ja sam to zloupotrebljavala jer sam ja jako često odlazila na WC, ja nisam mogla ležati jer vam stave tu aparaturu, vi ste tad, mislim, vi ste debeli, vi ste teški sami sebi, vi imate taj trbuh, još imate taj aparat. Ja se sjećam onda vas stave na stranu pa vam trne jedna strana tijela i onda se vi malo pomaknete i pomaknete taj aparat. I onda dođe sestra pa vrišti na vas. Kori vas ko da ste neka pučkoškolka ‘Šta, šta! Šta se, mama, mičete! Ne smijete se micati! Beba, ugroza!’ Ne znam ni ja šta. Zapravo je meni u najgorem sjećanju ostalo to razdoblje.”

Almino iskustvo pokazuje strategije otpora nadzoru i kontroli. Poslušnost je ono što se očekuje od roditelja. Vrijeme čekanja i mirovanja osobito je teško jer je disciplina imperativ. U Alminu slučaju mirnoća i nekretanje nametnuti su prvenstveno zbog aparata, a ne zbog nje same. Jedini izlaz iz nametnute disciplinarnе mjere je široka osobna interpretacija dozvole za kretanje u slučaju potrebe obavljanja nužde, procesa o kojem može autonomno odlučiti, a za koji ima odobrenje liječnika.

Osjećaj manje vrijednosti koju je na nju ostavio sustav i pokazivanje moći, koja nije moć dijeljenja, već moć nadzora, opisuje Dunja:

“Kad sam ja bila prvi put trudna s djevojčicom lijepo se sjećam da mi je bilo ono: okej, znači ja sam ušla u ovu bolničku ustanovu, kao odgovorna građanka, žena koja plaća poreze. U tom trenutku sam imala i firmu i radila, a odjednom kad sam došla u bolnicu ja sam imala osjećaj da sam ja ono blato što je nekom ispod cipele. Ono, na tu razinu su se ljudi odnosili prema meni, ne zbog toga što su oni ono sad nešto baš jako ružno ili naprasno govorili ili radili, ali jednostavno taj odnos... kao, ono, ti si toliko glupa da, da ti si glupa kao ono blato koje je na mojoj cipeli i sve što si ti imala, ono, izvan ove institucije kao odgovorna visokoobrazovana osoba, ti si jednostavno tu jedna najobičnija glupača. To je meni recimo prvo smetalo. Sa dječakom mi je smetalo, sad da li je to bilo zato što sam bila drugi put trudna, ne znam, ali, onako, imala sam osjećaj da svaki put kad sam išla u zdravstveni sustav su me svi gledali sa sažaljenjem kao ono ‘jadna, vidiš kako si u problemu sad, si trudna, kako si mogla se seksati i to napraviti’, ono, baš bed, kao pomoći ćemo ti, ali, ono, bed. Al to opet niko mi nije rekao riječima, nego, onako, kroz govor tijela i kroz način na koji su ti neke stvari govorili.”

Dunjino iskustvo sa zdravstvenim sustavom nije ni osnažujuće ni ohrabrujuće. Iako se smatra odgovornom i samopouzdanom građankom, sustav je na nju djelovao destruktivno dovodeći u pitanje njezinu samosvojnost. Osjećaj gubitka osobnog suvereniteta i bivanja subjektom Dunja je doživjela kroz neverbalne načine komunikacije zdravstvenog osoblja. Neuvažavanje koje je kod nje proizvelo to da se osjećala kao “blato ispod cipele” i sažaljenje nadmoćnog sustava nad njom kao pojedinkom ukazuju na elemente strukturnog nasilja, koje obilježavaju nejednaki odnosi moći ugrađeni u sustav između pružatelja zdravstvenih usluga i roditelja, odnosno trudnica. Korijene takvog postupanja prema ženama nalazimo u sveobuhvatnoj rodnoj nejednakosti, smatraju Solnes Miltenburg, van Pelt, Meguid i Sundby (2018). Prema izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije (2015), opstetričko se nasilje ne odnosi samo na izravno fizičko zlostavljanje već ono uključuje i ponižavanje i verbalno zlostavljanje, nedostatak povjerljivosti,

kršenje privatnosti, zanemarivanje žena tijekom porođaja, odbijanje davanja lijekova protiv bolova, neuspjeh u dobivanju informiranog pristanka. Priče žena o neugodi i rušenju samopoštovanja koje nose iz rodilišta najčešće ostaju u sferi privatnosti obiteljskog okruženja i prijatelja. Nije riječ samo o osjećajima srama ili stigme koje imaju žene pa se s time rijetko izlazi u javnost već i o tome da se takva vrsta postupanja prihvaća kao normalno profesionalno ponašanje. Naime, roditelje, kao uostalom i drugi pacijenti unutar zdravstvenog sustava, očekuju da se osoblje za njih brine i imaju u njega povjerenje. Elisabeth Kukura ističe kako upravo visoka razina povjerenja u pružatelje zdravstvenih usluga rezultira time da se loše postupanje tijekom porođaja doživljava kao izdaja (2018: 727). S druge pak strane, medicinsko osoblje većinu svojih postupaka uopće ne prepoznaje kao problematičnu ili nasilnu, već ih smatra profesionalnim postupanjem usmjerenim na dobrobit roditelje. Upravo zbog toga što se ne prepoznaju kao nasilni, nego kao profesionalni, mnoge žene pristaju na postupke o kojima ne znaju ništa ili ne znaju dovoljno, a na njih mogu ostaviti kratkoročne ili dugoročne posljedice (Cohen Shabot 2021).

4.8. Porođaj boli i traje satima

Broj porođaja uz korištenje epiduralne analgezije ili drugih metoda ublažavanja porođajne boli je u porastu. Istraživanje udruge RODA¹⁹ pokazalo je da je 24,5% žena obezboljeno na taj način, njih 15,6% željelo je primiti epiduralnu analgeziju, ali je iz nekog razloga nisu primile, a gotovo polovica od 48,5% nije ju željela. Pitanje korištenja sredstava protiv boli predmet je kontinuiranih sučeljavanja pripadnica primaljskog i medikaliziranog modela porođaja. Pobornice primaljskog modela obezboljivanje vide kao autoritarni čin biomedicinskog pristupa. S druge pak strane, dio žena smatra da je mogućnost rađanja bez boli dobrobit. Neki porodničari smatraju ublažavanje boli zadaćom koju suvremena medicina treba pružiti ženama koje rađaju. O tome porodničar iz zagrebačke klinike kaže:

“Porođaj boli i on traje satima. Žena je iscrpljena, bol iscrpi. Znači, ne treba tjerati prirodni porođaj da je on bez ičega. To nije klauzula koja je etička, niti je profesionalna. To je bilo prije tri stoljeća... Imamo ekstremno visoki postotak epiduralnih analgezija koje obezbole, naprave plegiju donjih ekstremiteta pa ne možete sa epiduralnom analgezijom hodati i porađati se na čučecí. Znači, to je nemoguće. To je problem. A mi ih imamo 50 posto. Čim se sa epiduralnom upletete, koja je invazivna metoda... Jel to

¹⁹ <https://www.roda.hr/udruga/dokumentacijski-centar/rodina-izvjesca-i-analize/iskustva-trudnica-rodilja-i-babinjaca-u-zdravstvenom-sustavu-2018.-i-2019.-godine.html> (pristupljeno 22. 1. 2022.).

onda prirodni porod? Al mi ga obezbolimo i mi se trudimo da uz tu epiduralnu imamo izuzetno nizak broj epiziotomija, nizak broj ruptura međica. Znači, mi jesmo osigurali vrlo brzi oporavak i žena može drugi dan kući. Al ima limit, jer ima kateter u epiduralnom prostoru. Premalo koristimo ove ostale metode analgezije. Mislim da smo pri vrhu u Evropi s tim, barem naša klinika.”

U dugotrajnom medikaliziranom porođaju Nives je zatražila epiduralnu analgeziju kako bi lakše podnijela bol koja je bila još izraženija zbog osjećaja da je ostavljena i potrebe za podrškom i nježnosti koje bi joj olakšale njezino podnošenje:

“Ja sam pred rađanom. Niko više nije tu. I nitko mi ne dolazi. I dolazi čistačica, ja govorim: ‘Oprostite ja ne znam jel ovdje ikoga ima, jel možete vi reći svima da ja hoću epiduralnu, odmah hoću epiduralnu i molim vas da mi donesete formulare i sve.’ Ja sam bila izvan sebe. Meni je trebala ta topla riječ, ruka, netko. Meni je bila strava. Ja samo mogu pretpostaviti kako se dijete u meni osjećalo. To je strašno. Trudova nije bilo cijelu noć. Okej, to su hormoni. To je meni sada jasno. A tamo sam mislila da ja nisam normalna i negdje ujutro u vizitu mi dolazi doktorica i kaže da se ja nešto sporo otvaram, a ja sam trebala bit doma valjda još pet dana, i da kak se ja osjećam. Pa ja rekoh: ‘Ja stvarno ni ne znam kak se ja osjećam, ja sam van sebe.’ ‘Pa hoćete li da probušimo vodenjak?’, kao onda će krenut priča. Pa dobro, kao, rekla mi je usput da neće ništa bit bebi, ovo-ono, tako nešto i može. I, ovaj, probušili su vodenjak i stvarno je krenulo to, ali lijepo polako, mislim, kako bi trebalo, samo što sam ja jedva čekala da odem u boks. Ja sam jedva čekala. Zašto? Da meni dođe moj dragi, da me primi za ruku. Meni je trebala toplina, ljudska toplina. Ja ne znam, ono, zagrljaj, trebala mi je nekakva sigurnost i zato je sve išlo tako sporo. Osjećala sam se uopće kao nekakva mala preplašena mišica, mala.”

Osjećaj fizičke napuštenosti i ostavljenosti žene u trudovima direktno pridonosi osjećaju izolacije što dovodi do straha i uplašenosti. Zdravstveno osoblje zacijelo može biti tehnička potpora no ono što ženama treba tijekom dugih sati rađanja je emocionalna potpora. Kao što kazuje Nives, trebala joj je topla riječ, ljudska toplina da prebrodi bolne trudove. Nivesin primjer jedan je od mnogih koji, kako tvrde kritičari medikaliziranog porođaja, ukazuje na nepostojanje emocionalnog partnerstva između roditelja i medicinskog osoblja.

4.9. *Samo da se to završi!*

Postoje mnoge priče žena koje su željele roditi vaginalno, ali su im bebe bile “prevelike” pa su rodile carskim rezom. Stopa carskih rezova u Hrvatskoj kontinuirano raste. Tako je, na primjer, 2001. godine iznosila 11,9%, a dva desetljeća kasnije, 2021. godine, 27,6%. Trend porasta vidljiv je i drugim zemljama u susjedstvu, Sloveniji i Austriji, navodi se u Izvješću *Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2021. godine* Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. U tome se izvještaju navodi: “Problem porasta broja carskih rezova kao načina dovršetka poroda povezuje se s tumačenjem prava trudnica na slobodan izbor, odnosno utjecajem volje trudnice na odluku porodničara o načinu dovršenja poroda”²⁰ (2022: 17). U tom se izvještaju ističe kako stručna društva donose smjernice koje bi trebale pridonijeti smanjenju broja carskih rezova i kontroli opravdanosti njihova izvršenja. Kao dodatni razlog porasta učestalosti carskih rezova navodi se i strah od mogućih tužbi u slučajevima komplikacija u trudnoći ili porođaju. O tome specijalizant kaže:

“Ima više indikacija, nekada se spoje da, na primjer, nisu dobri bebini kucajevi srca i da se ne otvara pa se te indikacije spoje, a sve kako bi osigurali da žena i beba imaju dobar ishod. kod nas je nekako više ta defenzivna medicina, gdje mi radimo neke stvari za ženu i za dijete, ali i da sebe zaštitimo od mogućih tužbi, da to je ta neka defenzivna medicina, što je uzelo maha u neku ruku... Mi smo dosta oprezni, kad nismo sigurni idemo na carski. Većina, možda ne svaki, ali većina da. Neke stvari se razlikuju od kuće do kuće, mislim, kod nas je više carskih rezova nego u srednjoj i zapadnoj Europi... Moja kuća ima visoku stopu carskog reza, više nego drugi, hmd, puno je 35%, to je puno. Radi se samo na indikaciju, ne na zahtjev. Na zahtjev se ne može službeno raditi u Hrvatskoj.... Ima sad ta jedna indikacija tokofobija, to je strah od trudova. To su žene koje ili nisu rodile ili su rodile pa su imale vrlo traumatično iskustvo. Tu nam dijagnozu treba dati psihijatar. A sad o pravoj prirodi te dijagnoze, teško mi je govorit o postojanju tog je li stvarni strah, diskutabilno je to. Netko tko je stručniji u tome mora reći. Sad to je stvarno na granici carskog na zahtjev.”

U razgovoru s ovim porodničarom ideja defenzivne medicine koja je ustuknula pred “zahtjevima pacijentica” suočena s tržištem i pravnim okvirom porođaja opravdava neobično velik porast broja carskih rezova. Opcija carskog reza zapravo je lažna opcija. Izbor se ovdje nalazi u rukama liječnika i on je sredstvo umanjjenja boli i smanjenja rizika. No činjenica je da

²⁰ https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/07/Porodi_2021_12082022.pdf.

je nagli porast učestalosti carskih rezova i u kazivanju suptilno doveden u pitanje. “Hmd” – komentar je porodničara koji pokriva dvije neizgovorene misli. Jedna je da se carski rezovi sve češće prakticiraju kao estetski izbori roditelja, a druga je da se carski rez dovodi u vezu s izborom na umanjenje patnje roditelja. Iako ne artikulira ova dva opće popularna razloga, porodničar značajan porast broja carskih rezova komentira nelagodnim – “hmd”. U daljnjem narativu porodničar objašnjava da je ustupak majkama ionako nemoguć u Republici Hrvatskoj jer bi izlazio izvan pozitivno pravnog okvira po kojem taj izbor ne postoji. Naime, jedini razlog za carski rez je medicinski i pravo na njega ne pripada roditeljama, već je dio postavljanja dijagnoze i izbora optimalnog postupka rađanja o kojem odlučuje liječnik. Zaobilazeći imenovati i izgovoriti dva najčešća uzroka brzog rasta i neobično visokog broja carskih rezova, moj je sugovornik elegantno zaobišao možda najsnažniji motivator promjene u medicinskoj praksi porođaja. O njemu je vrlo precizno i neuvijeno progovorio jedan drugi kazivač, iskusni liječnik koji je naglasio komercijalizaciju medicine kao primarni uzrok porasta broja carskih rezova, a ne zdravstvene indikacije: “...komercijalizacija. To je sigurno! Nema veze s medicinom.” On je pritom mislio na financijsku dobit privatnih rodilišta i javnih zdravstvenih ustanova, kojima usluge plaća zdravstveno osiguranje, jer je kirurški zahvat, a to carski rez jest, skuplji od asistiranja pri fiziološkom porođaju.

Ostaje, dakle, vidjeti čija je odgovornost povećavanje broja završetaka porođaja carskim rezom. No diskurs o carskom rezu nije jedan, već je iznimno heterogen. Ovisno o nositeljima toga diskursa, objašnjenja za izbor carskog reza, učestalost i porast broja carskih rezova bitno se razlikuju Tako su u udruzi RODA dekonstruirali, kako smatraju, neke od često ponavljanih mitova²¹ očito se referirajući na Izvještaj Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo u kojem se porast broja carskih rezova dovodi u vezu s pravom odlučivanja roditelja ne dotičući se pritom aspekta komercijalizacije zdravstvenih usluga. Na njihovoj mrežnoj stranici čitateljice se upućuje na to da se u hrvatskim javnim bolnicama carski rez ne može učiniti na zahtjev. Mit je, kažu u udruzi RODA, da sve više žena traži carski rez iako za njega nema indikacija. Prema njihovom tumačenju to je moguće učiniti samo u jednom privatnom rodilištu u kojem je, prema dostupnim podacima iz 2012. godine, 76% porođaja bilo izvedeno carskim rezom, no budući da je riječ o razmjerno malom broju porođaja koji se tamo dogode, to stoga statistički nema značajniji utjecaj na ukupan broj porođaja. U Udruzi navode kako su proveli istraživanje 2015. godine u kojem su anketirali 4000 žena, a 3,4% žena je izjavilo da je rodilo carskim rezom na

²¹ <https://www.roda.hr/portal/porod/kako-radamo/zasto-je-stopa-carskih-rezova-u-stalnom-poratu-u-hrvatskoj.html>.

zahtjev tijekom prethodne dvije godine. Iz takvog postotka udruga RODA zaključuje kako argument da žene traže carski rez ne stoji. Drugi je mit da raste broj žena kojima je potreban carski rez. Na svojoj mrežnoj stranici udruga RODA navodi kako se ne može osporiti da su rodilje sve starije i zdravstveni problem sve složeniji te da raste broj žena koje zatrudne uz pomoć medicinski potpomognute oplodnje, ali isto tako navodi i da se nije bitno promijenila dobna struktura žena te je najveći broj onih koje rađaju između 25. i 32. godine života kao i stabilan broj od 2% medicinski potpomognutih oplodnji. Budući da je riječ o vrlo niskim postotcima, oni ne mogu značajno utjecati na porast broja carskih rezova. Treći mit koji navode je taj da raste broj tužbi protiv ginekologa pa se zbog toga porođaji češće dovršavaju carskim rezom. Vrlo mali broj slučajeva nesavjesnog liječenja na porođaju završava na sudu. Sudovi su u nas spori i tek se rijetki odluče na pravnu bitku. Ističu i kako je u Sjedinjenim Američkim Državama, gdje je sudstvo puno brže od našeg, strah od tužbi uzrokom tek malom broju carskih rezova. Zanimljivo je primijetiti kako se objašnjenje koje daju u udruzi RODA o razmjerno niskom postotku carskih rezova na zahtjev razlikuje od iskaza moga kazivača liječnika iz jedne zagrebačke bolnice u kojoj je udio izvedenih carskih rezova izuzetno visok pa se opravdano postavlja pitanje je li zaista riječ o medicinski indiciranim zahvatima ili se zahtjev lažno prikazuje kao medicinska indikacija.

Osim medicinskih indikacija u medikaliziranom porođaju, kao što je opisano u prethodnom dijelu poglavlja, niz je razloga zbog kojih se izvršavaju carski rezovi kao, na primjer: popratne pojave pojedinih medicinskih postupaka kojima se ubrzava porođaj, radna kultura i navike pojedinih porodničara, nemogućnost odabira vaginalnog porođaja nakon prethodnog carskog reza ili stava ploda na zadak, nedovoljna informiranost o rizicima carskog reza kao i nedovoljna kritičnost žena prema sustavu maternalne skrbi.

Iskustvo majke koja je drugi porođaj obavila kod kuće pokazuje kako je se pokušavalo višekratno privoljeti na carski rez:

“Drugo sam dijete željela roditi doma... Tad se već otvorilo privatno rodilište. Na preglede sam tamo išla, jer sam si to čuvala kao *backup* ako nešto pođe po zlu. Da možemo doći i u toku poroda tam. Tam su mi govorili da: evo beba se nije spustila, ajmo početi razgovarat o carskom rezu. Ja sam prošla termin sedam dana, ili devet dana, uglavnom skoro svaki dan sam išla na preglede i oni su me uvjerali da neće taj porod ići prirodno, da najbolje da ozbiljno razgovaram o carskom rezu. Ja sam pitala jel su svi indikatori dobri, jel sve u redu. Je. I tak jedan dan baš sam bila kod njih na pregledu,

ništ, oni nisu rekli da porod počinje. Ništa, a ja sam dobila trudove, popodne, navečer i rodila sam tu noć.”

Neke su žene rodile carskim rezom i bez vlastitog pristanka. Ako se porođaj ne odvija u predviđenim vremenskim okvirima, medicinski autoriteti ističu da je riječ o tjelesnim čimbenicima poput, na primjer, presporog otvaranja ušća maternice ili pak veličine djeteta. Psihosocijalni (strah, tjeskoba, podrška) ili pak okolišni čimbenici (prostor rađaonice, svjetlo, zvukovi) ne uzimaju se u obzir kao oni koji utječu na tijek porođaja, kako na to ukazuje liječnik Michel Odent (2000). Rodilje često ističu kako se s njima postupalo kao da su iracionalne i nesposobne za samostalno donošenje odluka. Kada bi izrazile svoje stajalište, pokušalo ih se osporiti ili kritizirati, kako kazuje Dunja:

“Mi smo se morali zaustavit, ja sam dušu isplakala, ono, na izlazu dva sata, jer me bilo strah... Čim sam došla na vratima: ‘Vama je jasno da vi danas ne idete doma?’ Ja, ono, okej: ‘Dobar dan i vama’! Ono, šta, kako? ‘Ne, ne, ne, ne, ne dolazi u obzir. Vi ne idete doma, di ste vi do sada? Šta je vama? Vi niste normalni, dijete vam već mora imati tri tjedna, a ne da ste vi još trudni!’ Uglavnom, cijela peripetija od priče, nasilno su me hospitalizirali, jer mi nije htjela vratit dokumentaciju dok nisam potpisala da ću ostati pa sam rekla okej, ostati ću jedan dan. I uglavnom, u jednom trenutku u toj cijeloj priči ona je izašla van na hodnik i onako naprasno je otvorila vrata i rekla ‘ko je sa ovom ženom?’, i onda dođe moj muž i krenula je ona na njega ‘ona će vam iskrvariti prije nego dođete do željezničke stanice’. Željeznička stanica je od rodilišta u Rijeci 200 metara. ‘Ona će vam umrijet na rukama šta je vama?’ A ja sam to jutro sa susjedom bila u Poreču i da li smo bili taj dan u Trstu ili dan prije... Uglavnom, ona je kupovala zavjese, nešto za kuću pa nas je zamolila da idemo s njom. Znači, ja sam u ta dva dana napravila 500 km, ništa mi nije bilo i sad odjednom sam došla u Rijeku i odjednom ću umrijeti. Mislim, kilavo i uglavnom jako, jako ružno iskustvo je to sve skupa bilo. Ostala sam u bolnici. Muž mi je bio, ono, prestravljen. On je rekao ‘Pa o čemu ti pričaš? Moraš ju poslušati, urazumi se!’ Amo, namo, i na kraju sam rekla: ‘Gle ja se mogu borit protiv sustava, ili protiv muža, ali ne mogu protiv jednog i drugog.’ Ono, previše ih je kontra mene i tako se dječak rodio carskim rezom u Rijeci. Što je isto bilo, ono, zanimljivo: bila sam u programu za petak ujutro, međutim krenuli su trudovi u četvrtak navečer. I rekoh super pa samo smo to čekali, ajde sad će me valjda pustit i stavili su me na neki krevet. I vukli, ono, kroz bolnicu, ja sam mislila da me vuku prema rađaonici. Nitko mi ništa nije govorio. I u jednom trenutku kao idemo se spremit na

carski rez. ‘Pa čekaj kakav o čem vi pričate?’ I kaže liječnik: ‘Ne, ne to je za carski, vi ste ionako trebali sutra ujutro ići na operaciju.’ Pa sam ja rekla dobro, al čekali smo trudove, sad su krenuli trudovi pa sad me pustite na miru. I onda mi je počeo pričat: ‘Jeste vi vidjeli kakva je glava vašega muža, pa zamislite vi kakvu glavu ima ovo dijete. Ajmo napraviti još jedan ultrazvuk, pa ovo dijete ima 5 kila, šta je vama?’ Rekoh dobro okej, znate šta, ja sam preumorna plaćem već dva dana, izvadite ga van riješimo ovo. I onda se dječak rodio tako savršeno prosječan da je to bilo za poludit. Znači, savršeno prosječno veličine glave, savršeno prosječne težine, ono, ništa nije odskakalo ni u jednom smjeru. Doktor je došao poslije operacije, nikad to neću zaboraviti – imao je, ono, tri lanca, ona zlatna, ona hrvatska lanca, oko vrata i, onako, dlake su mu iz one bijele kute virile. ‘A ste sad sretni gospođo, imate sina.’ I ja sam rekla: ‘Da sina, ono od 5 kila? Do prije pola sata ste mi tvrdili da ima 5 kila, on je izašao sa 3.5 kile. Za muško dijete sasvim savršeno prosječan, sa prosječnom glavom i kako to da prije pola sata kad ste me morali nagovarati odjednom je to bilo problematično?’ On je rekao: ‘A znate, ultrazvuk nikad nije 100% točan, nikad nije.’ To mi je bilo zanimljivo.”

Većina je mojih kazivačica tijekom rađanja odustala od prvotno zamišljenih ideja o porođaju ili planova porođaja koje su imale. Zbog pritisaka kojima su bile izložene, manipulacija kojima su se uvećavali strah i neizvjesnost, nepotpunog informiranja, ignoriranja ili ismijavanja, osjećale su da gube kontrolu i prepuštale odluke o porođaju profesionalcima. U tim se trenucima to činilo kao izlaz iz situacije u kojoj se žena više nije osjećala kompetentno, “nije se mogla boriti protiv dvoje”, kako to sjajno sumira prethodna kazivačica. Osjećaj borbe, sukobljavanja dviju nasuprotnih strana centralni je motiv priče o poziciji roditelja u medicinskom sustavu. Osjećaj nemoći često je bio praćen osjećajem straha koji se dodatno povećavao time što su roditeljama predočavani najcrnji scenariji u slučaju odbijanja predloženog carskog reza, a to je gubitak djeteta. Rijetke su se, poput Sanje, mogle oduprijeti i ustrajati na svojim zahtjevima. Zaoštravajući stavove oko pitanja statusa roditelja u zdravstvenim institucijama, Susan Bordo (2004) ističe još jedan aspekt problema koji je u prethodnim kazivanjima tek naznačen. Naime, Bordo primjećuje kako se u institucionalnoj praksi rađanja žene tretira kao fetalne inkubatore te je subjektivnost žena ugrožena u korist prava fetusa. Taj zahtjev za “uozbiljavanjem” u kojem se majke podsjećaju na to da zanemaruju zdravstveni interes svoga djeteta odbijanjem očekivanih medicinskih zahvata podstiče da se osjećaju krive, da ne brinu dovoljno za interese djeteta, odnosno da nedovoljno misle na njega, dovode ga u opasnost svojim ponašanjem. Sve su to česti oblici pritisaka na roditelja, kako nam govore iskazi žena

koje su svoj porođaj planirale kao prirodan. Njihov susret s bolnicom i medicinskim zahvatima koji je prekinuo put k prirodnom porođaju ili pak kao dio obvezne skrbi za roditelje koji se nije mogao izbjeći tijekom i pred kraj trudnoće, nosi u sebi snažne emocije protivljenja praksama nametanja carskoga reza.

Osnovu subjektiviteta u institucionalnom kontekstu čini informirani pristanak, a žene često imaju ograničenu kontrolu nad načinom na koji se njihov subjektivitet ostvaruje. Iako bi u teoriji same žene, kao subjekti, trebale određivati koje rizike vrijedi preuzeti, u praksi se često događa da su u poziciji objekta o kojem odluke donose autoriteti, a mogućnosti pružanja otpora unutar medikaliziranog institucionalnog sustava vrlo su sužene, ponekad čak i nemoguće. Borka o svome iskustvu kaže:

“Imala sam trudove koji su počeli navečer oko deset, pred jutro sam već poprilično krvarila. Nije to baš onako malo nego nešto obilnije od malog krvarenja. Trudovi su bili dosta česti. Ja bi rekla svakih dvije minute, tri. Jer sam se petog kata kad smo se spuštali dolje, dva puta stala po stepenicama, jer nisam mogla od trudova dalje. I negdje ujutro oko pola šest smo otišli za rodilište i oni kad su vidjeli da krvarim su se uspaničili i ta se panika prelila na mene. I svi smo počeli paničariti, a ja sam zapravo bila skroz dobro dok nisam došla u bolnicu. U glavi. Međutim, vjerojatno su se prepali da je došlo do abrupcije posteljice pa su me zato poslali na hitni carski rez. Kad sam došla oni su imali priličnu gužvu, trudovi su bili prilično učestali i još jedan mladi doktor je bio, ne znam mu ni ime, bio je meni vrlo odbojan i nesimpatičan. Ja nisam mogla zamisliti da on gurne ruku u moju vaginu, da me on pregledava. Do njega je bila jedna predivna mlada primalja i ja sam htjela da me ona pregleda i ja sam molila nju u nekom trenutku kad je on izašao van da me ona pregleda. Ona je sjedila na stolici, gledala u mene i rekla: ‘Ja bi, ali ne smijem.’ Skužila sam da je on gazda. Il će biti kako on kaže il nikako. Ja se nisam dala pregledat, nisam htjela da me on gleda... I kako sam ja krvarila, tako su oni odlučili da je to ipak za hitni carski da se ne zezamo, a u tom trenutku je zavladao panika. Ja nisam tražila nikakvu informaciju uopće, meni je bilo svejedno, samo da se to završi.”

Kada govorimo o medicinski vođenom porođaju, ne možemo izbjeći raspravu o elektivnom carskom rezu. U ovoj je raspravi za neke sporno pravo na izbor carskog reza same žene, jednako kao što je sporan njezin izbor porođaja kod kuće, dok prisilu liječnika na dovršavanje porođaja carskim rezom ne vide kao spornu budući da iza takve odluke stoji medicinski autoritet. Zagovornici prava na izbor kirurškog porođaja ističu da je riječ o istoj vrsti izbora

kao pri odabiru pojedine terapije. Nadalje, ističe se da je na današnjem stupnju razvoja medicine carski rez siguran i podrazumijeva minimalan rizik. Prednosti planiranog carskog reza uključuju manje boli u perineumu u prva tri mjeseca te smanjen rizik od urinarne inkontinencije tijekom prve dvije godine nakon porođaja (Dumont et al. 2022).

S druge pak strane, protivnici elektivnog carskog reza ukazuju na to da je analogija između porođaja i bolesti pogrešna jer porođaj nije bolest. “Dopustiti ženama da izaberu porod carskim rezom iz nemedicinskih razloga je analogno dopuštanju zdravoj osobi da ‘odabere’ transplantaciju bubrega ili da da antibiotike osobi s virusnom infekcijom” (Beckett 2005: 262). Nedostaci carskog rez uključuju duži boravak u bolnici, veće poteškoće u ponovnom uspostavljanju normalnog života nakon operacije, jače bolove u trbuhu tijekom prva tri mjeseca nakon porođaja (uključujući upornu bol u ranama tijekom 12 ili više mjeseci), smanjene šanse za početak dojenja nakon porođaja, povećan rizik histerektomije zbog postporođajnog krvarenja, komplikacije tijekom buduće trudnoće te potencijalne kardiorespiratorne komplikacije kod novorođenčeta i respiratorne poremećaje nakon rođenja kada je porođaj raniji od 39-40 tjedana trudnoće (Dumont et al. 2022).

U raspravama o medikalizaciji neporeciva je dobrobit koju ona donosi za pojedinca i za društvo u cjelini, no jednako se tako ne mogu osporiti ni njezini negativni učinci. Juričić i Malenica suprotstavljaju se tezi o neutralnosti medikalizacije bez obzira na dobrobiti koje ona podrazumijeva budući da se u suvremenom društvu medicina obilato koristi tehnologijom, a tehnologija, kažu one slijedeći Heideggera, nije neutralna. U medicini je tehnologija vezana uz konceptualizaciju toga što je patološko i načina na koji ga se tretira, koje se postupke koristi u liječenju te načina na koje saznajemo o bolestima (Hofmann prema Juričić i Malenica 2010: 31).

4.10. Rađanje kao rizik, rodilište kao *sigurno mjesto*

S druge strane, bolničko se rodilište doživljava kao sigurno mjesto u kojem se mogu spriječiti rizici. Suvremeno društvo je društvo rizika, smatra Ulrich Beck (1992), a definirano je sve većim i sve prisutnijim rizicima. Koncept rizika sve je više u posljednjih četrdeset godina počeo definirati iskustva žena u trudnoći i porođaju (Helén 2004). Dok je porođaj postajao sigurniji za žene u razvijenim zemljama, diskursi o riziku su se paradoksalno intenzivirali (Lankshear et al. 2005). Porođaj se definira kao medicinski događaj, a opstetricija predviđa i umanjuje

rizike. K tomu, studije su pokazale da mnoge žene prihvaćaju biomedicinske oblike porođaja (Davis-Floyd 1992; Fox i Worts 1999). Postoji i svijest o relativnosti rizika i prihvaćanja rađanja u kućnom okruženju kao dobrog izbora s obzirom na podršku koju majka dobiva tijekom porođaja. Kazivačica koju ću nazvati Julia potvrđuje riječi Brigitte Jordan (1993) da legitimacija autoritarnog načina vođenja porođaja od strane opstetričara obezvrjeđuje ili odbacuje sve druge načine spoznavanja:

“Ja mislim da je u današnje suvremeno doba možda bolnica bolje mjesto. Bez obzira što su vjekovima žene rađale doma i to je bilo skroz potpuno uredu. Međutim, čini mi se da je u današnje doba svaka druga trudnoća rizična... I to je, to je proces u kojem je žena... ne kaže se zabadava drugo stanje. Radi se o jednom sasvim drugom stanju, i u slučaju da se nešto zakomplicira čini mi se da je bolnica bolje mjesto. U slučaju komplikacija, što zapravo nikad ne znaš... A opet roditi doma u svom nekakvom okruženju, sa ljudima oko sebe koji te mogu, ovaj, podržati, olakšati ti i to ne bi zanemarila. Dapače, čini mi se da bi i to, ovaj, bila dobra opcija. Ali naš zdravstveni sustav to ne podrazumijeva. Proces rađanja je prebačen u bolnice i on kao takav je, stoji tamo. Što znači da se više, da, da zapravo sistem ne podržava babice koje bi došle doma i porađale djecu doma. Dapače, čak ja imam osjećaj da je u našem nekakvom mentalnom sklopu varijanta kad neko rodi doma: ‘u pa to nekaj ne valja, to je ili je primitivan ili je zaostao ili je, ono, neka leva varijanta nekog osebenjaka’. Zato što je to društvo tako nametnulo.”

U interakciji između zdravstvenog osoblja i roditelje povjerenje koje žena ima spram liječnika i primalje izuzetno je važno i pridonosi pozitivnom iskustvu što potvrđuje Julijin primjer:

“Meni je to bilo skroz u redu, upravo zbog toga što se meni tako činilo, ja sam imala totalno nekakvo povjerenje, okej, oko mene je žena koja to sve zna, kojoj je to posao i ako ona tako kaže da treba biti, meni je to bilo u redu.”

Postoje primjeri bolnica kao sigurnih mjesta u kojima se ne forsira isključivo biomedicinski, tehnokratski pristup i ne ograničava vrijeme dovršetka porođaja, već se roditelji ostavlja na izbor način rađanja i vrijeme koje se ne skraćuje. Ipak, kao što opisuje kazivačica Vesna, i uz humanizirani pristup ne odustaje se u potpunosti od pokušaja da se u tijek porođaja uključe i neki medicinski zahvati. Za razliku od percepcije koju dijele mnoge žene o našim rodilištima kao otuđenim hladnim mjestima u kojima im nedostaje ljubaznosti, topline i podrške, u austrijskom je rodilištu kazivačica bila vrlo zadovoljna komunikacijom i pristupom prema njoj i suprugu u njezinoj pratnji. No čak kada se u bolničkom okruženju nastoji osigurati „prirodan“

porođaj i dobra komunikacija, nadzor nad time što će biti „prirodno“ imaju liječnici i primalje upozoravaju Sarah Jane Brubaker i Heather Dillaway (2009). Iako je naglasila da želi porođaj bez intervencija koji se odvija svojim tijekom, ni taj njezin izbor nije u potpunosti oslobođen od primaljina pokušaja nagovaranja na ubrzavanje porođaja prokidanjem vodenjaka. Ovaj primjer potvrđuje tezu Margaret MacDonald da se u suvremenom primaljstvu koriste neke metode medikaliziranoga porođaja te da u 21. stoljeću primaljstvo ne može biti u potpunosti odvojeno od nekih kliničkih praksi i tehnoloških upliva na porođaj. Pogotovo ima li se u vidu da se one mogu “pripitomiti”, pa čak i naturalizirati kada ih primalje i roditelje dožive kao pomoć (MacDonald 2011: 395):

“To je obična jedna bolnica u jednom malom mjestu u Austriji. Ali tamo su liječnici proučavali prirodne porodne prakse u Africi i odlučili su unutar svoje bolnice, onima koji to žele, omogućit što prirodniji porođaj. Naravno, to je sve u bolničkom okruženju, ali moguće je roditi u kadi ili roditi na suhom. Moguće je roditi na nekakvom porođajnom stolcu, roditi na strunjači i, dakle, porođaj uopće ne zahtijeva prisutnost liječnika, ako nema potrebe za time. Ovoga, dakle, ono što je važno da bi porod bio što prirodniji da ga vodi jedna primalja. Dakle, žena koja ima nekakvo razumijevanje prema ženi, a ne da se porod medikalizira, ako nije potrebno. Naravno, tamo je bolnica koja ima i carski rez i sve ima, ali kom to ne treba to mu se ne nudi. I ovoga, mi smo par puta otišli u Feldbach, razgovarali smo tamo, išli na preglede i odlučili smo se ić tamo na porod i jako dobro je prošao. Rodila sam na podu klečeći, prvo sam probala malo u kadi, ta kada me žuljala i nisam se tolko super osjećala i izašla sam iz kade i imala sam jednu primalju koja je bila jako, jako draga. I ovoga, ona bi me pitala: ‘Jesi li dobro? Jel te boli?’ I ja sam rekla: ‘Pa zasad još ne, pa vidjet ćemo do kraja’, i ona je rekla: ‘Al ti si već i otvorena skoro skroz.’ To je to, ne? Nisam ni bila svjesna da sam zapravo toliko duboko u porodu. Dakle, dali su mi da se krećem i bio je moj suprug sa mnom. On je znao otprilike što ja hoću, odnosno puno smo o tome razgovarali. U nekom trenutku su oni bili ponudili prokidanje vodenjaka i ja nisam baš bila sigurna, i on mi reko: ‘Ti to inače ne želiš’, ja sam rekla: ‘Pa da.’ Malo me bilo sram reći želim. I reko im je da malo pričekaju sa prokidanjem vodenjaka i, ovoga, u idućem trudu je puko vodenjak i dječak se rodio. Mislim, nisam ga ja dočekala, ali ja sam klečala držala sam se za nekakve švedske ljestve koje su imali na zidu. I kak se on rodio, tako su ga odmah meni dali. Ja sam bila malo zbunjena nisam znala jel dobro, nije dobro, oni su odma rekli da je sve super. I onda su morali dosta brzo prerezat pupkovinu, jer sam htjela da izvade matične

stanice, to mi se tad činilo važno. Oni su htjeli da rodim posteljicu, a ja sam rekla možda da on ipak jede, da je to prirodan način da se opet pojavi kontrakcija. I onda su mi opet dali na dojku i ja sam ga tak hranila. I onda sam rodila posteljicu. Dakle, bilo je apsolutno kak sam ja htjela, samo su oni mene malo ipak nešto bili pitali i tak. Ali u principu je jako dobro prošlo.”

U ovome se poglavlju razmatrala medikalizacija niskorizičnog fiziološkog porođaja kao prevladavajuća praksa u rodilištima. Medikalizacija je proces u kojem se nemedicinska stanja tretiraju kao bolesti, definiraju se medicinskim rječnikom i postupa se prema njima medicinskom intervencijom. S razvojem medicine i tehnologije početkom 20. stoljeća na medikalizaciju se gledalo kao na proces koji donosi boljitak. Sredinom 20. stoljeća javljaju se prve kritike u kojima se propituju nadležnosti i korištenje medicine u svrhu društvene kontrole. Medikalizacija porođaja ogleda se u prekomjernoj i ne uvijek nužnoj upotrebi tehnologije, odsustvu suradničkog odnosa između opstetričara i roditelje, rutinskom korištenju postupaka koji nisu uvijek nužni poput ubrzavanja trudova sintetičkim hormonom oksitocinom ili pak rezanjem međice. U rodilišnoj je praksi centralna figura i apsolutni autoritet posjednik znanja liječnik opstetričar, primalja je tek pomoćnica, a roditelja najčešće treba samo slijediti upute koje joj daje zdravstveno osoblje. Gubitak autonomije roditelje, neuvažavanje njezinih želja, uspostava kontrole osoblja, hladan odnos i izostanak emocionalne potpore tijekom rađanja proizvode strah, osjećaj bespomoćnosti i poniženja i na mnoge žene ostavljaju trajno neugodne posljedice. S obzirom na to da je u Hrvatskoj, kao i u drugim zapadnim zemljama, broj završetka porođaja carskim rezom u porastu, u poglavlju su razmatrani argumenti u korist i protiv elektivnog carskog reza kao prava na izbor te medikalizacije porođaja. Istovremeno s medikalizacijom odvija se obrnuti proces demedikalizacije, navodi Laura Carpenter, kada se problemi definirani kao medicinski naknadno sagledavaju kao normalan dio života. Tako se, na primjer, krajem 19. stoljeća na masturbaciju gledalo kao na bolest koju treba liječiti dok se ona danas smatra sastavnim dijelom normalnoga seksualnog sazrijevanja (2010: 613). Fokus se pomjera s bolesti na zdravlje, a, kad je o porođaju riječ, s autoriteta liječnika na pravo roditelje na izbor načina rađanja kod zdravih fizioloških porođaja kao i na ekspertizu primalje, koja je u odnosu na liječnika unutar zdravstvenog sustava u submisivnom položaju. Demedikalizaciji pridonosi građanski aktivizam i narasla svijest o pravima pacijenata, humanizaciji porođaja i pravima žena, o čemu će biti riječ nešto kasnije.

5. Feministička kritika porođaja

Feministička kritika porođaja koja se razbukovala tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća usredotočena je na odnos prema tijelu, konceptualizaciju i iskustvo bolesti te odnose moći i kontrole u odnosu liječnika i pacijenta, kao i na odnose unutar zdravstvenog sustava (Oakley 1984; Firestone 1970). Posebno je usmjerena na rodne odnose moći i ukidanje rodni stereotipa o ženama kao nepouzdanim i nekompetentnim pacijentima. U kontekstu porođaja, feministička kritika razmatra dualizam medicinskog, tehnokratskog s jedne strane i prirodnog porođaja s druge. Bavi se temama poput odnosa spram boli, mjesta rađanja, kao i odnosa između opstetričara i primalja te podržavateljica roditelja (Lupton 1998; Kitzinger 1978). Feministička kritika porođaja kao medikaliziranog čina polazi od stava da se medicinski sustav ne brine o individualnim potrebama žena, već je orijentiran primarno na uklanjanje potencijalnih rizika i što manji broj neočekivanih incidenata na porođaju. Opstetričari fiziološki porođaj, smještajući ga u bolnicu, tretiraju kao bolest. Kako bi izbjegle rizike, žene samo trebaju slijediti upute liječnika i pridržavati ih se. Iz toga proizlazi da u procesu medikalizacije ne ostaje mjesta za izražavanje osobnih želja i potreba. U svojoj kritici medikalizacije feministkinje se zalažu za izbor i raznolikost u obrascima skrbi za roditelje. Posebno su podvrgle kritici porast broja intervencija u trudnoći i porođaju (Oakley 2005: 119). Dijeleći zajedničko stajalište o uvažavanju ženskih potreba i afirmiranju žena kao subjekata u procesu rađanja, feministička kritika donosi i različite perspektive o tome kako osigurati autonomiju žena u donošenju odluka vezanih uz porođaj (usp. Taylor 2003).

5.1. Oslobođanje od boli – porođaj u prvom feminističkom valu

Oslobođanje od porođajne boli dio je aktivističkih zahtjeva feministkinja prvog vala (Frost et al. 2006). Krajem 19. stoljeća i u prvim dekadama 20. stoljeća za feministkinje prvog vala mogućnost rađanja u higijenskim uvjetima bolničkih rodilišta, intervencije liječnika u rizičnim situacijama, kao i mogućnost ublažavanja boli na porođaju bile su postignuća koja su ženama osiguravala preživljavanje jer je u tome razdoblju smrtnost roditelja bila izuzetno visoka.

Razvoj medicinske tehnologije i mogućnost korištenja sredstava protiv boli porođaj su činili manje traumatičnim događajem u životu žene. Catherine K. Reissman (1983: 53) ukazuje na to da je klasna pripadnost važan element u analizi porođaja. Analizirajući američki kontekst s početka 20. stoljeća, a slični su se procesi događali i u zemljama Europe, ističe kako su sredstva protiv boli tražile i koristile žene viših klasa. Barbara Ehrenreich i Deirdre English (1986) tako

pišu o konstrukciji kulture bolesnih žena viših klasa 19. i ranog 20. stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama. Feministkinje prvoga vala ispisuju shvaćanje tijela, ženstvenosti, boli i u konačnici porođaja kroz klasnu optiku i govore o dvije suštinski sup(r)ostavljene grupe žena. Njihove analize kritički promišljaju više klase. Dokone buržujke, u njihovu shvaćanju, nisu bile tjelesno aktivne kako bi odgovarale poželjnoj slici žene. Dijelom su ta tjelesna pasivnost i krhkost bile uvjetovane odijevanjem u korzete i dugačke sukne koji su sprječavali bilo kakvu ozbiljniju tjelesnu aktivnost. Ovisnost žene o muškarcu uvećavala je njegov status, dokaz pripadnosti klasi koju nije mogao osigurati samo novac. Demografska se slika društvenih klasa razlikuje; žene nižih društvenih slojeva rađale su tijekom cijelog fertilnog razdoblja za razliku od žena viših klasa, koje su imale manji broj porođaja. Neke žene viših klasa nisu pristale biti pasivne žrtve “medicinskog terora”, kako kažu Ehrenreich i English, i odbijale su status prisilnih bolesnica i upravo su bolest koristile kao sredstvo za kontrolu rađanja. “Za ‘dobro odgojenu ženu’ za koju je seks bio odvratn, ali ipak ‘dužnost’ ili za bilo koju ženu koja je htjela izbjeći trudnoću ‘osjećati se bolesnom’ bio je stvarni izlaz – a bilo je i još nekih” (1986: 36). No i u višim je klasama bilo žena koje su se “bunile protiv života prisilne dokolice, ograničenja smislenog rada – i upravo su te žene one koje se pamte iz povijesnih knjiga. Mnoge su postale aktivistkinje za ženska prava ili socijalne reformatorke” (1986: 26). U svojim zahtjevima za ukidanjem opresije nad ženama tražile su i bezbolan porođaj, pa tako zahtjev za anestezijom na porođaju postaje dio šireg emancipatorskog pokreta. Ipak, time se više koriste pripadnice viših klasa nego siromašnije žene. S druge pak strane, ženama radničke klase i siromašnijim ženama, koje su za razliku od žena pripadnica viših klasa rađale tijekom cijelog fertilnog razdoblja i imale značajno veći broj porođaja, već sam čin rađanja u bolničkim higijenskim uvjetima uz nadzor primalja i liječnika bio je značajno postignuće koje je doprinosilo smanjenju stope smrtnosti na porođaju. U to je doba vladala predrasuda da su žene nižih klasa otpornije na bol i bliže, kako se tada vjerovalo, *primitivnim* narodima, koji su po definiciji izdržljiviji jer su bliži prirodi. Zašto baš žene viših klasa traže oslobađanje od porođajne boli objašnjava se time da žene viših klasa rađaju rjeđe i da su s razvojem civilizacije žene viših klasa postale osjetljivije na porođajnu bol (Miller u Reissman 1983: 53). Da bi se oslobodile boli i osigurale pozitivan ishod kod mogućih komplikacija obraćaju se liječnicima koji imaju specifična kirurška i farmakološka znanja. Paradoks se sastoji u tome da su žene u želji da se oslobode boli i da nadziru proces rađanja ostale bez mogućnosti nadzora jer je kontrola porođaja prešla u ruke liječnika. Jednako tako, medikalizacijom porođaja i primalje gube svoje pozicije jer opstetričari, koji definiraju porođaj kao potencijalno patološki i rizičan

čin, ostaju jedini kvalificirani za takvo *znanstveno* vođenje porođaja s pozitivnim ishodom (Lupton 1998).

Tijekom prve polovine 20. stoljeća fiziološki uredan porođaj sve se češće zbiva u bolničkim rodilištima, a nakon Drugog svjetskog rata rađanje u rodilištima postaje gotovo norma ne samo na sjevernoameričkom kontinentu nego i u drugim zapadnim zemljama, pa tako i u nas (Lupton 1998; Dugački i Regan 2019). Gubitak autonomije žena i nadzor liječnika, kao i medikalizacija porođaja postaju predmetom žestokih kritika feministkinja drugoga vala, naročito tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća.

Deborah Lupton (1998) ističe da je uvjerenje da su žene bliže prirodi rezultiralo time da se ženski, primaljski rad nije shvaćao kao stručan rad koji zahtijeva intelektualne napore poput rada opstetričara. Žene je, kao i prirodu, potrebno nadzirati, ukrotiti i kontrolirati, a njihovo znanje, kao uostalom ni sama priroda, nije racionalno. Ideologija medicinske kontrole nad porođajem nije imala nikakve veze s činjenicama o sigurnosti pri porođaju. Viši status medicinske opstetričke skrbi rezultat je prije svega društvenih i političkih kretanja. Isto tako je viši status liječnika u odnosu na primalje priskrbljen upravo tim promjenama, prije bilo kakvog stvarnog dokazanog napretka vezanog uz sigurnost rađanja (Willis 1989; Mason 1988). Slično se dogodilo i s isticanjem profesionalnosti opstetričara u odnosu na primalje, kojima se usprkos učinkovitosti ne priznaju stručnost i profesionalnost kao liječnicima. Čak i tamo gdje su prikupljeni dokazi o uspješnosti primalja, nije se nužno postupalo u skladu s njima, već se primalje marginalizira. Ann Clare T. Taylor navodi kanadski primjer izvješća o ishodima porođaja u udaljenih domicilnih naroda iz 1920-ih godina. Ono je pokazalo da su porođaji koje su obavljale neškolorane primalje s iskustvenim znanjem imali bolje ishode od onih u tadašnjim gradskim bolnicama u kojima rade opstetričari. To je bilo do te mjere u suprotnosti sa suvremenom medicinskom ideologijom da je medicinska struka zahtijevala zataškavanje rezultata (2003: 24).

Feministkinje ističu da mehanicistička znanost dovodi “do potpune eksploatacije i porobljavanja prirode, koja se tretira kao objekt kojim se može manipulirati i eksploatirati s ciljem zadovoljenja ljudskih potreba i svrha” (Geiger 2002: 111). Mehanicistička znanost na isti način promatra i fiziološki uredan porođaj tijekom kojeg se intervenira primjerice prokidanjem vodenjaka ili kemijskim stimuliranjem trudova u svrhu aktivnog vođenja porođaja kako bi ga se kontroliralo ubrzavanjem procesa koji bi bez intervencija, *prirodno* trajali duže.

5.2. Pravo na izbor – porođaj u drugom feminističkom valu

Liberalne feministkinje drugog vala ističu jednakost prava i uspostavljanje jednakih mogućnosti za žene i muškarce u javnoj i u privatnoj sferi. Smatraju da se u okviru postojećega građanskog društva ravnopravnost može postići izmjenama zakonodavstva, što je zadaća države, i jačanjem individualne svijesti. Liberalni feminizam dijeli prosvjetiteljsku pretpostavku o tome da društvo postaje sve racionalnije i da je pravo na autonoman izbor važan atribut odraslih članova društva (Tong 1998). Iz prosvjetiteljske perspektive na povijest razvoja medicine gleda se kao na kontinuirani napredak i eliminaciju neznanja. Iz toga proizlazi da su se prakse rađanja poboljšale jer je znanstvena medicina uklonila praznovjerje i nekompetentnost, što se pripisuje iskustvenom znanju primalja laikinja. U prvoj polovini 20. stoljeća započinje novi organizacijski princip porođaja koji određuje prisutnost modernizacijskih načela – kontrole, usmjeravanja, upravljanja koje je izvanjsko ženskom intimnom iskustvu, u kojem zdravlje majke i djeteta postaje predmet interesa države, a državna intervencija povećava dostupnost i unekoliko obvezatnost stručne medicinske skrbi ženama. Medicina se uspješno povezala sa znanostu iz čega proizlazi dominantna modernizacijska povezanost koja će kroz dugački period porođajni diskurs i prakse usmjeravati u korist znanstveno vođenog porođaja. Međutim, kritika medikaliziranog porođaja ukazuje na to da medicina ne podržava vlastite standarde znanstvenih dokaza i evaluacija. To se odnosi prije svega na kontinuiranost procedura za koje nema znanstvenih dokaza da njihovo korištenje pridonosi boljim ishodima. Marsden Wagner (1986) navodi kako se rutinski postupci vezani uz porođaj ne podvrgavaju ozbiljnoj znanstvenoj provjeri u više od 10% postupaka. Opisujući stanje u Europi, ukazuje na to kako se smanjenje stope perinatalne smrtnosti obrazlaže različitim čimbenicima iz domene medicinskog postupanja, ali se uopće ne razmatraju drugi čimbenici koji bi mogli utjecati na pad perinatalne smrtnosti kao, na primjer, viši životni standard i bolja ishrana:

“Neka od mogućih ostalih objašnjenja koja se obično ne kontrolira uključuju: opći porast standarda prehrane i građe žena; sve više žena rađa u sigurnijoj životnoj dobi (to jest, manje je vrlo mladih ili vrlo starih roditelja); sveopće poboljšanje životnog standarda, osobito među najugroženijima; smanjenje broja majki veoma brojnih obitelji; raširenije korištenje kontracepcije i pobačaja, što omogućava da što više žena nose samo onu djecu koju doista žele. Nadalje, perinatalna smrtnost je opadala mnogo prije uvođenja ovih medicinskih intervencija i čini se da su se nove intervencije pridružile trendu opadanja, prije nego što su ga same stvorile.” (ibid.: 59)

Za liberalne je feministkinje ključno pravo na individualni izbor mjesta i načina rađanja. Taj bi izbor trebao biti rezultat rođiljine racionalne prosudbe, informiranosti i dogovora s liječnikom, odnosno primaljom. Sve dok žena raspolaže dokazima za donošenje odluke o preferiranom načinu rađanja nema razloga zašto ga ne bi i ostvarila, bio to, na primjer, medikalizirani porođaj uz anesteziju ili bez nje, carski rez, uz porođničara ili primalju, u bolnici ili kod kuće. U liberalnoj je perspektivi metoda porođaja prije svega individualna odluka, rezultat racionalnog i autonomnog prosuđivanja žene, a ne njezinih emocija i neracionalnih odluka, što su odlike koje se stereotipno pripisuju ženama.

Margaret Nelson (1983), zaoštravajući klasnu kritiku i govoreći iz perspektive radničkih studija, tvrdi da su moderne ideje prirodnog porođaja fenomen srednje klase i da ih ne dijele trudne žene iz radničke klase. S druge strane, Emily Martin došla je do suprotnog zaključka. Vjerojatnije je da će žene iz srednje klase usvojiti medicinski rječnik i referentni okvir, dok će se crne žene i žene niže klase oduprijeti medikalizaciji (Martin 1987: 190). Ellen Lazarus (1994) nastavila je razvijati klasnu optiku u promišljanju izbora, informiranosti, metoda porođaja i ustvrdila je da postoji klasna dimenzija ženskih želja. Žene srednje klase očekuju da liječnik bude njihov zagovornik u sustavu kako bi im dao osjećaj kontrole. Siromašne žene ne očekuju nikakvu kontrolu, već su više zabrinute za kontinuitet u osiguranju skrbi.

Pored interesa za intimnu domenu porođaja i rođilju kao protagonisticu u zdravstvenom kontekstu kao institucionalnom kontekstu i interesa za autonomiju želja kao izraza političke organizacije ženskog subjekta i razmatranja načina na koje klasno pitanje organizira kulturno i društveno iskustvo, za liberalne feministkinje važno je bilo dotaknuti se još jednog načina na koji se žene pojavljuju u kontekstu medikalizacije porođaja. Liberalni feminizam teži osigurati ravnopravan profesionalni položaj žena unutar medicinskog institucionaliziranog sustava gdje spol ne bi trebao biti prepreka profesionalnom i znanstvenom napredovanju žena. Žene trebaju imati jednake mogućnosti da postanu opstetričarke, načelo je kojim se vode. No svjesne su da to ne znači i da bi nužno došlo do značajnih promjena u praksi porođništva i medikaliziranog porođaja samo zato što to rade žene. Kao što ističe Ann Oakley: “Žene liječnice, kroz postizanje relativno visokog profesionalnog statusa u profesiji kojom dominiraju muškarci, mogu se snažno identificirati s muškim ideologijama” (1983: 55).

Radikalne feministkinje smatraju da suština opresije žena dolazi od strane muškaraca temeljem spola, pa tako i u medikaliziranom porođaju liječnici muškarci korištenjem tehnologije uspostavljaju kontrolu nad ženskim tijelima. Za njih tehnologija porođaja predstavlja produžetak patrijarhata – kao tehnologije organiziranja i upravljanja ženskim društvenim i

kulturnim iskustvom. Kontrola, smatra Oakley, podrazumijeva ne samo posjedovanje tehničkog znanja nego i vještine zajedno s dijagnostičkim i terapijskim procedurama kao i osoblje koji pomaže u njezi. Nadalje, kontrola ne znači samo upravljanje resursima već se odnosi na isključivu nadležnost za određivanje i ocjenu tih resursa (1983: 22). Medikalizirani porođaj analizira se kao skup neprirodnih postupaka primjerenih tehnološkom društvu. U radikalnoj konceptualizaciji, medikalizacija je rezultat povijesnog procesa patrijarhalnog potiskivanja iscjeliteljica, što je pak samo jedan aspekt muške opresije žena. Temeljeno zalaganje radikalnih feministkinja usmjereno je na odbacivanje nepotrebne tehnologije i prepuštanje prirodnom tijeku porođaja. Ono je antitehnološko i antipaternalističko, deinstitucionalizirano, demedikalizirano s jedne strane, odnosno počiva na principima pokreta za intuitivnom osviještenošću, holističkom povratu prirodi i prirodnome. Polazeći od pretpostavke da su muški i ženski interesi fundamentalno suprotstavljeni, radikalne se feministkinje zauzimaju za primaljsku praksu kao onu koja slijedi *prirodno* pozivajući se na superiorno žensko znanje i praksu koji nisu kontaminirani tehnologijom. Za njih je povoljno rješenje odbacivanje muškog modela profesija u korist laičkog primaljstva. Optimalno vođenje porođaja odvija se uz primalje koje nisu vezane uz medicinske institucije i na taj se način, smatraju one, izbjegava muška dominacija nad ženama. Ne/prirodnost medikaliziranog porođaja valja zamijeniti porođajima u kojima asistiraju žene, nositeljice znanja o porođaju i ženskom tijelu. Radikalne feministkinje zazivaju seosku idilu predmodernih društava i primalja laikinja u kojima nema profesionalizacije tipične za mušku dominaciju i društvenu specijalizaciju složenih društvenih sustava. Radikalna feministička analiza profesionalizma ukazuje na to da je to inherentno muška aktivnost jer uključuje moć i isključivanje pa se stoga zagovara deprofesionalizirana praksa (Ruzek Burt 1978). Za njih su i školovane primalje unutar institucionalnog zdravstvenog sustava opasnost jer su preblizu tehnologije i povezane s dominantnom muškom opstetričkom strujom. Budući da laičke primalje nisu bile profesionalno socijalizirane unutar sustava medicinske skrbi, na njih se gleda kao na najbliže ženama i na njih ne utječu muška znanstvena znanja (Weitz i Sullivan 1985).

Doris Haire (1972) tvrdi da je glavni problem u kontekstu moderne medicine *nefiziološka* priroda moderne prakse porođaja i njezin učinak na dijete. Primjeri za to su prekomjerna uporaba analgetika i prisiljavanje žena da ostanu u krevetu i leže na leđima tijekom porođaja. Mary Daly (1978) karakterizira medicinu kao paradigmatički moderni mehanizam opresije, izjednačavajući je s drugim fizičkim manifestacijama muške kontrole nad ženama kao što su vezivanje stopala, spaljivanje udovica i genitalno sakaćenje. Kao i Adrienne Rich (1977), tvrdi

da je dominacija nad ženskim tijelom osnova patrijarhata koja se pojavljuje u različitim oblicima kroz povijest u svim društvima. Iako su medikalizirani porođaj podvrgle kritici, Daly i Rich, kao i druge radikalne feministkinje, rađanje i majčinstvo ne vide kao suštinu brižne ženske prirode, već, suprotno tome, kao frustrirajuće, a ne ispunjavajuće iskustvo pod čizmom patrijarhata. Medikalizacija porođaja rezultat je, smatraju radikalne feministkinje, dominacije muškaraca koji su osporavali primaljski autoritet kako bi oni bili jedini posjednici medicinskog autoriteta. Ukazuju i na psihološke korijene patrijarhalne dominacije muškaraca tijekom povijesti. Kooptacija psiholoških uvida u radikalno feminističku misao oblikovala je niz snažnih predodžbi i stavova o medikalizaciji. To novo čitanje medikalizacije ima snažnu interpretativnu obojenost recepcijom freudovskih i jungovskih teorija zavisti, mržnje i ovisnosti kao motivatora ponašanja, ali i institucionalnih praksi, odnosno kulturnih formacija. Kroz tu se prizmu čitaju iskustva žena i interpretiraju učinci medikalizacije. Tako, na primjer, radikalni feminizam drži da je tjelesno zlostavljanje glavni simptomom muške mržnje i straha od žena. Pored toga, navode da razlozi za dominaciju muškaraca u porodništvu nisu samo ekonomski već je riječ o ljubomori na žensku reproduktivnu sposobnost zbog čega preuzimaju kontrolu u porođaju kao i moć u porodničarskoj profesiji.

Kritičarke radikalne feminističke pozicije naglašavaju probleme koji se tiču idealizacije ženske prirode i primaljstva. Kao što Paula Treichler (1990) ističe, ta konstrukcija primaljstva nastoji smjestiti žene kao grupu izvan kulture i odnosa moći te implicira da su one uvijek “nevine”. Ideje da žene imaju “urođeno” znanje o porođaju ili primaljskim vještinama, da su zapravo nježne i da su odnosi moći među ženama uvijek benigni u teorijskom su smislu problematične i empirijski opovrgljive.

Za razliku od radikalnih feministkinja, feministkinje marksističke orijentacije u prvi plan ističu klasno, a ne rodno ugnjetavanje. Smatraju da je u društvu nejednakosti medikalizirani porođaj opresivan no pritom se manje koncentriraju na tehnologizaciju, a više na distribuciju i odnose moći koji se reproduciraju kroz porođaj kao izraz društvene prakse. Drugim riječima, društvena reprodukcija zatečenih društvenih pozicija predstavlja ključni problem medikalizacije – kao procesa koji upravlja, vodi i organizira društveno iskustvo žena u porođaju. Nasuprot radikalnim feministkinjama, umjesto deprofesionalizacije primaljstva zagovaraju demokratsku reformu profesija, društveno osigurane primaljske usluge i plaćenu praksu. Profesionalizacija u kojoj dominiraju muškarci zabrinjavajuća je jer je isključiva, a željeni cilj marksistkinja je (re)konstrukcija postojećih odnosa kako bi se izjednačio status opstetričara i primalja. Smatraju potrebnim osigurati svim ženama jednaki pristup zdravstvenim uslugama i načinima porođanja,

a to se prije svega odnosi na ulogu države u pružanju pravedne zdravstvene i socijalne skrbi (Shaw 1974).

5.3. Može li bez binarnih podjela? – porođaj u trećem feminističkom valu

Feminističke teoretičarke postmodernizma prvenstveno dovode u pitanje binarnost podjele na spol i rod, s ciljem destabilizacije hijerarhije dualnosti muško – žensko i ukazivanja na fluidnost podjele i pluralnost identiteta. Elizabeth Grosz, australaska feministkinja i filozofkinja, drži da se tjelesnost ne smije vezati uz jedan spol ili rasu, pa tako ni žene ne trebaju u očima muškaraca biti vezane uz funkcije tijela. Singularni model tijela ne može predstavljati množinu ljudskih tijela. “Pluralni modeli moraju se koristiti u definiranju normi i ideala — ne samo zdravlja i uvježbanosti, nego i ljepote i žudnje” (2002: 23). Treba izbjegavati esencijalizam u prikazima tijela jer, kaže Grosz, tijela su mjesto proizvodnje i konstrukcije, očiti kulturni proizvod. Pritom redukcija na tijelo i mozak ne pokazuje skladne i neskladne povezanosti između vanjskog i unutarnjeg tijela. Ti se parovi umjesto u krutom binarnom poimanju trebaju sagledati kao pomični i fleksibilni u pomicanju granica oko binarnih parova (ibid.: 24).

U prilog tome, pozivajući se na kulturnoantropološka istraživanja, kada je riječ o pitanjima zdravlja ističe se kako u nekim od nezapadnih društava binarne podjele ne postoje. Tako, na primjer, u kineskoj medicini emocije i somatske funkcije nisu razdvojene ili pak kod naroda Zulu liječenje podrazumijeva povezanost s cijelom osobom unutar njezina društvenog i fizičkog okruženja o čemu pišu Ellen Annandale i Judith Clark (1996). One ističu kako inzistiranje na binarnoj podjeli može rezultirati time da feminizam završi u dosluhu s biomedicinom jer se bavi vrlo modernističkim binarnim razmišljanjem koje je povijesno održalo mušku hegemoniju. Nadalje, postavlja se pitanje kako govoriti o razlikama koje utječu na rod ako se teži ukidanju onoga što čini razliku. Postmoderne kritičarke dovode u pitanje esencijalizam i moralnu superiornost žena koje ističu radikalne feministkinje. Stavljanje reprodukcije u središte života svih žena zamagljuje činjenicu da sve žene ne žele ili ne rađaju iz različitih razloga. Nužno je, smatraju postmoderne feministkinje, imati u vidu različitost kategorije žena na koje utječu rasa, ekonomski status, geografska lociranost ili pak politička opredjeljenja. Središnja točka poststrukturalističke linije argumenata je, dakle, poanta da dualnost može postati više porobljavajući nego oslobađajući faktor. U jednom od rijetkih radova koji se dotiču odnosa primaljstva i opstetricije u sklopu analize zdravlja teoretičarke

Annandale i Clark (1996) navode kako je podjela porođaja na prirodni i tehnološki u skladu s postojećim binarnim podjelama. Istovremeno, ističu one, preporuke o alternativni nisu uvijek do kraja jasne i razrađene. Upućuju svoju kritiku feminizma drugoga vala i strategiji novog primaljstva u odnosu na mušku opstetričku dominaciju. Smatraju da novo primaljstvo nije uspjelo nadići postojeću binarnu podjelu i nije iznjedrilo novu praksu u odnosu na dominantnu praksu porodništva. Novo primaljstvo barata središnjim kategorijama kao što su prirodni porođaj i kontrolirana žena, koje su, prema njihovu mišljenju, nejasne i u praktičnom smislu imaju malo značenja. Nadalje, kritične su prema univerzalizaciji ženskog iskustva jer takva pozicija ne uzima u obzir različitosti među ženama. Tako navode kako bjelačka srednjeklasna zalaganja radikalnih feministkinja za kućnim porođajem uz primalje ne uzimaju u obzir činjenicu da za neke žene to nije dobra opcija, iz različitih razloga. Pozivajući se na Donnu Haraway, pitaju se može li se prevladavanje dualnosti postići uz pomoć visoke tehnologije gdje ukidanjem spola neće rađati žene već kiborzi (Annandale i Clark 1996: 30). Ovakvo poststrukturalističko tumačenje doživjelo je kritiku od strane zagovaratelja modernističkog pristupa primaljstvu, Rone Campbell i Sama Portera. Potonji autori naglašavaju da ni jedno strateško djelovanje ne može postojati izvan ideološkog i materijalnog konteksta unutar kojeg se strateški akteri nalaze. Parafrazirajući Marxa ukazuju na to da žene stvaraju vlastitu povijest, ali ne u okolnostima koje su same stvorile, pritom ističući da:

“Samo zato što se feminističko primaljstvo pojavilo u suprotnosti s opstetricijom ne znači da nije bilo u stanju razviti jasne, kohezivne i praktične strategije osmišljene za promicanje autonomije i zdravlja trudnica. Naziv primalja znači ‘sa ženom’, stoga je cijeli smisao primaljstva pružiti ‘skrb usmjerenu na žene’ prateći i pomažući ženama tijekom trudnoće i porođaja.” (1997: 349)

U ovom su poglavlju skicirane osnove feminističke kritike triju različitih pravaca feminizma. Liberalna feministička perspektiva naglašava jednakost mogućnosti za žene unutar kapitalističkog ekonomskog i društvenog sustava i tvrdi da su žene jednako racionalne i autonomne kao i muškarci. Porođaj nije središnja preokupacija liberalnih feministkinja. Metoda porođaja nema osobiti društveni značaj, već se na nju gleda kao na privatni izbor dobro informirane žene. Nasuprot liberalnom stajalištu, radikalne feministkinje smatraju da je porođaj u bolnici skup neprirodnih postupaka primjerenih tehnološkom društvu. To je rezultat povijesnog patrijarhalnog potiskivanja iscjeliteljica, što je pak samo jedan aspekt muške opresije žena. Stoga se one zalažu za odbacivanje muškog, medikaliziranog modela i preuzimanje laičkog primaljskog modela kao onog primjerenog ženama. Iz socijalističke

feminističke perspektive medikalizirani porođaj predstavlja primjer društvene nejednakosti i klasne opresije i rodne nejednakosti. Naročito se to ogleda u podređenom položaju primalja pa se zalažu za demokratsku reformu profesija. Postrukturalizam dovodi u pitanje binarnosti i dualnu podjelu spola i roda te se okreće kritičkom promišljanju tjelesnosti kao dijela identiteta. Donja tablica, preuzeta od Ann Clare T. Taylor (2003: 39), sažima osnovne elemente feminističke kritike.

Tablica 1.0

Feminističke teorijske tradicije, shvaćanje političke moći i preferirana budućnost za usluge porođaja

Feministička teorija	Liberalna	Radikalna	Socijalistička	Postmodernistička
Koncepcija moći u odnosu na porođaj	Konkurirajuće interesne skupine, tehnička racionalnost	Muška opresija žena	Klasna i rodna opresija	Višestruka mjesta kapilarne moći
Poželjan način političkog djelovanja	Jednakost u pristupu zanimanjima i uslugama Pravo na privatnost	Odvojene/alternativne usluge usmjerene na žene Odbacivanje muške profesije	Suradnja s državom Socijalna i rodna pravda Demokratska reforma profesija	Intervencija u javni diskurs – mijenjanje diskurzivnih formacija
Idealna budućnost skrbi pri porođaju	Izbori na tržištu Privatna praksa	Laičko primaljstvo Samozapošljavanje	Društveno osigurana primaljska služba Plaćena praksa	Tolerancija različitosti Praćenje ishoda Lokalna mjere – globalna regulacija

6. Prirodni porođaj

U ovom poglavlju razmatram što je to prirodni porođaj te koje je značenje prirodnog porođaja u odnosu na visoki stupanj njegove medikalizacije koji se povezuje s institucionalizacijom brige o zdravlju. U tom kontekstu razmotrit će se emocionalni, komunikacijski i socijalni aspekti rađanja kao i odnos spram prostora u kojem se rađa. Kada se porođaj opisuje kao prirodan, događa li se u instituciji, u rodilištu ili kod kuće? Nameće se i pitanje o tome koje su njegove odlike u odnosu na onaj koji nije prirodan.

6.1. Povratak prirodnom?

U definiranju toga što je to prirodan porođaj kazivačice koje su rađale u rodilištima i kod kuće isticale su da je prirodni porođaj vaginalni, bez dodatnih intervencija poput korištenja hormona radi ubrzavanja trudova, epiduralne analgezije, ručne dilatacije, nalijeganja na trbuh (Kristellerov zahvat) i monitoriranja fetusa, instrumentalnog dovršetka porođaja forcepsom ili vakuum ekstrakcijom i epiziotomije.

“Na prirodni porod mislim na to da čekaš da ti trudovi dođu sami od sebe, znači da nisu izazvani nikakvim, ovaj, nikakvom pomoći od strane medicine i da tijekom poroda ne primaš nikakve takve i također pomoći za bolove i za ubrzanje trudova i slično i da rodiš bez nekih, evo, tako više tih stvari gdje medicina pomaže, što ne kažem da sam ja na taj način rodila.” (Ruža)

“To jest vaginalni porod, ali ne samo vaginalni nego fiziološki vaginalni porod. Znači bez ikakvih intervencija. Bez indukcije, bez dripa, probijanja vodenjaka, vezivanja za krevet, odnosno na krevetu, prikopčanosti na CTG, bez učestalih vaginalnih pregleda, bez rezanja, bez nalijeganja na trbuh, bez povlačenja posteljice za pupkovinu, onako da pusti da moje tijelo samo to odradi.” (Borka)

“Prirodan porod je porod bez ikakvih intervencija medicinske naravi, a po meni u najdubljem uvjerenju je zapravo porod bez ičijeg tuđeg dodira. Zapravo puštanje ženi samoj da taj porod odradi duboko u sebi. U skladu sa svojim tijelom, ali i svojim duhom. Da joj se pruži atmosfera i podržavajuće okruženje da ona može odraditi nešto što je

potpuno prirodno. Ja sam nasreću imala takav svoj drugi porod koji je po definiciji hrvatskog zakonodavstva zapravo neasistirani porod.” (Alma)

“Jednostavno poštivat pravila prirode. Znači pustit ženu da odradi sve na svoj način koji njoj odgovara, koji njoj paše.” (Tena)

“Pa po meni je prirodan porod neometan porod. Onako ga žena treba iskusiti, bez uplitanja osoba, pogotovo bez medicinskih intervencija, ukoliko to nije zaista, zaista nužno.” (Danica)

“Za mene je prirodni porođaj onaj koji nema nekih medicinskih baš, kak se to kaže službeno, intervencija, no. Ne bih tako nazvala svoj porođaj, iako zapravo prvi i je bio bez nekih većih intervencija, ali ja moram priznat da ono kako sam ja zamislila taj svoj porođaj, naravno ne možeš znat nešto što nisi još iskusio, ali kakav sam željela da bude, takav nije bio.” (Dubravka)

Kako, dakle, sudionice istraživanja određuju prirodni porođaj: on je neasistirani, bez intervencije, *bez tuđeg* dodira (kurziv Ž. J.), on je željen u odnosu na ono što je nametnuto, iskaz je osobne volje, nalazi se kao potencijal duboko u ženi, nije izvan sposobnosti, nego je dio potencijala tijela da djeluje, ne uči se racionalno, nego se pronalazi kroz osjećaj. Prirodni porođaj je “sam po sebi”. Pojam prirodnog porođaja, kako ga opisuju sudionice istraživanja, u sebi nosi značenje otkrivenog potencijala tijela. Negativno asociranje pojmova u polju definicije prirodnog porođaja priložima “bez” i “ne” odnosi se na aktivnosti koje su izvanjske roditelji, odnosno izvanjske porođaju kao potencijalu tijela da se reproducira samo po sebi. Ono implicira da se porođaj ne treba *izvesti*, već da se porođaj događa. Navodi koji su izdvojeni iz transkripata naglašavaju da je prirodni porođaj isto što i *porođaj bez* medicine, stvari, pomoći... Istovremeno, iskazi o prirodnom porođaju mogu se sagledavati kao iskazi o načinu i *strategijama izmicanja* od tehnologije, medikamenata, ekspertize kao mehanizama dominacije. Za razliku od potonjih kazivačica, specijalizant ginekologije i opstetricije u zagrebačkoj klinici o prirodnom porođaju ima drugačije mišljenje:

“Prirodan porod?! To gotovo više i ne postoji. Mi stvarno aktivno vodimo porod. Prirodan porod bi bio sa spontanim trudovima, i uz našu protekciju međice- Samo porođanje, to je znači ovaj dio što babica napravi. Bez dripa, bez prokidanja vodenjaka, bez analgezije, bez lijekova. To bi bio baš prirodan porod... To ima već jedno 30-40 godina da je aktivno vođenje poroda bolji ishod za trudnicu. Aktivno vođenje poroda ne znači da trebamo biti agresivni, forsirat nešto. Nego, čisto ti neki manji zahvati, kao

što je prokidanje vodenjaka, što je dokazano ubrzava porod, a nije nikakav invazivni zahvat. Taj vodenjak bi kad-tad puknuo, ovako ga mi samo ubrzamo. To je aktivno vođenje, kad žene kažu žele prirodan porod, onda ne misle na to.”

Što je onda odraz ideje prirodnog porođaja kod ekspertnog sudionika istraživanja? On je *aktivan*, iako ne na način na koji aktivnost doživljavaju sudionice istraživanja koje su rodile ili su zagovornice prirodnog porođaja iz prethodne cjeline. Aktivnost je ovdje shvaćena kao kontrola spontaniteta. Biti aktivan ili djelatan u porođaju znači djelovati prije prirode. To *preduhitriavanje* prirode, koja nosi neku vrstu destrukcije međice u slučaju gornjeg iskaza, oblik je tehničkog presretanja prirodnosti o kojoj sugovornice govore na potpuno drugačiji način. U oba slučaja sugovornici posredno govore o vremenu ili temporalizaciji porođaja i shvaćaju ga dvojako. Mirenje s tempom porođaja koji je *po sebi i u svom vremenu* dio je naracija žena koje su zagovornice prirodnog porođaja. Za razliku od njih, mladi opstetričar ne doživljava spontanitet porođaja nužno ni kao dobro ni kao loše temporalno određenje porođaja. Idejom “minimalnog ubrzanja” porođaja, kao eufemizma za zbir medicinskih postupaka kojima se intervenira u temporalnost spontanog porođaja, opstetričar se nosi s nametljivom temporalnosti aktivnog porođaja. Epiteti poput šticećenja i ubrzanja nosivi su dio paternalističkog diskursa bolničkog porođaja i istovremeno defanzivni mehanizmi protokolizacije porođaja s kojom diskurzivno polemizira i protiv koje se praktično bori pokret prirodnog porođaja.

S razvojem medicine i institucionalizacijom porođaja od sredine 20. stoljeća sve se više razmatraju mogućnosti prirodnog porođaja kao opreka medicinski vođenom porođaju. Uz tehnološki napredak traži se *povratak prirodnom*. Kao što će biti obrazloženo u nastavku, prirodno ne znači bez nadzora i sasvim spontano.

U kontekstu odnosa prirodnog i medicinski vođenog porođaja treba napomenuti da se zapadnjačka medicina temelji na podijeli na duh i materiju koja datira još od grčkih filozofa Platona i Aristotela. Za modernu zapadnu misao važna je formulacija francuskog filozofa Renea Descartesa iz 17. stoljeća, koji je um i tijelo vidio kao posve odvojene supstance koje mogu funkcionirati neovisno jedna o drugoj. Iz toga proizlazi da se procesi u tijelu odvijaju neovisno o duhu. Descartes je promatrajući anatomiju tijela u laboratoriju ustvrdio da se životne aktivnosti mogu objasniti mehaničkim gibanjem dijelova tijela. To mehanicističko poimanje tijela kao stroja povezano je s tehnologijom. Za popravak stroja, odnosno bolesnog tijela potrebna je pomoć tehnologije. Stoga u zapadnjačkoj medicini tehnologija ima izuzetno važnu ulogu u liječenju fizičkoga tijela. Takva perspektiva ne podrazumijeva spontane aktivnosti, već zahtjeva nadzor i upravljanje tehnologijom. Stoga se i u porođajima koji se

odvijaju u bolničkim institucijama, gdje se na porođaj gleda kao na potencijalni problem i zdravstveni rizik, pribjegava intenzivnoj upotrebi tehnologije. Jedna od posljedica intenzivnog korištenja tehnologije tijekom porođanja je, naizgled paradoksalno, zahtjev za *prirodnim* porođajem koji podrazumijevanja odbacivanje raznorodnih medicinskih postupaka koji uključuju i tehnologiju. Ta tehnokratska perspektiva, duboko ukorijenjena u zapadnjačkoj medicini, počiva na ideji da je intelekt ključan za kontrolu i uz moć tehnologije pridonosi pozitivnom ishodu.

S druge pak strane, i u medicini postoje oni koji vjeruju, kada je riječ o porođajima, da intelekt često nije dovoljan da zajamči najbolji ishod, nego da treba omogućiti tijelu da samo reagira ne remeteći njegove procese. Ipak, kao što će biti obrazloženo u nastavku, *prirodnost* (prirodnog) porođaja se uči. Prije negoli se razvio pokret za prirodni pristup rađanju u drugoj polovini 20. stoljeća koji su predvodile primalje i feministkinje aktivistkinje prirodnog porođaja, britanski opstetričar Grantly Dick-Read u 1930-ima razvio je tehniku porođaja koja je minimizirala kirurške i anestetičke aspekte porođaja i usredotočila se na svjestan trud majke da rodi. Godine 1933. objavio je knjigu pod nazivom *Prirodni porođaj*, a metodi koju u njoj zastupa protivili su se mnogi liječnici, koji su smatrali da ona predstavlja negaciju napretka moderne medicine i povratak u neka zaostala razdoblja. S vremenom je njegova metoda postupno prihvaćena i do kasnih 1950-ih prakticirao ju je znatan broj žena, osobito u Sjedinjenim Američkim Državama i Engleskoj. Francuski liječnik Fernand Lamaze u 1950-im je godinama razvio metodu primjenjujući Pavlovljevu teoriju uvjetovanih refleksa, a temeljenu na tehnikama disanja i opuštanja, masaže trbuha i vizualizacije ugodnih doživljaja u tjednima prije porođaja sa svrhom skretanja pozornosti s boli u procesu rađanja. Smatrao je da su porođajni bolovi posljedica napetosti uzrokovane strahom, a mogu se suzbiti razumijevanjem, zato je potrebno trudnice podučiti tijekom i mehanici porođaja te vježbama za jačanje miškulature i tehnikama disanja koje uključuju duboko i plitko disanje, a sve sa svrhom relaksacije. Dodatni razlikovni element i novost te metode u odnosu na institucionalizirani medikalizirani porođaj je socijalna podrška, sudjelovanje partnera, oca djeteta, u procesu vježbanja, kao i uključenost ostalih članova obitelji kao podrške roditelja.

Iako prihvaćeni od jednog dijela medicinskog establišmenta kao i od zagovornica prirodnog porođaja i primalja, Lamaze i njegova metoda, koja se naziva još i psihoprofilaksa, odnosno pripremljeni porođaj, bili su podvrgnuti kritikama. Kritizirala ga je tako feministkinja, antropologinja i aktivistkinja za prirodni porođaj Sheila Kitzinger, koja ga je okarakterizirala kao antifeminista i zagovaratelja pretjerane discipline nad ženama. Antifeminističkim je

smatrala njegov pristup u kojem je rangirao žene u kategorijama od “izvrsno” do “potpuni neuspjeh”. Žene koje su vikale ili vrištale tijekom porođaja su prema njegovu mišljenju podbacile, jer nisu dovoljno vježbale i same su odgovorne za neuspjeh, odnosno za bol koju su osjećale. K tomu Kitzinger mu zamjera, kako navodi Jane Clare Jones (2012: 109), to da podcjenjuje ženski intelekt budući da smatra da su one žene koje postavljaju previše pitanja, dakle koje su misleći subjekti, osuđene na neuspjeh. Za razliku od njega, Kitzinger smatra bol dijelom prirodnosti porođaja te drži da je ne treba odbacivati jer porođaja nema bez boli (1978).

Kao što će se pokazati u nastavku, zagovaratelj i praktičarke prirodnog porođaja smatraju bitnim istaknuti kako prirodni porođaj omogućava ženi da aktivno sudjeluje u porođaju. Aktivno u ovom slučaju znači da žena ima osjećaj kontrole i doživljava stvarnog trenutka porođaja, za razliku od aktivno vođenog porođaja u kojem glavnu ulogu ima opstetričar, primjenjujući neke “manje zahvate”, kako navodi moj kazivač, a uloga žene je pasivna.

Opstetričar kao funkcija u medicinskom porođaju dobiva centralno mjesto tijekom šezdesetih godina prošloga stoljeća, kada se porođaj institucionalizira u sklopu osiguravanja zdravstvene zaštite svih građanki. Jedan od iskusnih porodničara iz zagrebačke klinike navodi tako:

“Ekstremno agresivna opstetricija se počela uvađati šezdesetih godina prošlog stoljeća u nas, a govorim i na nivou svijeta, a i na nivou takozvanog istočnog bloka gdje smo mi pripadali... Brojni radovi su pokazali da petljanje u fiziologiju zapravo napravi patologiju. Liječnik je da liječi, i nama je poslanje da ispravljamo ono što ne valja, da ide dobrim putem, ako to može biti tako...”

Njegova razmišljanja ukazuju na snažnu i gotovo intuitivnu distancu spram agresivne opstetricije koju prepoznaje i vrednuje kao globalni trend novog svijeta. Taj će liječnik jasno definirati geografsku dominaciju agresivne opstetricije, njezino ugnježđivanje “u nas, na nivou svijeta, u istočnom bloku”. Prepoznajući u njoj povijesni medicinski trend, nametljivost koju definira pojmom “agresivan”, sugovornik u drugom dijelu svoga iskaza izražava dvojbu po pitanju dobrobiti koju je “petljanje u fiziologiju” postiglo. Porod koji “ide dobrim putem” iz njegova iskaza nije ništa drugo doli “prirodni porođaj” i na neki način ne izlazi izvan domene liječnika. U toj kratkoj izjavi moj je sugovornik naznačio novo mjesto nelagode za liječnike. Ta nelagoda odražava nesporazum nastao iz atemporalnosti praksi agresivne opstetricije i njihove neprispodobivosti s očekivanjima suvremenih liječničkih praksi o tome što liječnik treba, može i smije raditi, ali i suvremenih ideja o porođaju. U ontološkom smislu, moj je sugovornik “porođaj” i “ono što je dobro” kao kategorije suprotstavio sintagmi “agresivna opstetricija”, ukazujući na to da govori o najmanje dvama registrima uvjerenja o porođaju i

onom što je dobro. Porođaju i onom što ide dobro po sebi suprotstavlja porođaj iz šezdesetih godina i aktivnost agresivne opstetricije, odnosno porođaju i onome što ide dobro suprotstavlja poslanje u porođaju i ispravljanje nečega što ne valja. Ukratko, već ova izjava pokazuje da ne postoji samo jedan dominantni medicinski pogled na porođaj koji se suprotstavlja ili kojemu je suprotstavljen demedikalizirani ili antimedicijski pogled na porođaj. Upravo suprotno, gornji iskaz ukazuje na to da se radi o različitim sistemima znanja ili shvaćanja (dobrog) porođaja i da ti sistemi znanja (shvaćanja) imaju svoje antagonističke temporalnosti.

Razmatrajući značenje prirodnog porođaja u Sjedinjenim Američkim Državama, Chris Cosans (2004) navodi kako je pojam prirodnog porođaja rastezljiv. Jedna struja smatra da je prirodan samo kućni porođaj, bez ikakvih medicinskih intervencija. No i Lamazeov pristup porođaju može se smatrati prirodnim u onoj mjeri u kojoj roditelj svjesno participira u procesu uz podršku partnera i obitelji dok se, primjerice, uz tehnike disanja i relaksacije mogu po slobodnom izboru koristiti lijekovi za ublažavanje boli i drugi medicinski tretmani. Na drugoj je pak strani pristup liječnika Roberta Bradleyja, navodi Cosans. Bradleyjeva metoda ide korak dalje u svom poštovanju osjetilnog tijela i otvorenom prihvaćanju boli. Uz disanje, tehnike opuštanja koje povezuju roditelja s njezinim tijelom imaju za cilj izbjeći bilo kakvu medicinsku intervenciju osim ako nisu u pitanju specifične indikacije. Za Bradleyja je važno izbjegavanje lijekova protiv bolova kako bi žena mogla održati kontakt sa svojim tijelom i izbjeći bilo kakve učinke tih lijekova na dijete. Dajući primat tijelu, prihvaćajući osjetilno iskustvo boli roditelja, smatra Bradley, prihvaća da postoje i oni aspekti unutar procesa rađanja koji su izvan svjesne ljudske kontrole (Cosans 2004).

Od druge polovine 20. stoljeća u zapadnim zemljama, a u nas u posljednjih deceniju i pol, potaknuto djelovanjem ženskih udruga i udruga roditelja, kao rezultat otpora medicinskoj kontroli porođaja naglašava se *prirodnost* i *normalnost* samog procesa rađanja te se upitnim, pa čak i štetnim smatra niz dijagnostičkih postupaka koji k tome pridonose riziku porođaja. Prirodnost i normalnost odgovori su na patologizaciju porođaja, koji medicina smatra događajem visokog rizika.

Medicinski model proizlazi iz tehnokratskog svjetonazora u kojem se napredak definira kao trijumf civiliziranog društva nad primitivnom, ženskom prirodom. Medicina zamjenjuje rizične prirodne procese tehnološkim postupcima koji su, smatra se, bolji jer uvode ljudsku kontrolu u proces rađanja i visoki stupanj higijene što smanjuje rizike i za majku i za dijete.

“Porod u *primitivnih plemena* (kurziv u originalu) je smatran mističnim zbivanjem pa je nazočnost vraća bila normalna pojava. Primitivni narodi ne poznaju krevet u našem smislu. Ležalo se na prostirci od kože ili rogozovine ili jednostavno na podu. Okolo su trčale domaće životinje: kokoši, psi, mačke, svinje, a tlo je bilo okuženo gamadima, bakterijama, gljivicama, parazitima, izmetinama. ‘Daleko od tla’ jamačno je bio jedini put da se izbjegne puerperalna groznica, gnojenje porodnih ozljeda i infekcije u djece. Zato je porod u kući, uzdignut od tla, posljednja stepenica prirodnog rađanja u primitivnih naroda, a porod u čistom krevetu u higijenskim uvjetima je bilo prvo civilizacijsko postignuće porodništva.” (Dražančić 2004: 49)

6.2. Prirodnost se vježba

Analizirajući popularne priručnike o prirodnom porođaju i pripremi za njega objavljene u razdoblju od 1990. do 2000. godine u Sjedinjenim Američkim Državama, Becky Mansfield (2008) ističe kako autori priručnika istovremeno naglašavaju prirodnost rađanja i prikazuju različite društvene prakse koje opisuju kao sastavni dio prirodnog procesa rađanja. Dakle, upravo su društvene prakse zaslužne za *prirodnost* prirodnog porođaja. Slijediti svoj instinkt, činiti ono što je prirodno umjesto podvrgavanja medicinskom diktatu ne bi bilo moguće bez učenja kako se to radi. Trudnica mora unaprijed naučiti prepoznati različite aktivnosti, znati što joj je činiti kako bi ih mogla iskoristiti kad to bude potrebno. Iako se na prvi pogled čini da se pušta da priroda ide svojim tokom, priručnici upućuju na to da je potrebno učiniti sve da se ta spontanost i prirodnost ne dogode bez kontrole. Isto tako, žena mora naučiti prepoznati što je to što bi moglo doći kao prirodno. Mansfield citira autorice priručnika *A Wise Birth Bringing Together the Best of Natural Childbirth With Modern Medicine* Armstrong i Feldman, koje ističu: “Holistička metoda preporuča kontrolu putem prirode. To znači slušati svoj fiziološki glas; uvažavati informacije koje šalju tijelo i psiha, slijediti impulse. U porođaju se kontrola ne postiže sukobom, već koordinacijom” (2008: 1093).

Zaključuje da žena najprije mora uspostaviti kontrolu da bi je zarad prirodnosti izgubila, kako bi mogla naučiti otpustati. Ovako shvaćena prirodnost zahtijeva svjesni angažman, rad i vježbanje, a ne pasivno prepuštanje. Poštivanje prirodnog zahtijeva aktivnu i društvenu uključenost. Mansfield ističe da priručnici tematiziraju pripreme prije samog porođaja, aktivnosti tijekom porođaja i socijalnu podršku. Aktivnosti tijekom porođaja uključuju relaksaciju, koja nije važna samo zbog ublažavanja boli već i za smanjenje stresa. Strah i

tjeskoba nisu samo negativna iskustva nego mogu uzrokovati i niz problema u porođaju poput ubrzanog rada srca, visokog krvnog tlaka, napetosti mišića i drugih fizičkih posljedica stresa (Kitzinger 2005). Disanje je najpoznatija tehnika relaksacije, a priručnici spominju i druge oblike kao što su pjevanje, stenjanje, vizualizacija, ritmičko kretanje, primjena toplih i hladnih obloga i tople kupke.

O važnosti glasa i pjevanja tijekom porođaja Elena Skoko, voditeljica radionica prirodnog porođaja, kaže:

“Žensko tijelo je sasvim sposobno roditi i žene znaju kako rađati ako im se da podrška i ako se u njih ima povjerenja. Radi se o fiziološkom, ali i duboko duhovnom procesu. Moja je uloga da podsjetim žene na njihovu snagu i moć koja je kod poroda posebno izražena. Glas ima fizičku i simboličku funkciju. Često žene, ali i muškarci odrastaju ušutkivani, teško im je ne samo pjevati već i govoriti u svoje ime. Kaže se da je šutnja zlato, no ja mislim da je šutnja olovo, a glas zlato.”²²

Jedan od aspekata *prirodnosti* prirodnog porođaja je osviještena tjelesnost. Osviještena tjelesnost ostvaruje se uvažavanjem senzornih dimenzija proizašlih iz stavljanja tijela roditelje u centar interesa. Senzacije koje proizlaze iz tjelesnog dodira, fizičkog kontakta, relacije dvaju tijela, vraćaju porođaju porođajino iskustvo boli, ugone, užitka i patnje. Ostvarivanje osviještene tjelesnosti događa se kroz naglašavanje važnosti dodira, poput milovanja, stiskanja ruku, masaže, pa čak i seksualne aktivnosti u procesu porođaja. Američka primalja Ina May Gaskin (2014) smatra da primjena seksualne energije može učiniti porođaj učinkovitijim i manje bolnim bez upotrebe lijekova. Osviještena tjelesnost porođaja je, drugim riječima, energizirana prirodom dodira, a ne tehnologizirana. Ona se ostvaruje u mobilnosti. Aktivnost i kretanje te izmjena položaja preporučuju se ne samo stoga što pridonose fizičkom osjećaju već su važni i za održavanje psihičke ravnoteže.

Za emocionalnu stabilnost izuzetno je važna i okolina, navode priručnici. Ta nova i osviještena prostorna ili ambijentalna materijalnost porođaja naznačit će interes prema arhitektonskim obilježjima institucija u kojima se porođaj događa, prostornim dispozicijama, mjestu kao generatoru iskustava. Osim prostora i svjetla, kao sastavnog dijela poimanja prostora, u suvremenim konceptualizacijama prirodnog porođaja veliku ulogu imaju predmeti. Tako

²² <https://miss7mama.24sata.hr/roditelji/sretna-mama/radajuci-svoju-kcer-pjevala-sam-i-bila-sa-u-ekstazi-1224-miss7mama.24sata.hr> (pristupljeno 11. 9. 2021.).

istraživanja spominju pomagala kao što su šipke za čučnjeve ili velika lopta, stvari poput ulja za masažu ili kockica leda. Porodničar Michel Odent navodi tako:

“Međutim, ova rađaonica predstavljala je više od samo atraktivnog dekora ili strategije za poticanje različitih radnih mjesta: bilo je to mjesto gdje je žena mogla raditi točno ono što je htjela, osjećati se fizički i emocionalno slobodnom za djelovanje i kretati se kako je htjela. Bio je to naš prvi konkretan korak prema vraćanju rađanja ženama.”
(2000: XIV)

Prirodnost prirodnog porođaja koja se ostvaruje unutar njegove prostorne dimenzije pokazat će se kroz naglašenu mobilnost. Taj aspekt prirodnog porođaja temelji se na razbijanju spone između fiksne točke / kreveta i ležeće pozicije roditelje u centru sterilne prostorije, odnosno imobilne pacijentice koja postaje pokretna, slobodna za djelovanje, aktivna, djelatna i samopouzdana. Ovaj aspekt mijenja rađaonicu shvaćenu kao tehnološku scenu porođaja, instrumentalni dekor medicinskog porođaja u intimno mjesto dočekivanja. Istovremeno, to označava novu fokalizaciju u prostornom smislu koja izbija središnje mjesto tehnološkoj potpori porođaja smještenoj u optimizirani prostorni raster i dopušta naturalizirano kretanje i kreativno korištenje prostora, odnosno njegovu višekratnu refokalizaciju kroz porođajnu mobilnost roditelje. Traženje prikladnog mjesta za odmor, predah, kretanje, hodanje, kruženje, radnje su naglašene mobilnosti prirodnog porođaja.

Pripreme prije porođaja uključuju prikupljanje informacija, brigu o fizičkom i emocionalnom stanju te donošenje odluka vezanih uz porođaj. Informiranje prije porođaja nije samo po sebi posebnost prirodnog pristupa porođaju. Ono što ga razlikuje od ostalih jest upravo informiranje o tome što to jest prirodni pristup porođaju. Tako se, na primjer, sugerira da se roditelj može odmoriti i predahnuti kad poželi, a ne mora nužno pri svakom trudu tiskati, može hodati, piti ili jesti. Neki od priručnika u pripreme prije porođaja uključuju i informiranje o dokazima protiv standardnih medicinskih procedura koje se provode, a nisu potrebne ni učinkovite.

Emocionalna priprema za porođaj važna je tema kojom se bave svi priručnici koje je analizirala Becky Mansfield. Uključuje prepoznavanje i rješavanje ranjivosti proizašle iz nekog ranijeg traumatičnog događaja te suočavanje sa strahovima specifičnim za porođaj poput straha od boli, gubitka kontrole ili medicinske intervencije. Veoma bitan dio pripreme za porođaj je donošenje odluka o nizu elemenata koji su vezani uz sam proces rađanja: tko će biti na porođaju uz roditelju, liječnik, primalja ili doula ili svi navedeni, tko će je poroditi, u kojem prostoru će rađati, u bolničkom rodilištu, u kući za rađanje izvan bolnice, kod kuće. Smatra se da je u

bolničkom rodilištu uz liječnika porodničara veća vjerojatnost neželjene medicinske intervencije jer je bolnica mjesto namijenjeno za tehnološke intervencije raznih vrsta. Priručnici navode kako je izuzetno važno prijateljsko i podržavajuće okruženje u kojem će se roditelja osjećati sigurno i zaštićeno uz podržavatelje koji podupiru prirodni porođaj i koji ga razumiju. Ako se nikako ne može izbjeći bolnički porođaj, važno je imati uz sebe podržavajuću osobu poput partnera ili doule. Svoje odabire roditelja može predočiti i u planu porođaja, koji mnogi autori vide kao važan alat za komuniciranje želja izvan standardne prakse.

6.3. Prirodni porođaj – *po planu*

Stajališta o tome je li potrebno imati plan (prirodnog) porođaja razlikuju se. Zagovarateljice plana porođaja ističu kako plan jasno odražava želje roditelja, dok oponenti, kao, na primjer, Rebecca Kukla (2008), ističu kako plan porođaja odvraća od povjerenja u sebe, svoje tijelo i svoju duhovnost jer se roditelja koncentriraju na izvršenje plana, na kontrolu planiranih postupaka, a ne na trenutnu situaciju i signale koje joj šalje tijelo.

Na mrežnim stranicama udruge RODA²³ navodi se kako plan porođaja pridonosi pozitivnom iskustvu te se objašnjava zašto je dobro sastaviti takav plan. Budući da u našim uvjetima rađanja u rodilištima nije uvijek izvjesno da će porod obaviti liječnik i primalja koje je roditelja prethodno upoznala i s njima ostvarila kontakt, plan porođaja će pomoći osoblju koje je sa ženom u rađaonici da upoznaju njezine želje i dogovore se o planu postupanja u određenim situacijama. Dobro ga je napisati i kako bi se trudnica sama bolje pripremila i promislila o tome što su joj prioriteti. Plan porođaja treba biti jasan i sažet, a trudnice se upozorava na to da je osoblje često vrlo opterećeno i da nema vremena posvetiti se svakoj roditelji posebno. Trudnicama se sugerira da iskažu liječnicima i primaljama koliko im je važna njihova susretljivost i otvorenost. Također je važno dobro komunicirati sve želje i potrebe s osobom u pratnji jer to u konačnici ne olakšava samo roditelji već i primaljama, koje najčešće skrbe o više žena istovremeno. Plan porođaja fiksira želje i ideje o porođaju. Ima upotrebu namijenjenu prema vani (porodničarima, bolničkom osoblju) te prema unutra (kojom se očitava intimni nacrt porođaja). Kao pismo namijenjeno drugima i kao pismo “samoj sebi” plan porođaja zadovoljava dvije funkcije. On prepoznaje i adresira institucionalnu (medicinsku i zdravstvenu) okolinu roditelja koja je uvučena u intimni svijet porođaja, odnosno u koju prirodni porođaj može biti smješten i apelira je željama roditelja. Podjednako tako, plan porođaja iskaz je

²³ <https://www.roda.hr/portal/trudnoca/trudnoca-kroz-tromjesecja/plan-poroda.html> (pristupljeno 1. 2. 2022.).

intimnog suočavanja s porođajem koji će nastupiti i mehanizam je intimnog prihvaćanja porođaja. Plan prirodnog porođaja je na neki način oksimoron. On, s jedne strane, planira prirodno u *porođaju kao prirodnom činu*. S druge strane, utiskuje prirodno u institucionalno ovjerena i profesionalno internalizirana očekivanja od *porođaja kao zahvata*.

6.4. Tko podržava roditelja na porođaju?

Na više je mjesta naglašeno da je konceptualizacija prirodnog porođaja uvela snažnu kritiku medicinskog i institucionalnog okruženja porođaja, ali i liječnika kao antagonističke institucije. Lik liječnika, odnosno razumijevanje njegove uloge u bolničkom porođaju izaziva snažne afekte u naracijama roditelja. Adresiranje emocionalnih potreba roditelja, verbalna i neverbalna komunikacija liječnika i roditelja često se spoticala na jednom konceptu koji razvija plan porođaja, a tiče se potrebe za potporom i podrškom tijekom trudnoće i porođaja. Koncept prirodnog porođaja podrazumijeva *podršku* kao izuzetno važnu za roditelja, a time i za sam tijek porođaja. Kada je riječ o izboru podržavateljica, odnosno osoba u pratnji od povjerenja i njihovoj ulozi, Mansfield ističe kako je to izuzetno kompleksna tema.

S jedne strane, u tim su knjigama (usp. Wesson 2000; Romm 2003; Simkin, Whalley i Keppeler 2001) podržavateljice na prirodnom porođaju predstavljene kao zamjena za konvencionalne liječnike, ali s drugačijim očekivanjima, vještinama i tolerancijom. Raspoložu sa setom vještina za pomoć ženi kroz iskustvo porođaja bez medicinske intervencije. Unatoč naglasku na instinkt, priručnici impliciraju da žene ne moraju biti odgovorne za to da uvijek znaju što trebaju učiniti. One se mogu osloniti na nekoga tko ima znanje, obuku i iskustvo da im pomogne shvatiti što se događa i što učiniti – na svoje podržavateljice. Takve educirane podržavateljice najčešće su primalje. Tako se navode primjeri primalja podržavateljica koje koriste niz nefarmakoloških intervencija koje kategoriziraju kao *prirodne intervencije*, a koje uključuju biljne lijekove, homeopatiju, akupunkturu, masiranje perineuma i druge. I dok ove knjige takve intervencije predstavljaju kao *nježne* ili *prirodne*, razvidna je poruka koju šalju o tome da prirodni porođaj često uključuje aktivno uplitanje u porođaj.

Druga uloga koju imaju uloga je emocionalne podržavateljice. Odnose se prema ženi s poštovanjem, razvijaju povjerenje, rade sa ženom i prije i tijekom porođaja na razbijanju strahova. One tijekom trudova ohrabruju žene i šalju im poruke razumijevanja. Priručnici sugeriraju da osim podržavateljica doula, koje su poveznica između fizičkog, emocionalnog i duhovnog dijela porođaja, takvu ulogu mogu preuzeti i partneri, odnosno članovi obitelji,

napose u slučajevima kada je žena u skrbi liječnika konvencionalne medicine. Iz priručnika proizlazi da su izgradnja povjerenja roditelja u samu sebe i ublažavanje straha načini na koje se uklanjaju prepreke kako bi *priroda* mogla krenuti svojim tijekom, drugim riječima, socijalna interakcija je nužna za stvaranje uvjeta pod kojima se porođaj može *prepustiti prirodi*.

Mansfield zaključuje da analizirani priručnici nude zamjenu dominantnih kulturnih koncepata porođaja kao rizičnog i bolnog s onima koji ga predstavljaju kao osnažujuće, uzbudljivo iskustvo kojeg se ne treba bojati. Te se alternativne koncepcije prenose preko pojedinaca i putem različitih oblika neformalnog obrazovanja poput radionica i tečajeva.

U priručnicima se kritizira medicinska praksa koja potječe iz kulture koja je usmjerena prije svega bolesti, a ne zdravlju. Iz takvog usmjerenja logično je poimanje liječnika koji prije svega u porođaju vide potencijalni problem, rizik koji treba spriječiti medicinska intervencija.

S druge pak strane, zagovornicama prirodnog porođaja najčešće se zamjeraju romantizirani pristup porođaju i stereotipi o nezapadnjačkim kulturama kao onima bližima prirodi. Pozivajući se na antropološka istraživanja drugih kultura (Davis-Floyd i Sargent 1997; Jordan 1993; Kitzinger 1988), ističe se kako bi zapadna društva trebala učiti o porođajnim praksama drugih kultura koje nisu opterećene tehnokratskim postupcima te su stoga smatrane prirodnima. Helena Michie i Naomi Cahn (1995) ukazuju na to da se popularni priručnici pozivaju na *autoritet prirode* na temelju ahistorijskog poimanja vremena gdje tijelo i ženska fiziologija egzistiraju prije i izvan kulture, a upravo je retoričko pribjegavanje prirodnom tijelu po sebi kulturno, navode autorice. Jedna od kritičarki, Rebecca Kukla (2008) ističe kako pokret za prirodni porođaj u cilju osnaživanja žena zapravo uspostavlja normativni ideal porođaja koji u konačnici kod žena koje ga ne ispune pridonosi osjećaju razočaranja, nepovjerenja u sebe i svoje majčinske sposobnosti. Kukla postavlja pitanje na temelju čega se može tvrditi da su žene koje su odabrale medikalizirani porođaj ili carski rez manje povezane sa svojim djetetom od onih koje su rodile *prirodno* i zaključuje da neizvršavanje normiranog porođaja implicira da je ta žena loša majka. Da prirodni porođaj ne uključuje romantične predodžbe o povratku prirodi iznosi i Margaret MacDonald na primjeru kanadskog pokreta za prirodni porođaj i na temelju analize suvremenog kanadskog primaljstva. MacDonald (2006) navodi kako je pojam prirodnog porođaja koji koriste primalje istoznačnica kliničkom poimanju normalnog porođaja. Prirodni porođaj u suvremenom primaljstvu povezuje se sa snagom i intuicijom ženskog tijela, tijela koje je stvoreno da rađa uspješno bez tehnološkog nadzora i liječničkih intervencija. No ističe da prirodni porođaj u 21. stoljeću nije ono što je bio u prošlosti. Na temelju svojih

istraživanja provedenih 1990-ih u Ontariju zaključuje kako se mijenja esencijalističko poimanje prirodnog ženskog tijela te kako na porođajna iskustva djeluju različiti čimbenici.

“Tvrdim da se prirodni porod redefinira osobnim, političkim i pragmatičnim odabirom primalja i njihovih klijentica; to je verzija prirode koja stvara mjesta za biomedicinsku tehnologiju i bolničke prostore, poduprta logikom skrbi i izbora unutar primaljstva. Prirodna tijela i porođaji su tako ‘ponovno zamišljeni – i ponovno proživljeni’ (Haraway 1991: 4) u skladu s onim što ja nazivam rodnim očekivanjima trudnoće i porođaja svojstvenim novom primaljstvu u Kanadi.” (2006: 236)

Dakle, prirodno ne isključuje nužno i upotrebu tehnologije, kao što pokazuje u MacDonald na primjeru suvremenog kanadskog primaljstva. Tako primalje u bolnici koriste ultrazvučni aparat za slušanje otkucaja srca čeda ili, na primjer, u kućnim porođajima po potrebi koriste kisik ili injekcije za zaustavljanje intrauterinog krvarenja. Zaključuje, nadalje, da prirodni i medikalizirani porođaj nisu uvijek u suprotnosti. Definiranje prirodnog ovisi o individualnom poimanju iz perspektive žena roditelja, a ne nužno o kriterijima koje su postavili autoriteti:

“Diskurzivni okvir primaljstva odbacuje pojam prirodnog porođaja koji se uzima zdravo za gotovo iz razloga što previše čvrsto vezuje prirodu protiv kulture, prirodu protiv medicinskih i tehnoloških intervencija, a ponekad i prirodu protiv samih žena (u slučaju neuspjeha rađanja *prirodnim putem*).” (2006: 251)

7. Doma je moguće bez borbe

Prirodni porođaj najčešće se povezuje i s izvanbolničkim okruženjem, rađanjem kod kuće uz podršku primalje i bliskih osoba. Iako je u nas razmjerno malen broj žena koje rađaju izvan bolnice, ideja prirodnog porođaja razvija se i dobiva na vidljivosti tijekom posljednjeg desetljeća i pol u opreci spram nadzirućeg, normiranog, institucionalnog, tehnokratskog porođaja, kako ga naziva Robbie Davis-Floyd (1994).

Kazivačica Ana svjesno je odabrala porođaj kod kuće jer je željela porođaj u opuštеноj atmosferi uz puno emocija, a za što je procijenila da se ne može dogoditi u rodilištu:

“Ja sam imala kućni porod i ja smatram da je moj porod bio najbliže onome što se može doći baš potpuno prirodnom, fiziološkom porodu. Evo bit će uskoro dvije godine da sam rodila doma. To sam napravila jer sam željela, ne jer se dogodilo slučajno. To uvijek ljudi pitaju. Moj porod je izgledao jako nježno, jako opuštено i to mi je najljepše

sjećanje u životu i mislim da jedina stvar koja bi možda mogla doć blizu je idući porod koji bi bio drugačiji, ali opet prekrasan. Ja se nadam. U principu, znači nakon Božića, Štefanje, mi smo bili doma, napokon smo bili malo opušteni muž i ja jer smo prije toga imali puno posla i odlučili smo da ćemo taj dan samo ležat doma i jest hranu i gledat božićne filmove. I ja sam osjećala kao da me kreću, ja nisam ni znala da su to trudovi. Prvi put sam bila trudna, mene to nešto malo kao stezalo u trbuhu, stalno sam išla na WC. Ja sam mislila pojela sam previše francuske, gotovo je, to je to. I ja sam cijeli dan išla na WC i cijeli dan me malo tako grčilo, ali okej, mi smo jeli, gledali, mazili se, sve je bilo super. I sad negdje oko ponoći ja sam odlučila otić spavat i popela sam se gore, jer smo u dvoetažnom stanu. I kako sam ja legla u krevet i okrenula se na bok tako je filmski puko vodenjak onako po cijelom madracu i ja sam samo kao pozvala svog muža on je došo sav, ono, kao šta je bilo? Ja sam rekla: 'Puko mi je vodenjak.' On kao jesi sigurna, možda si se samo popiškala? Rekoh: 'Ne Petre, cijeli krevet je namočen', kao puko mi je vodenjak i on kao ok šta sad? Ja, ništa. Javit ću svom porođajnom timu, jer sam našla bila primalju iz inozemstva koja je pristala bit na mom porodu. Ona ima svoju asistenticu, imala sam svoju doulu i svi zajedno smo imali tu grupu i poslala sam u grupu da mi je puko vodenjak, one su bile jako sretne, pitale su me kak se osjećam, ja sam rekla da sam jako uzbuđena. Onda su pitale da li imam trudove, ja sam malo pričekala vidla da nemam, onda su mi rekle: 'Onda odi spavat, probaj se odmorit što više, kad ti krenu trudovi ti nazovi.' Ja sam se istuširala, muž je malo pripremio dnevni boravak i to, ja sam legla spavat. On je legao spavat i oko negdje sedam ujutro, pa zapravo malo prije, su mi krenuli nekakvi lagani trudovi, al su bili baš lagani pa nisam ni muža htjela budit, ono, nek se odmori čovjek. Ja sam ih mjerila malo na mobitelu, malo i prespavala, i njima javila da su krenuli i negdje oko sedam i dvadeset su mi baš krenuli jači trudovi. To sam baš, ono, osjećala ok, ovo je sad, ovo je sad nešto konkretno. U tom trenutku je baš i došla moja doula i u principu bilo je divno. Dok je moja doula bila na putu, ja sam ušla malo u kupku da se opustim. Imamo doma malu kadu i taman sam izašla iz kade kad je ona došla i legla sam na krevet i ona mi je masirala leđa, imala je neku mješavinu ulja, muž je pustio neku glazbu u pozadini. Sve je fino mirisalo, narezao mi je jabuke na tanke kriške i donio mi je čašu vode s medom, ja sam to onako lagano jela, onak grickala, između svakog truda se točno sjećam da sam pričala s njima dvoma. Muž mi je masirao noge, a doula mi je masirala leđa, a kad mi bio trud ja bi, ono, samo bila u trudu i pustila da me prođe i to je tako bilo nekih sat vremena, sat i pol. I u jednom trenutku sam samo osjećala naglu potrebu da moram na

WC, baš moram na WC, moram na WC. Ja sam se, ono, ustala filmski, primalja je bila na putu i kak sam se ustala tako mi je kap krvi ovako poteklo niz nogu Ja sam se uplašila. Šta je to? Onda mi je doula rekla: 'Pa ti rađaš! Pa to je normalno.' Onda mi je ono bilo: ajme da kap krvi nije ništa strašno za porod. I otišla sam na WC, i bila sam uvjerena da moram na veliku nuždu, ali ništa nije išlo. I u tom trenutku me uhvatio jedan užasno jak trud i ja sam pogledala svoju doulu i ona mi je rekla evo primalja je tu za dvije minute ja reko super i još jedan jaki trud i ja sam ju pogledala: onako ja ovo ne mogu, ja ovo ne mogu, nema šanse, ja idem doma. Bila sam doma, a ja sam htjela doma. I ona mi rekla: 'Gle, ovo je tranzicija, jel mi vjeruješ? Uskoro će sve, ono, sve ic okej, to je normalno.' (Sad kad sam ja doula i kad čujem da žena kaže ne mogu, želim doma, točno znam da će brzo rodit, uvijek su iste rečenice u pitanju.) I one su došle i ja sam htjela rodit u bazenu, to je bila moja velika želja, rodit u bazenu. Ali bazen se mora napuhat, napunit, postaviti dolje, oni su to sve raščistili. I onda je bio dogovor moj muž će otići njima to pomoći, a doula će ostati sa mnom. Ja ću ući u kadu samo da se malo opustim. Mala je kada pa zato nisam htjela u kadi rodit jer nisam bila sigurna jel to moguće. I ja, kako sam ušla u kadu, tako sam imala jedan jaki trud i samo je glavica izašla i ja sam bila onako jako izbezumljena nisam uopće znala šta raditi, ja sam ovako pogledala. I oni su ovak svi virili kroz vrata, jer je mala kupaona. I ja: 'Šta sad trebam napraviti?' 'Pa čučni i u idućem trudu samo izvuci bebu.' Ja, ono, kao šta? I ja sam čučnula i, i u idućem trudu sam samo izvukla bebu i stavila je na prsa ovak se polegla u kadu i to je to! Kao da, rodila si! Ja nisam mogla vjerovati. Ja uopće nisam ni u jednom trenutku tiskala moje tijelo, ja nisam fizički tjerala tijelo na tiskanje, moji trudovi su izbacili bebu. To se ima naziv za to *spontaneous fetal ejection reflex*, to se događa rijetko ili u situacijama di je žena potpuno opuštena i, ono, baš je ono nije uopće prekinut njen fiziološki tok. I u trenucima kad je žena pod velikim stresom, pa onda adrenalin izbacila bebu. Meni se valjda dogodilo ovo prvo, ali stvarno ono kad meni neko kaže kako si ti tiskala. Ja uopće nisam tiskala, beba je samo izašla. I on je bio meni na prsima. Ja kad sam shvatila da sam rodila, ja sam krenula plakat. I plakala sam i plakala sam i onda sam mu pjevala i onda je moj muž bio tu kraj mene i on je plakao i tako smo se ljubili i bili u kadi. Primalja samo ovak se nagnula, provjerila puls, procijenila i rekla ostanite još par minuta tu mi ćemo ti spremiti krevet i nakon par minuta su mi pomogli do kreveta. Ja sam legla u složen krevet imala petsto onih podloga ispod plahte da slučajno nešto ne promoći. On je meni cijelo vrijeme bio na prsima, bio je pun verniksa, točno je bio pun verniksa i nakon nekog vremena kak je on bio na meni i mazao se on

je odma, tražio cicati i kak je on meni krenuo, ja još nisam imala mlijeka meni se krenulo malo kao grčit kao da mi se kaka i meni kaže primalja joj to ti se posteljica. Ja sam zaboravila da imam još posteljicu u sebi da trebam i to rodit. I meni je bilo kao čekaj. To ti je lagano, samo stisni ko da moraš kakat. Ja sam stisla, posteljica je izašla. Ona je provjerila cijelu posteljicu da vide da slučajno neki dio nije ostao. I zatim je provjerila mene, rekla mi nisi ništa popucala ne treba nikakva šivanja sve super. Jel želiš vidjet svoju posteljicu? Ja, onako, vau, nisam opće razmišljala o tome da želim vidjeti svoju posteljicu. To mi je bilo jako fora. I u principu moj sin je bio na meni negdje tri sata. I on je odma krenuo cicat i kako je meni izašla posteljica krenulo mi se stvarat mlijeko jer mi baš jako cica od prvog trena. I nakon nekih tih tako tri sta meni se krenula jako, jako piškit, bilo mi je bed kao beba je na meni sad se meni piški. One kao ne, ne to je super, idi se istuširat, kao asistentica će otić s tobom da ne ideš sama, a bebicu ćemo prebacit tati na prsa. I moj muž je skinuo majicu i njemu su stavili, ono, je bio, ono, on je plako od sreće. Ja sam otišla, istuširala se, baš mi je jako pasalo i taman dok smo se vraćali u sobu je moj sin svoju prvu stolicu izbacio po tatici. Meni je to bilo jako smiješno, jer je baš na tati odlučio, i onda u principu nakon toga su očistili bebicu, vratili ga meni. Tada je već otpulsirala pupčana vrpca. Znači, posteljica je stajala u posebnoj posudi i on je dalje bio spojen pupčanom. Kad je otpulsirala do kraja, moj je muž prerezao pupčanu vrpcu, primalja podvezala, pokazala kako da brinemo oko pupka, vratila ga na mene i pitala jesam gladna. I ja sam bila gladna, da nisam gladnija mogla bit. I oni su meni donijeli hranu. Hranili su me dok je beba bila na meni i u tom trenutku u principu je moja mama, jer moji roditelji su znali da ću imat kućni porod. I moja svekrva, mi smo im odmah rekli da je to nama želja. I mama kaže da je ona bila ispred zgrade cijelo vrijeme čisto da bude tu, ako bi trebalo nešto donijeti, al me nije htjela stresirat pa kao, ako mi nije problem, ona bi htjela doć vidjet ako je to sa mnom u redu, ako nije, nema problema. Ja sam rekla da može doć. U principu došle su moja mama i svekrva i par sati nakon njih su došli moj otac i svekar i to je bilo prekrasno. Oni su svi tolko bili emotivni, plakali, nisu mogli vjerovat, ono, tako lijepa beba, prvo unuče, baš je bilo predivno, nisu bili dugo, da se mi odmorimo otišli su. Ubrzo nakon njih i primalja je otišla i mi smo imali prvu tu noć kao obitelj.”

Anin primjer pokazuje kako majka i primalja zajednički sukreiraju, prisvajaju i reinterpretiraju značenje porođaja. Ono što se komunicira u Aninoj pripovijesti o porođaju je dostatnost prirode nad tehnologijom. Preokreće se mehanicističko gledište o ženskom tijelu kao neispravnom,

kojem je potreban medicinski nadzor i upravljanje te se zamjenjuje jezikom povezanosti, moći i slavljenja tijela.

Za odvijanje porođaja izuzetno je važan i prostor u kojem se rađa. Žene koje su se odlučile na porođaj kod kuće doživljavaju prostor doma i njegove intime kao poticajan, u njemu se osjećaju sigurno i zaštićeno. Kreću se u poznatom prostoru u kojem imaju kontrolu. Mogu utjecati na kreiranje atmosfere koja je njima ugodna podešavajući svjetlo, mirise, glazbu, toplinu. No ne povezuje se nužno prostor doma s prirodnim porođajem. Neke žene smatraju da se prirodno može roditi u rodilištu, odnosno da se za prirodan porođaj u bolnici treba boriti. Prirodan porođaj bez borbe moguć je u primaljskom holističkom pristupu.

“Meni je prirodan porod bio normalan porod u bolnici... Porod bez komplikacija i za majku i za dijete.” (Julia)

“Imala sam iskustvo i jednog i drugog, i bolničkog i kućnog, definitivno je bitno mjesto. Jer doma je to moguće postići bez borbe, a u bolnici je potrebna borba da bi se dobio prirodan porod.” (Danica)

Neke žene smatraju da je bitan način, a ne mjesto rađanja:

“Porod bez kirurških ili kemijskih medicinskih intervencija. Da. Dakle, ne mislim na to gdje se rađa, nego kako se rađa.” (Sunčana)

Michel Odent francuski je liječnik koji je tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća u državnoj bolnici u Pithiviersu preobrazio opstetričku praksu utemeljenu na tehnološkim postupcima. Što manje tehnoloških uplitanja u sam tijek porođaja u konačnici daje bolje rezultate, tvrdi. Kako on navodi, “vrijeme i strpljenje su najkorisniji saveznici” (2000: 3). U razdoblju kada se u rodilištima intenzivno primjenjuju metode praćenja uz pomoć elektroničke opreme on napušta dominantnu doktrinu i otvara se praksi praćenja prirodnog tijeka porođaja bez uplitanja i intervencija. Odentova razmatranja o prirodnom porođaju dotaknula su se prostora kao važne dimenzije u ponovnom zamišljanju porođaja. Odent naglašava važnost veličine i intimnosti prostora u kojem žena rađa. Odentovo objašnjenje temelji se na uvidima evolucijske biologije, sociobiologije i evolucijske psihologije, polazeći od činjenice da su ljudi sisavci, a sisavci traže skrovlita mjesta kad rađaju. Tako je i prigušeno osvjetljena mala rađaonica nalik skrovitome gnijezdu značajno bolji prostor za rađanje nego velika rađaonica nalik hotelskoj sobi (2000: XVI).

Razmišljanja o mjestu rađanja, prostoru i afektivnim vezama između ljudi i prostora polaze od ideje *boljeg mjesta* za rađanje. U sučeljavanju bolnice kao prostora rađanja, rađaone i *boljeg*

mjesta u prvi plan dolaze novi pristupi ljudskom zdravlju koji omogućavaju transformaciju dominantnih oblika zdravstvene skrbi, ideologija zdravlja i dobrobiti. Takvi pristupi omogućavaju, kao što je više puta navedeno, pluralne ontologije porođaja. Salutogeneza je pristup ljudskom zdravlju koji ispituje čimbenike koji pridonose promicanju i održavanju tjelesnog i mentalnog blagostanja, a ne bolesti, s posebnim naglaskom na mehanizme suočavanja pojedinaca koji pomažu u očuvanju zdravlja unatoč stresnim uvjetima.²⁴ Salutogeni prostor u bolničkim rodilištima trebao bi biti takav da se žene osjećaju ugodno i opušteno jer bi se na taj način i njihov porođaj odvijao prirodno, bez zastoja i komplikacija. Zalka Drglin (2019) tako navodi kako prostor ima važnu ulogu u omogućavanju ili inhibiciji fiziološkog poroda zbog svojih stimulirajućih ili inhibirajućih učinaka na izlučivanje antagonističkih hormona – oksitocina i adrenalina. Prostori koji su uređeni na način da izazivaju ugodu potaknut će izlučivanje oksitocina što će potaknuti trudove i otvaranje ušća maternice. Dobrobiti roditelje pridonijet će i iskustvo njezine pratnje. Ako se pratnja osjeća neugodno, taj se osjećaj prenosi i na roditelju. Neugodi pridonose i jako svjetlo, glasni zvukovi i nedostatak intime. U sljedećem će poglavlju biti objašnjena povezanost prostora doma, kućnog okruženja i prirodnog porođaja.

7.1. Roditi kući je bilo ljepše

U ovom poglavlju bit će predstavljena iskustva žena koje su odabrale porođaj kod kuće, kao i njihova prethodna iskustva porođaja u bolnici. Od 18 intervjuiranih žena, osam ih je imalo iskustvo porođaja u bolnici nakon kojeg su odlučile svoju drugu djecu roditi kod kuće. U prošlosti su žene različitih društvenih slojeva rađale isključivo u kući. Shodno ekonomskom i socijalnom statusu roditelje, porođaj je bio događaj uz asistenciju primalje i podršku drugih žena ili članova obitelji ili pak samotnjački čin. Danas *kućni porođaj* odabiru visokoobrazovane, ekonomski situirane žene koje su u mogućnosti izdvojiti, za hrvatske prilike, značajan novčani iznos koji se kreće od 1000 do nekoliko tisuća eura, prema riječima kazivačica, ovisno o vrstama usluga primalje i doule i o tome jesu li angažirane tijekom trudnoće, porođaja i babinja. Kao što je već rečeno, u Hrvatskoj se praksa rađanja iz kućnog okruženja preselila u rodilišta s razvojem javnoga zdravstva u desetljećima nakon Drugog svjetskog rata, a od šezdesetih godina 20. stoljeća postaje raširena i prihvaćena praksa, norma. Tijekom proteklog desetljeća i pol primjetan je promijenjen odnos prema kućnim porođajima koji nisu rezultat slučaja, već

²⁴ <https://www.merriam-webster.com/dictionary/salutogenesis> (pristupljeno 3. 9. 2022.).

svjesne odluke majke, odnosno budućih roditelja da se porođaj dogodi u domu. Za razliku od nekih europskih zemalja u kojima je porođaj kod kuće reguliran u okviru zdravstvenog sustava gdje niskorizične porođaje vode licencirane primalje, kao, na primjer, u Nizozemskoj, u Hrvatskoj to nije slučaj. Najveći broj kućnih porođaja pored Nizozemske imaju Velika Britanija, Island, Austrija, Danska, Norveška, Švedska, Finska i Švicarska, u kojima su kućni porođaji također regulirani unutar zdravstvenog sustava. U susjednoj Sloveniji porođaj kod kuće zakonski je reguliran, a porođaje može obavljati diplomirana primalja koja posjeduje licencu za vođenje kućnih porođaja. Porođaj se ne može obaviti kod kuće ako se procijeni da postoje zdravstveni rizici ili da ne postoje adekvatni prostorni uvjeti. Nadalje, porođaj se ne može obaviti kod kuće u slučaju da postoji sumnja na obiteljsko nasilje, uživanje alkohola ili droga. Također, potrebno je voditi računa o tome da udaljenost do najbližeg rodilišta ne bude više od 30 minuta vožnje. O početku porođaja primalja je dužna obavijestiti dežurnog opstetričara u najbližem rodilištu i hitnu medicinsku pomoć kako bi mogli pravodobno reagirati u slučaju da to bude potrebno. Primalja također obavlja i administrativni dio prijave djeteta u maticu rođenih te obavještava porodničara, pedijatra i patronažnu sestru kako bi ona mogla obaviti kućni posjet (usp. Šebalj 2022).

Prema opisu razvoja prirodnih porođaja u domu koji je iznijela kazivačica Borka, u početku su kućni porođaji bili *u ilegali*, informacije o tome kako stupiti u kontakt s licenciranom primaljom dijelile su se putem pouzdanih kanala, sve je bilo *low key*. Tijekom godina odnos se promijenio i iako je zapravo riječ o zanemarivom postotku kućnih porođaja, što se vidi iz donje tablice, oni otvaraju čitav niz pitanja koja se tiču reproduktivnih prava žena, autonomije nad tijelom, odnosa moći i organizacije maternalne skrbi. Danas je njihova vidljivost u javnosti veća, o njima se raspravlja kao o mogućoj opciji porođanja na društvenim mrežama, u okviru rada roditeljskih udruga poput RODA, udruga doula i primalja, organiziraju se edukacije, a informacije i iskustva majki o porođaju kod kuće prenose nacionalne televizije, i to u gledanim terminima. Tome svakako treba pridodati naraslu svijest među građankama o pravu na izbor mjesta rađanja kao ljudskom pravu.

Da bi se stekao uvid u to o kojem je broju kućnih porođaja riječ, izradila sam tablicu usporedbe kućnih i rodilišnih porođaja. Tablica sadrži podatke Ministarstva uprave²⁵ o broju rođene djece kod kuće u razdoblju od pet godina koje je na traženje udruge RODA dostavilo Ministarstvo i

²⁵ Roditelji su dužni prijaviti dijete u maticu rođenih koje prikuplja Ministarstvo uprave. Za djecu rođenu u rodilištima vodi se statistika koju prikuplja Hrvatski zavod za javno zdravstvo, koji nema podataka o kućnim porođajima.

koji su objavljeni na mrežnoj stranici Udruge²⁶ i u okviru Izvješća o porodima u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj Hrvatskoga zavoda za javno zdravstvo.

Tablica br. 2: Kućni porođaji i porođaji u rodilištima

Godina	Kućni porođaj	Ukupno rođenih u rodilištima	% Kućni porođaj
2018.	52	37.436	0,14
2019.	69	36.635	0,19
2020.	97	36.310	0,27
2021.	94	36.991	0,25
2022.	37	33.883	0,10

Kao što je vidljivo iz priloženih podataka, broj kućnih porođaja neznatan je u odnosu na ukupan broj porođaja. Veći se broj kućnih porođaja dogodio za vrijeme pandemije bolesti COVID-19 tijekom 2020. i 2021. godine, a taj se uvećani broj može tumačiti i kao izbjegavanje mogućnosti zaraze u zdravstvenoj instituciji, odnosno kao shvaćanje doma kao sigurnijeg mjesta za majku i dijete od zdravstvene ustanove. Percepcija o tome treba li obavljati porođaje niskorizičnih trudnoća kod kuće razlikuje se s obzirom na to tko govori. Kada se ginekologe pita o mogućnosti porođaja kod kuće primarno se ističe potreba uređenja sustava u kojem je potrebno dobro procijeniti potencijalne rizike te samo one trudnoće za koje se procijeni da nema rizika mogu završiti porođajem kod kuće. Pored toga, važno je imati dobro organiziran sustav transporta do najbliže bolnice. Tako ginekolog Milan Kos u časopisu *Moje dijete*²⁷ zaključuje da “Hrvatska svojim zdravstvenim standardom nažalost još nije dosegla razinu za siguran sustav rađanja kod kuće. Pojedinačni su slučajevi mogući, uglavnom u obliku privatnih dogovora ili slično, ali ja za sada ne preporučujem takvu praksu nikome” [s.a.]. Upitan da komentira mogućnost porođaja kod kuće Tomislav Hafner iz zagrebačke Kliničke bolnice Sveti

²⁶ <https://www.roda.hr/udruga/dokumentacijski-centar/reakcije/broj-kucnih-poroda-u-hrvatskoj-u-2018.-2019.-2020.html> (pristupljeno 15. 9. 2023.).

²⁷ <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/porod%20kod%20kuce.pdf> (pristupljeno 15. 9. 2023.). PDF teksta “Porođaj kod kuće” autorice Lejle Dervoz Rajić iz časopisa *Moje dijete* na mrežnoj stranici Komore primalja naveden je bez godine objavljivanja članka.

Duh za portal KApplus²⁸ 2021. godine odgovorio je kako smatra da je porođajima mjesto u bolnici. Posebno je istaknuo:

“Problem je što mi ne možemo unaprijed prepoznati, mi možemo procijeniti rizike, pretpostaviti tko će imati vrlo veliku vjerojatnost da se upravo to odvije bez ikakve medicinske pomoći i recimo u takvim slučajevima, uz dopunske organizacije ostaviti roditelju da rodi kod kuće. Međutim, čak i u toj skupini, u jednom malom broju, u nekoliko od 100 roditelja će se uspostaviti potreba za hitnom intervencijom. A to doma nije moguće...”

U osvrtu na desetljeće obavljanja kućnih porođaja u *Liječničkom vjesniku* Dubravko Habek iz iste bolnice primarno ističe negativne posljedice kućnih porođaja:

“Uglavnom ostaje nepoznanica tko je bila stručna (ili nestručna) osoba koja je vodila domicilni porođaj, ne postoji medicinska dokumentacija o tijeku i/ili ishodu porođaja i nije jasno zašto se porođaji obavljaju prikriveno pa dobivaju karakteristiku polulegalnoga ili ilegalnoga. Iz toga razdoblja, uz sretne svršetke, nažalost, poznati su i nepovoljni klinički primjeri tih ‘nehitnih’ porođaja iz kućnih uvjeta u Hrvatskoj: teška poslijeporođajna hemoragija s opstetričkim šokom i postpartalnom histerektomijom, puerperijska sepsa, protrahirani višednevni porođaj s vakuuskom ekstrakcijom i mekonijskom plodovom vodom te peripartalnom asfiksijom i reanimacijom novorođenčeta, zapušteni protrahirani porođaji, cijeljenje epiziotomije per secundam intentionem s infekcijom rane itd.” (2020: 264)

Dosad javnosti poznati porođaji kod kuće koji su prezentirani u medijima, kao i oni mojih kazivačica, rezultat su planiranih i željenih trudnoća, planiranih i željenih lokacija porođaja. Nastavljajući se na Habekovu kritiku, smatram da je nužno hitno pravno regulirati kućne porođaje jer nepostojanje adekvatne evidencije i zadržavanje kućnih porođaja u “sivoj zoni” otvara vrata zloupotrebi i manipulacijama u kojima žene mogu biti prisiljene rađati u svrhu trgovanja ljudima ili biti eksploatirane kao surogat majke. No ta je tema, iako zasigurno jako važna, ostala izvan optike ovog doktorskog rada.

O idejama porođaja kod kuće primalje imaju nešto drugačiji stav od spomenutog liječnika. One smatraju da nema zapreka da se porođaj odvija kod kuće ako je riječ o niskorizičnoj trudnoći i

²⁸ <https://kaportal.net.hr/aktualno/vijesti/3984480/za-ministra-ekstremni-rizik-no-mnoge-zene-zele-porodjaj-kod-kuce-potruga-istrazuje-zasto-drzava-ne-propise-jasna-pravila/>.

procjeni da porođaj može proći bez komplikacija, uz educiranu primalju. S tim u vezi, iz Komore primalja ukazuju na potrebu zakonske regulacije kućnog porođaja koja bi omogućavala da se njihov rad odvija sukladno zakonu te se, kao i neki ginekolozi, zalažu za bolju organizaciju zdravstvenoga sustava kako bi u slučaju potrebe trudnica mogla dovršiti porođaj u bolnici. Primalje se također oštro protive bilo kakvoj mogućnosti rađanja kod kuće bez asistencije kvalificirane primalje²⁹ No budući da zdravstveni sustav nije organiziran tako da podržava kućne porođaje, hrvatske primalje ne mogu samostalno obavljati porođaje kod kuće. O tome iskusna primalja iz istarskog rodilišta kaže:

“Znači, moje osobno mišljenje što se tiče poroda kod kuće je da treba cijeli sustav urediti tako da može pružiti podršku tim primaljama koje porođaju kod kuće. Ja nemam ništa protiv, i ja bih išla, ali želim da cijeli sustav stoji iza mene. Znači, jer prva stvar koju ja, ja sam primalja od svoje 14. godine svog života, na ginekologiji, ja prva stvar koju nikad neću dovest u pitanje je život majki i djeteta. Znači, to je prva i osnovna stvar. Ja ako idem porođat nekoga kući bez da ja imam sređen sustav da mene čekaju ambulanta kola, da mi je bolnica blizu da meni može uskočiti neko pomoć oko nekoga, dođe do nekakvih nepredvidivih komplikacija u porodu, znači od zastoja, do krvarenja, do reanimacije novorođenčeta, do bilo čega sličnoga. Znači, ja ako nemam nekog ko će meni pomoć i tko zna jako dobro ginekologiju opstetriciju, znači ja to ne bih išla raditi. Zbog prve stvari koje sam rekla. Ni u jednoj rečenici znači ne želim dovest u pitanje život majke i novorođenčeta. To mi je najvažnija stvar, meni kao primalji. Da se sustav sav sredi kao što je vani. Znači, da se naprave sobe za rađanje ili mjesta za rađanje koja su blizu bolnice, da je organiziran transport majke i novorođenčeta hitan u bolnicu, da vas čekaju hitna pomoć ispred kuće, da vi shvaćate... To su sustavi koji su cijeli organizirani tako da paze na tu sigurnost. Znači, vani primalje imaju posebne edukacije što se tiče poroda kući. To su edukacije koje se kontinuirano i stalno odvijaju. Znači to su te... znaju kada treba, kako intervenirati u kojim situacijama. Koje lijekove dati, znači koje, ne znam, zahvate koje postupke izvesti ako dođe do nekih komplikacija. Znači, cijeli sustav, te edukacije, do te sigurnosti da ti pruža sustav, ja mislim da bi trebalo uzet, evo to je moje mišljenje, zbog sigurnosti majke i novorođenčeta.”

²⁹ <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/porod%20kod%20kuce.pdf> (pristupljeno 15. 9. 2023.). PDF teksta “Porođaj kod kuće” autorice Lejle Dervoz Rajić iz časopisa *Moje dijete* na mrežnoj stranici Komore primalja naveden je bez godine objavljivanja članka.

7.2. Povezanost i povjerenje

Žene koje su rađale kod kuće nakon porođaja u bolnicama kao pozitivne strane prvenstveno ističu autonomiju koju nisu imale u rodilištu te emocionalnu stranu porođaja nasuprot distanciranom odnosu i nedostatku podrške osoblja u rodilištu. Način na koji se odvija medikalizirani porođaj isključuje emocije žene. Na kućnom porođaju, ističu kazivačice, prevladavaju osjećaji sigurnosti i povjerenja u svoje tijelo, relaksiranost zbog mogućnosti kretanja, toplina i ljubav koju osjećaju prema partneru, djeci i ljudima koji ih okružuju. Studija o sigurnosti koju su provele Kathleen Fahy i Jenny Parratt (2006) pokazala je da je ženama za osjećaj sigurnosti potreban prostor koji mogu prilagoditi svojim potrebama, u kojem osjećaju da imaju kontrolu. Osjećaju sigurnosti, osim fizičkog prostora, pridonose prije svega odnos povjerenja koji roditelj uspostavlja s primaljom te odnosi s drugim ljudima koji su joj podrška – doulom, članovima obitelji, prijateljicama. Upravo ti odnosi bitan su faktor u definiranju sigurnosti kako je vide žene. Osjećaju ugođe pridonose ugodni mirisi, prigušena svjetla, omiljena glazba, izmjene nježnosti s partnerom. Povjerenje u primalju i doulu od osobite je važnosti. One podupiru uvjerenje da “tijelo zna” i ohrabruju majku u izgradnji povjerenja u svoje tijelo. Neke su žene postale doule upravo nakon pozitivnih iskustava sa svojih porođaja u kojima su im asistirale doule. Podršku koju su dobile željele su pružiti drugim ženama. Izgradnja mreža podrške i povezivanje žena sličnih iskustava povećava snagu narativa koji se razvijaju nasuprot dominantnom medicinskom porodničarskom narativu.

Biomedicinski model porođaja, koji slijedi točno određene protokole gdje se ističe prije svega sigurnost u slučaju možebitnih komplikacija, kod mnogih žena stvara sasvim suprotan osjećaj nesigurnosti praćen strahom, bespomoćnosti, neizvjesnosti. Uspoređujući iskustva porođaja u bolnici i kod kuće, Đurđica vrlo jasno ocrtava borbu za porođaj bez intervencija i očuvanje svoje autonomije u rodilištu. Za razliku od bolničkog porođaja u kojem je bila pod stalnim pritiscima, u kućnom porođaju ritam porođaja nije bio ometan, a atmosfera je bila opuštajuća. Ljubav i zajedništvo obitelji koja zajednički sudjeluje u cijelom događaju posebno ističe kao najvažnije aspekte kućnog porođaja:

“Nebo i zemlja. Zapravo me od početka, od prve trudnoće od početka me vukao taj koncept prirodnog poroda, što god to značilo. Možda ste se već sreli u razgovoru sa ženama koje su težile prirodnom porodu da su recimo čitale Inu May, da su čitale Michela Odenta, da je tu neki romantizirani onako pojam prirodnog poroda. I ja sam gravitirala tom nekom kućnom u ideji, ali tad nisam poznavala nikog. Mislila sam žene u Hrvatskoj ne rađaju kod kuće, možda tu i tamo neka, al to mi je bilo sasvim strano i

misllila sam da mogu nešto najbliže tome imati u bolnici. I u konačnici i jesam imala dakle porod s minimalnim intervencijama s tim da intervencija je već sam dolazak u rodilište. Intervencija je stavljanje braunile... makar nećete nikakve postupke radit tako da... Imala sam takav to što kažem interventan porod, ali uz jako, jako puno ometanja uz jako: pa uzmite epiduralnu bit će vam lakše, pa ajmo mi to malo ubrzat, pa vodenjak, pa trebali bi dat neke lijekove. Onako odbijanje, odbijanje, odbijanje. Jako je bio borben taj proces koji zapravo porod sam po sebi ne bi trebao bit toliko borben, tako da ja sam to odradila, al mi je bilo onako malo... neke stvari su bile previše napadne za moje pojmove. I cijeli taj izgon i to sve instruiranje pa sad tiskanje, pa sad ne tiskanje, meni je to bilo jako stresno, neki dijelovi čak onako malo traumatični i trebalo mi je dugo da to iščistim iz svog sustava i znala sam da kad drugi put budem zatrudnila da nema šanse da odem u rodilište ponovno i, ono, mislim svaka čast onima koji se trude da to bude ugodno iskustvo, ali za moj senzibilitet je to bilo previše svega. U međuvremenu sam postala doula i jako puno se educirala o tome svemu. Nije bilo dvojbe da ću imat porod kod kuće osim da je bilo nekih komplikacija, naravno da bi otišla u rodilište, ali ovako je to kod mene bio kućni. Bila sam cijeli dan doma, bila je starija kći sa mnom, muž, imali smo normalno jutro, ja sam imala trudove već kroz noć, kroz jutro, al to sve lagano, on je nju odveo da se ja kratko odmorim, došla mi je je moja prijateljica kolegica i doula i popile smo... ona je popila kavu, ja sam ništa, tamo šetkala po kući. Popodne je to se malo zahuktalo, ona je otišla doma pa se ponovno vratila, bile smo u kupatilu, lopta, tuš, muzika, svjećice, u osam sati je to već bilo onako jako zahuktalo. Primalja je došla negdje pred sam kraj i u deset uz muža, doulu i primalju sam rodila dok mi je kćerka spavala u drugoj sobi. Ona se poslije zbunjena sva probudila, ono, ja sam samo otišla piškiti. Pa dođi upoznaj seku! To mi je bio najljepši trenutak zapravo toga svega, što smo kao obitelj bili skupa. Moj muž je bio toliko van sebe, on je danima bio pod dojmom kako je on nju primio, kako je on nju tu stavio meni na prsa. Ma baš je bio van sebe, toliko emotivan, jer je on prošao cijeli taj prvi porod sa mnom u rodilištu. I njemu je to isto bilo jako adrenalinsko, jako stresno iskustvo. Ovo je bio drugi porod i imali smo ideju šta nas čeka, imali smo jako dobar *support*. Znači, svih mojih kolegica doula, primalja, stvarno smo imali cijeli, onako, krug oko nas i nismo imali nikakvih dilema što se toga tiče.”

Intimnost i osjećaj povezanosti stvoreni kroz iskustvo kućnog porođaja i umrežavanje koje pružaju primalje i doule stvorili su prostor za podršku ženama. Osnažene, one izlaze sa svojim

pričama u javnost i kreiraju kolektivne narative. Ti narativi o praksama kućnih porođaja narastajući su izazov za institucionalni sustav jer su remetilački faktor uspostavljenom medicinskom autoritetu.

U desetljećima nakon Drugog svjetskog rata žene su još uvijek rađale kod kuće. Vesna je podijelila iskustvo svoje majke iz kojeg se razabire da između pristupa porođaju kod kuće i u rodilištu nije bilo značajnih razlika. Kao što je već ranije bilo spomenuto, proces medikalizacije, razvlaštenja žena, zahuktao se u šezdesetim godinama 20. stoljeća.

“Mama je rekla da njoj to što je bila u bolnici nije bilo ništa puno bolje nego kod kuće. S time da moramo znati da je ona rađala u neakvim četrdesetim, pedesetim godinama i da je njoj njezin zagrebački ginekolog došao doma na porod, što mi na primjer ne možemo, nismo mogli ostvariti. Dakle, ona je mogla roditi doma sa najboljom skrbi koja je tad postajala u gradu. Nije ona sad iz nekih uvjerenja rodila doma, jednostavno se valjda to tak radilo. Na idući porod je išla u bolnicu i rekla je: ‘Pa tak svejedno, više-manje ista stvar’.”

7.3. Pregovaranja i prijepori

S obzirom na to da živimo u društvu u kojem je uobičajeno da se rađa u rodilištu i da se to od žena očekuje, odluku o porođaju kod kuće nije jednostavno donijeti. Žene svjedoče o tome da se na porođaj kod kuće ne gleda samo sa strahom “da nešto može krenuti po zlu” već se na majke koje žele roditi u vlastitom domu gleda kao na neodgovorne i sebične. K tomu valja pridodati i strah od odgovornosti, ali i pritisak okoline. Danica se odlučila na kućni porođaj nakon neugodnog iskustva s liječnicima u bolnici, ali odluka nije bila laka. Bilo je puno vlastitog preispitivanja, pregovaranja sa suprugom, koji isprava nije bio sklon toj ideji, no željela je da to bude zajednička odluka jer joj je trebala njegova podrška. Ona to objašnjava ovako:

“Bilo je tu puno i mana i prednosti i puno propitkivanja. Šta može poći po zlu, zašto je to dobro, zašto nije dobro... Puno je tu bilo razmišljanja, educiranja, pričanja sa doulom i sa ženama koje su to prošle... Taj kućni porod, ogromna je odgovornost za ženu. Jer je u pitanju jedan život, koliko god znaš da je prirodni porod najbolji za tvoje dijete, braniš se... Jer u bolnici možeš, pod navodnicima, okriviti ako nešto pođe po zlu druge, a ovdje si krivac, pod navodnike, si ti. I to je ta odgovornost koja mi je je bila najteža za preuzeti, al smatram da je to ključno. Kad tu preuzmeš odgovornost, ti si preuzeo

odgovornost za svoje dijete kroz život i za zdravlje svog djeteta i za sve druge aspekte. I ti si sigurniji u svoju odluku kao roditelj. To smatram da je tako. I uglavnom sam s mužem razgovarala, najviše je bilo zbog muža... Da se samo mene bilo pitalo, definitivno bi išla na to. Ali, bila mi je bitna njegova podrška, nisam mogla bez toga. I nekako malo po malo, što smo više pričali, više se svađali (ha, ha), on je vidio koliko mi je to bitno, vidio je. I pristao je, ali ne ono pristaje, pristajem, nego stvarno srastao s tom odlukom. I to mi je jako značilo i u tom cijelom procesu, koliko god je bio težak mi je to značilo... I ta naša ljubav je isto rasla, kolko god kažem da je bilo teško. I kad je on dao zeleno svjetlo, negdje na pola trudnoće u 20. tjednu sam se javila primalji.”

Jedan od nezanemarivih aspekata kućnoga porođaja je razumijevanje administrativne naravi svakog porođaja. Ta odluka, koja može biti rezultat prijepora, neugodnih iskustava ili pak dobre informiranosti i osjećaja da stvar tako treba napraviti, u sebi uključuje i dobro informiranje o tehnokratskoj naravi evidencije koja se mora dogoditi ubrzo nakon poroda. Uobičajena je praksa kod porođaja u rodilištu da bolnica dostavlja podatke o rođenoj djeci u matični ured na čijem se području nalazi. Zadaća je roditelja da u roku od mjesec dana u matični ured prijave ime djeteta, a to moraju učiniti osobno i sporazumno. U slučaju kućnih porođaja prijaviti dijete može prema uputama na portalu e-Građani³⁰ otac, majka kada za to bude sposobna, osoba u čijem je stanu dijete rođeno, primalja ili liječnik koji je sudjelovao u porodu ili osoba koja je saznala za rođenje djeteta. Matičaru se predočuje medicinska dokumentacija o porođaju ili dokaz o majčinstvu. Ta medicinska dokumentacija jedan je mehanizama koji povezuje intimu kuće, rođeno dijete, obitelj i državu. Kao obavezan dio kasnijeg postupka postajanja građankom/građaninom, prijava rođenja djeteta koje se rodilo kod kuće mora sadržavati postupak prepoznavanja rođenja kao legitimnog čina. Ono što predstavlja tehničku i administrativnu rutinu bolničkog porođaja, a sastoji se od dojave rođenja djeteta u upisnik, odnosno Maticu rođenih, za djecu rođenu kod kuće prvi je korak u prepoznavanju njihove vlastite izvanjskosti sustavu. Činjenicu da je dijete rođeno potvrđuje liječnik. Za dijete rođeno kod kuće, u svim slučajevima koje sam konzultirala u izradi ovoga doktorata, prvi pregled novorođenčeta obavio je pedijatar u privatnoj ordinaciji. Ni jedna od sugovornica nije imala neugodnosti pri prijavi djeteta u Maticu rođenih. Jedna je od njih, Vesna, paradoksalno unaprijed obavijestila matični ured o kućnom porođaju i zatražila uputu koje je sve dokumente potrebno pribaviti kako bi prijava prošla bez dodatnih poteškoća i zastoja. O tome Vesna kaže:

³⁰ <https://gov.hr/hr/prijava-rodjenja-djeteta/696> (pristupljeno 17. 9. 2023.).

“Roditi kući je bilo ljepše jer sam onda imala potpunu kontrolu nad time kako će se to odviti. Djevojčica je prva beba rođena kod kuće registrirana u općini Centar od šezdesetih, sedamdesetih godina. Što se tiče, na primjer, grada – ja sam javila našoj općini da planiram roditi kod kuće, jer su se znali pojavljivat problemi s prijavom djeteta i tako to. Ja sam rekla da nisam zadovoljna kako to funkcioniraju hrvatska rodilišta i planiram roditi kod kuće i da molim da mi jave koju dokumentaciju trebam nakon toga donijeti. Nisu mi radili oko toga nikakve probleme. Ne znam kakva je sad situacija, ali tad nije bilo dozvoljeno da liječnik ili primalja dođe na kućne porode. Ja sam pitala svog ginekologa, on je reko da bi on to volio, da bi ga zanimalo. Pitao je svoju liječničku komoru i rekli su mu super, odi na kućni porod, sutradan više nisi član naše komore. Tako da to nije bilo moguće i našla sam primalju koja mi je došla iz Austrije, iz Graza.”

Među mojim kazivačicama bile su dvije žene koje su nakon dva, odnosno tri carska reza odlučile roditi kod kuće. Dunja je nakon lošeg iskustva na prvom porođaju, pri kojemu se osjetila izigranom i prevarenom jer nije dobila točne informacije o anesteziji pri izvedbi carskog reza, i drugog, na kojem je izvršen carski rez bez njezina pristanka, odlučila djelovati u udruzi i utjecati na promjene sustava koji prema njezinu iskustvu nema pristup porođaju i roditeljama. Proces iscjeljivanja nakon porođajnih trauma bio je dugotrajan, a osnažujuća je bila spoznaja da nije ona kriva za ta bolna iskustva, da slična dijele i mnoge druge žene koje joj mogu biti saveznice u akcijama koje će dovesti do promjene sustava koji ne odgovara na potrebe žena.

“I kad sam se počela čupati iz toga ja sam zapravo htjela potvrdu da ja nisam luda i da je, da nisam kriva za sve ono što mi se desilo. I onda sam ja pomalo kak sam se čupala iz toga zapravo skužila da ništa nisam ja bila kriva, nego je sustav jednostavno tako koncipiran. I onda sam skužila da, ono, jedan dio moje terapije je zapravo bio to da ja učim, da radim kontra toga...”

Proživljeno iskustvo rađanja u primaljskom modelu izvan institucionalnog sustava daje majkama osnovu znanja koje se kreira izvan dominantnog biomedicinskog diskursa oslanjajući se na subjektivno znanje, ono što Mary Field Belenky i suradnice nazivaju “unutarnjim glasom” spoznavanja (Belenky et al. 1998). Raskid s vanjskim autoritetom obilježava rast osobne snage i moći, kad žene postaju same svoji autoriteti. Posljedično, preispituju se dominantni narativi, a egalitarno dijeljenje znanja i istraživanje alternativnih i podčinjenih izvora znanja razotkrivaju skrivene izvore moći tehnoškopskog medicinskog modela. Razvoj

ženske kritike dominantnog modela porođaja dovodi u pitanje patologizaciju porođaja, primarno ideju sadržanu u mogućnosti oblikovanoj u sintagmi “ako nešto pođe po zlu”, oko koje se vrti i argumentacijski opravdava medikalizirani pristup porođaju (usp. Cheyney 2008).

7.4. Roditi doma nakon carskog reza

Rađanje kod kuće kao posljedica iznimno neugodnog, traumatskog iskustva porođaja carskim rezom jedan je načina narativnog iznalaženja motiva za takvu vrstu porođaja. Na treći porođaj kod kuće Dunja se odlučila nakon seminara kod Michela Odenta, koji je 2010. godine u Zagrebu održao prvu edukaciju za doule. Osjećala se dovoljno osnaženom i sigurnom u sebe da treće dijete rodi izvan bolničkog rodilišta. Trudnoću je kontrolirala kod primalje iz Trsta koja je i asistirala na porođaju kod kuće. Dunja ne romantizira kućni porođaj, govori kako je porođaj dugo trajao, kako joj je bilo teško, kako je bila iscrpljena, kako je pregovarala oko nekih postupaka, ali je uvijek postignut dogovor. Ništa joj od postupaka nije bilo nametnuto. S primaljom se susretala tijekom trudnoće i već su se dobro upoznale. Nisu bile poput *intimnih stranaca* kao što je to slučaj pri susretu s primaljom u rodilištu, koju žene vide prvi put. Ovaj primjer potvrđuje nalaze iz studije Kathleen Fehy i Jenny Anne Paratt (2006) o partnerstvu u pregovaranju između primalje i roditelje u holističkom pristupu za razliku od hijerarhijskog modela kontrole u biomedicinskom pristupu. Dunja ovako opisuje svoj kućni porođaj:

“Kad su krenuli trudovi ja sam rekla: ‘Ma ja mislim da je nešto...’ Ja sam se okrenula dva puta i evo ti primalje na vratima. Ja sam rekla: ‘Čovječe, ja sam te zvala prije 15 minuta, di ćeš ti brže sad iz Trsta tu!?’ ‘Pa brzo vozim, ono, ne brini’. Rekoh: ‘Super!’ I tako sam imala trudove cijelu noć. Ona je valjda mislila da će to ići jako brzo, ili je izgledalo da će ići jako brzo, jer je ona svu aparaturu izvadila dva puta. Ono, sad će, sad će. Ali mislim da su ti strahovi bili meni u glavi, teško sve ono iznjedriti do kraja. Sve je skupa trajalo 35 sati i tamo pred kraj toliko sam bila umorna da nisam uopće bila više lucidna. Ono, počela sam pričati svakojake gluposti. U glavi sam sanjala, nešto sam si stavila u glavi da moram roditi neki panj. I taj panj mora izaći, gle kako je veliko to deblo! Kako će to izać? Svašta je meni bilo, od gluposti, od umora. I valjda mi je to trebalo da se ja opustim do kraja, nešto je mene kočilo jednostavno. I u nekom trenutku bila sam u bazenu, ona mi je napuhala onaj četiri puta dva bazen. To mi je bilo super, jer sam bila umorna, baš sam se puno odmorila. I rekla je, ono: ‘Ne, ne, ne! Opet su ti se trudovi usporili. Nisi u spa tretmanu, ti moraš roditi!’ A ja sam joj rekla: ‘Pa Michel

Odent je rekao da to ide tako!’ A ona će: ‘da, da, da, ali nije to on nikad radio, ne zna on koliki je to posao. Ajde sad se moraš dići iz bazena!’ ‘Ali neću!’ ‘Ali moraš!’ ‘Ajde dobro dignut ću se’, i kako su mi pomogli da se dignem iz bazena tako mi je doula držala ovako jednu nogu na rubu. Jedna noga mi je bila unutra i u jednom trenutku osjećala sam nešto ko lego kocku, ono, da mi prolazi kroz tijelo I samo sam onako sva izbezumljena digla glavu. Šta je to bilo? ‘Evo bebu si rodila!’ ‘Pa Bože mili! Nakon svega toga samo je pala van?’, rekla sam. (Drugi dan sam isto pitala muža kako je to pala u bazen: ‘Pa to jadno dijete je palo, šta ja uopće nisam skužila?’ ‘Ne, pa jesi budala, nije pala, babica je imala ruku ispod, samo ju je ulovila i stavila ti je u naručje’.) Ja uopće to nisam skužila. Ja sam bila toliko umorna, opet sam si sjela u bazen. Tamo smo bile sat vremena još i sve je bilo najnormalnije... Mužu sam rekla: ‘Dosta mi je, ideš mi na živce. Šaljem te van, ne želim te više vidjeti.’ Onda je zaspao pa je hrkao pa sam douli rekla: ‘Zatvori vrata, ne želim ga čuti više ni vidjeti, on samo smeta’, al na kraju je zapravo ispalo najbolje, jer je skužio da je valjda blizu. On je stajao cijelo vrijeme iza mene, ja nisam znala da je on tamo, on je bio tamo. Čim se beba rodila ja sam počela vikati da dođe, on se samo stvorio. I onda se, onak, čudim: ‘Kako si ti tako brzo došao? Sad malo prije si hrkao’, a, ono, u sobi je, a cijelo vrijeme je bio iza mene i šutio. Što je dobro za njega, tako da zapravo bolje nije moglo biti. Znači, bio je tamo, šutio je, djeca su spavala, ovaj, bilo je smiješno! Znači, probudili smo ih nakon što se beba rodila, i došli su je vidjeti i onda doula je pitala sina: ‘Kako si ti uspio spavati?’ ‘Bio bi spavao da mama nije proizvodila one zvukove cijelu noć.’ Ima šest godina. A ono, zaboravili su mu zatvoriti vrata...”

Ljiljana je ovako opisala svoj porođaj kod kuće nakon tri carska reza u kojem su joj asistirale primalja i doula:

“Ujutro je došla primalja oko šest i pol ili sedam. Poslala je muža na posao i rekla kao: ‘Ne brini, kao ima vremena, idi ti na poso.’ Djeca su išla u školu. Starija i ja smo bili cijeli dan tu, ja i ona. Došla je doula. Ona je isto bila tu pa smo ručali svi zajedno. Povraćala sam bila nakon ručka, malo sam previše pojela. I onda su trudovi dolazili i počeli se dosta ubrzavati pred večer i izgon je trajao nekih dva sata i nisam imala više snage. Baš mi je bilo više dosta i onda sam si neki bombončić uzela. Znam da sam uzela dosta šećera pa kao sad ću imat snage. I onda me je primalja pridržala, nekako malo iza, i tako, ja sam se potrudila malo jače i tako je beba konačno izašla nakon dva sata... Bila mi je primalja donijela stolčić. Ja sam jako mala pa mi nije pasao. Bila sam na

koljenima i držala se za stolicu. Nisam ni skužila, ali mi je doula cijelo vrijeme držala stolicu brižno. I to je bio neki položaj. Čitala sam bila knjigu od Ine May Gaskin i ona kaže da kad se jedna noga stavi gore da se nekih 20 do 30 posto poveća kanal da beba lakše prođe. I onda tako nekako sam u biti na kraju i ja, i beba je ispala... I onda smo si legli na kauč, on je odmah dobio. Ne znam dal je reć prelijepo ili prenormalno, ne znam, meni je to bilo to... Prošlo je sat vremena i primalja mi govori: 'Ma znaš trebala bi sad izać posteljica, kad ti bude sljedeći trud samo ti stisni malo jače. I ja sam stisla malo jače i to je sve izletilo i onda je ona pregledala, vidla da je sve u redu. I tako smo je držali u škrinji i nakon dvije godine smo ju posadili ispod stabla jabuke.'"

Porodaj kod kuće nakon iskustava bolničkih porođaja koji su završili carskim rezom za moje posljednje dvije kazivačice različito je iskustvo. Dunja je dekonstruirala romantičnost kućnog porođaja i predstavila ga dijelom kao agonijsko iskustvo prije svega zbog iscrpljenosti i produženog trajanja porođaja, a dijelom kao proces zajedništva. Ljiljanin primjer pokazuje da se uz podršku koju roditeljica ima bol lakše podnosi, da je moguć i održiv porođaj bez lijekova. To potvrđuje tezu o važnosti podrške tijekom porođaja. Bol se ne zanemaruje, ali se podnosi lakše upravo zbog roditeljica osjećaja sigurnosti i povjerenja, za razliku od bolničkog porođaja u kojem se zbog osjećaja nesigurnosti i straha bol dodatno umnožava.

Prirodni porođaj kao porođaj obavljen kod kuće, pokazalo se, nosi nekoliko važnih obilježja. Na kućnom porođaju žene su imale povjerenje u sebe i svoje tijelo, osjećale su sigurnost, a uz primalju i doulu prisutnost partnera i članova obitelji dodatno ih je osnažila.

8. Doula – pomoćnica i podrška

Sastavni dio imaginarija prirodnoga porođaja čini lik žene pomagačice u porođaju. U imaginarij prirodnog porođaja ona ulazi kroz naracije o izbjegavanju traumatičnih iskustava porođaja ili ublažavanju neugodnih iskustava proživljenih tijekom prethodnih porođaja koji su se održali u institucionalnom (bolničkom) kontekstu. Takve se žene, koje neke roditeljice angažiraju, nazivaju doule. Doula je naziv za podržavateljicu trudnice, odnosno roditeljice ili babinjače. Riječ potječe iz starogrčkog jezika gdje pojam *doule* označava sluškinju, odnosno *onu koja služi ženi*.³¹ Suvremene doule pojavljuju se sedamdesetih godina 20. stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama kao dio zdravstvenog pokreta žena, a povezano s

³¹ Ropkinja je prijevod koji se nerado koristi u suvremenom kontekstu.

intenziviranom kritikom medikaliziranog porođaja i kliničkih praksi vezanih uz reprodukciju. U akademsko pismo termin je uvela medicinska antropologinja Dana Raphael 1973. godine u svojoj knjizi *The Tender Gift*, u kojoj obrađuje temu dojenja i podrške majci u uspješnosti dojenja (Castañeda i Searcy 2015: 4). Termin su, nešto kasnije, u osamdesetim godinama preuzeli Penny Simkin i Annie Kennedy uz podršku neonatologa Marshalla Klaua i pedijatra Johna Kennella. Oni su u svojim istraživanjima tijekom osamdesetih godina 20. stoljeća uočili značajno bolje ishode porođaja kod žena koje su imale emocionalnu i fizičku podršku druge žena tijekom porođaja, bolju povezanost majke i novorođenčeta, kraće trajanje poroda te smanjen broj opstetričkih intervencija (Klaus i Kennell 1983; Klaus et al. 1986; Sosa et al. 1980). Iako su doule prisutne i u ranijem desetljeću,³² za širenje njihove prakse značajno je osnivanje organizacije Doulas of North America 1992. godine, koja 2004. godine mijenja ime u DONA International zbog rasta organizacije i širenja prakse diljem svijeta. Cilj je organizacije, kako se navodi na njezinoj mrežnoj stranici, osposobiti doule za podršku u porođaju i tijekom ranog postporođajnog razdoblja.³³

Tijekom proteklih triju desetljeća umnožila se literatura i porastao je istraživački interes za proučavanje aktivnosti i djelovanja doula. Suvremena istraživanja doula pokušavaju razumjeti njihovu ulogu u imaginariju prirodnog porođaja i fokusiraju se na značenje njihova intimnog rada kao neinstitucionalnog dijela podrške trudnicama, roditeljama i babinjama. Proučavaju se složeni odnos koje doule imaju s opstetričarima i primaljama kao i odnos i granice između emocionalnog rada i komercijalizacije toga vida "rada" (Reese Basile 2012; Castañeda i Searcy 2015).

Doule se bave intimnim radom, kako ga definiraju Eileen Boris i Rhacel Salazar Parreñas. Taj rad uključuje otjelovljene i afektivne interakcije u službi društvene reprodukcije. Karakterizira ga premošćivanje intimne potpore unutar i izvan individualnog doma. Doule pregovaraju o granicama i često brišu podjele između zajednica te između javnih i privatnih sfera u svojim praksama intimnog rada (Castañeda i Searcy 2015: 5).

U Hrvatskoj je relativna novost da se u rodilištu ili tijekom trudnoće ili babinja traži podrška doule. Pojavu doula možemo tumačiti kao reakciju na prakse medikaliziranog porođaja u hrvatskim rodilištima i angažiranost žena okupljenih u organizacijama civilnoga društva koje žele promjene tretmana trudnica i roditelja u institucijama zdravstvene skrbi. Tome treba

³² Godine 1988. počela je djelovati Pacific Association for Labor Support (PALS), koju je osnovala Penny Simkin i 1989. godine objavila priručnik *The Birth Partner*, koji se i nakon tri izdanja još uvijek naširoko koristi u programima obuke doula.

³³ www.dona.org.

pridodati naraslu društvenu svijest o pravima pacijenata, što uključuje i pravo na izbor liječenja, a u ovom slučaju porađanja, kao i ljudskih prava općenito.

U Zagrebu i Rijeci najviše je aktivnih doula, a ima ih i u drugim gradovima kao, na primjer, u Osijeku i Varaždinu. Riječ je uglavnom o akademski obrazovanim ženama nemedicinskih struka koje su odlučile biti profesionalna, plaćena, a tek neke volonterska podrška trudnicama i roditeljama. Neke su se odlučile postati doule nakon pozitivnih iskustava koja su imale s doulama tijekom svojih trudnoća.

Za djelovanje doula i njegovo širenje u nas značajna su dva događaja. Prvi je bio seminar *Paramanadoula* koji su u organizaciji udruge RODA od 21. do 23. siječnja 2010. godine održali francuski opstetričar Michael Odent i njegova suradnica doula Liliana Lammers.³⁴ Kako je navedeno u najavi na Rodinu internetskom forumu,³⁵ cilj je tog seminara bio educirati žene u to što sve uključuje rad doule. Na stranici se ističe da će polaznice steći osnovna znanja o trudnoći, fiziologiji poroda i dojenju, prijemcima oko korištenja ultrazvuka tijekom kontroliranja trudnoće, kao i o ranom cijepljenju novorođenčadi i prehrani u trudnoći, a po završetku seminara dobiti certifikat. Organizatorice u najavi pojašnjavaju što je to doula i zašto je ona potrebna, pozivajući se na Michael Odenta, koji ističe da u današnje vrijeme, kada majke ne mogu pružiti zaštitu i sigurnost kćeri koja rađa, to može učiniti druga žena. Ta druga žena, *zamjenska majka*, žena koja zna, žena od povjerenja, bliska osoba, ona koja skrbi, ona koja istinski brine, koja pruža sigurnost, ona koja ima iskustveno znanje porođaja, koja kao žena ima dijeljenu ili skoro pa dijeljenu biografiju sa ženom koja rađa, jest doula. Odent ocrtava funkciju doule:

“U vrijeme oko poroda, žene bi se trebale osjećati sigurno, objašnjava dr. Odent. One trebaju vrstu zaštite koja se osigurava prisustvom majke. No, iz više razloga specifičnih za naše vrijeme, mnoge se žene ne mogu osloniti na vlastitu majku, a otac djeteta ne može zamijeniti majčinski lik. Zato je njima potreba doula.”³⁶

Drugi je presudan događaj bila prva edukacija za doule koju je 2013. godine održala organizacija DONA International, nakon koje je u rujnu iste godina osnovana Hrvatska udruga doula. Kako se ističe na njezinim mrežnim stranicama, ta je udruga osnovana s ciljem da se na jednom mjestu objedine sve informacije o doulama i budućim majkama olakša pronalazak

³⁴ <https://www.paramanadoula.com/> (pristupljeno 7.10.2021)

³⁵ [http://forum.roda.hr/threads/50081-Paramanadoula-seminar-\(Michel-Odent\)-u-Zagrebu!!!](http://forum.roda.hr/threads/50081-Paramanadoula-seminar-(Michel-Odent)-u-Zagrebu!!!)

³⁶ [http://forum.roda.hr/threads/50081-Paramanadoula-seminar-\(Michel-Odent\)-u-Zagrebu!!!](http://forum.roda.hr/threads/50081-Paramanadoula-seminar-(Michel-Odent)-u-Zagrebu!!!)

doule. Članica udruge ima više od trideset, a aktivnih je oko deset iz svih dijelova Hrvatske. Udruga organizira obuku za nove članice u okviru američkog programa DONA International.³⁷

Za razliku od primalje koja je odgovorna za medicinski vid porođaja i stječe obrazovanje u okviru institucionalnog obrazovnog sustava, doula je laikinja koja informira i pruža kontinuiranu socijalnu, emocionalnu i fizičku podršku ženi tijekom trudnoće, porođaja i babinja, kao i članovima obitelji koja očekuje prinovu. Podrška je kompleksna kategorija, a prema Gregoryu Zimetu i suradnicima (1988) njezina se složenost ogleda u sadržaju kao verbalna i emocionalna; u smjeru komunikacije kao recipročna i jednosmjerna, ili kao direktna pomoć i pomoć iz pozadine. Tijekom porođaja emocionalna podrška podrazumijeva kontinuiranu prisutnost, pohvale i uvjeravanja, dok fizička osigurava udobnost u prostoru. Informativna podrška doule trudnici, odnosno roditelji osigurava dotok informacija o tome što se dešava, kao i savjeta kako se nositi sa situacijom. Lynn Deitrick i Patrick Draves (2008) naglašavaju kako je za dobrobit osobe nužna poveznica sa socijalnom i emocionalnom podrškom koje su međusobno povezane (Smith-Oka 2015: 154). Jedna od kazivačica, koju sam za ovu priliku nazvala Đurđica, a koja je sudjelovala na edukaciji za doule, opisuje važnost edukacije za međusobnu podršku žena i dijeljenje znanja unutar ženske zajednice te potrebu vraćanja porođaja u intimnu sferu žena:

“Jedna američka organizacija DONA International je oformila kao modernu profesiju doule, u biti mislim da je nekako prirodno da su žene bile čuvarice tog prostora i da su jedne drugima pomagale i kao i ja koja sam to prošla, ona koja dolazi iza mene i one koje su prije mene su pomagale meni, tako da nekako to je uvijek bilo u domeni ženskog. Ono što je danas u rukama porodničara ili svo to znanje dano nekim stručnjacima, a zapravo pripada nama.”

Pozitivno iskustvo trudnoće i rađanja uz doule snažna je motivacija za bavljenje intimnim radom i kreiranjem zajedništva žena, o čemu Ana kaže:

“Pa u principu, dok sam trudna bila sam kroz rad sa doulama i njihovim radionicama meni je to bilo toliko prekrasno, ono, takvu sam toplinu osjećala i onda sam rekla svom mužu ja bi tak voljela to radit. I on kao pa ti bi bila super doula i ja rekoh pa da znaš ono bi i ja sam se već tad prijavila na obuku koja je bila u petom mjesecu. To je bio tipa deveti mjesec. Ja sam se prijavila u petom mjesecu ma vidjet ću, kao nek sam ja

³⁷ usp. <https://doula.hr>. (pristupljeno 6.10.2020.)

prijavljena, jer znam da imaju limitiran broj mjesta i nakon poroda. Doslovno idući dan nakon poroda ja sam svom mužu rekla ja želim jednoj ženi pružat ono što je meni moja doula pružila, jer da nije nje bilo nit bi ja osjećala se ugodno oko svog tijela, oko svog poroda, nit bi ja opće znala da imam mogućnost kućnog poroda, ne bi imala to iskustvo. Znači, mene je to stavilo na totalno drugi tijek u životu i, mislim da ne samo mene, mislim da na neki način i moju majku jer mi često pričamo o mom porodu i o svemu i ja sam joj čak rekla da bi na idućem porodu voljela da ona bude uz mene. Ja mislim da je na neki način to nju iscijelilo to što je ona prošla i da ja to mogu pružiti jednoj ženi u svom životu, ja znam da sam ja napravila ogromnu stvar i onda mi je bilo jednostavno: okej, postat ću doula i to je to.”

Na seminarima i radionicama u organizaciji Hrvatske udruge doula te potom iskustvenim učenjem u praksi kandidatkinje stječu uvide u niz različitih tema poput anatomije reproduktivnih organa, boli tijekom porođaja, tehnika relaksacije, emocionalne podrške tijekom porođaja, epiduralne analgezije, carskog reza, dojenja, novorođenčeta, postpartum razdoblja. Nakon savladanog temeljnog prvog stupnja edukacije, za one koje žele nastaviti pružati podršku kao doule slijedi nastavak edukacije koji se sastoji od 84 sata raspoređenih u devet modula:

- I. Etika i filozofija doule
- II. Rad s tijelom
- III. Različiti porodi i podrška
- IV. Dojenje
- V. Pospartum stanja i poteškoće
- VI. Umijeće komuniciranja
- VII. Doula posao
- VIII. Majka i beba
- IX. Par, seks i povezanost

Nakon završetka drugog stupnja polaznice dobivaju certifikat no ne mogu odmah početi samostalno raditi, već imaju podršku doule mentorice. Njezina je uloga da podržava novu doulu u prvim susretima s klijenticom i pri porođaju te da evaluira proces i novostečena iskustva. Mentorica podržava novu doulu u njezinu osobnom rastu i razvoju i s njom analizira različite emocije koje je imala u radu s klijenticom. Tek nakon nekoliko porođaja na kojima je bila podrška, doula dobiva finalno odobrenje za samostalan rad. Na taj se način gradi i zajednica doula, osnažuju se njihove veze te se povećava njihova društvena vidljivost.

8.1. Podržavanje i pomoć kao prisutnost i brižnost

Kako je već rečeno, za mnoge je žene porođaj traumatično iskustvo. Potpora koju dobivaju, emocionalna i fizička prisutnost osobe od povjerenja, pokazuju studije, rezultiraju lakšim podnošenjem porođajne i postporođajne boli (Bohren et al. 2017). Pritom je kontinuitet ono što karakterizira emocionalnu podršku doule za razliku od drugih pružateljica skrbi poput primalja ili medicinskih sestara (Everson i Cheyney 2015: 213).

U pravilu doule podržavaju žene u asistiranom porođaju bilo kod kuće ili u rodilištima. Porođajna doula, osim što prisustvuje porođaju, u prvim satima nakon porođaja ostaje uz obitelj. Tijekom trudnoće razgovara s trudnicom, upoznaje se s njezinim željama, informira je, pomaže u razrješavanju nedoumica i problema. Kako ističu kazivačice, doule ne preuzimaju ulogu primalja niti rade bilo kakve medicinske zahvate poput mjerenja krvnog tlaka, vađenja krvi, praćenja fetalnih otkucaja srca, vaginalnih pregleda. U rodilištu je doula prisutna samo da bi osigurala fizičku udobnost i pružila emocionalnu potporu uz pridržavanje etičkih načela pri asistiranom porođaju od strane primalja i porodničara, o čemu kazivačica Arijana kaže:

“Da, imamo mi u principu u statutu naše udruge i u etičkom kodeksu da mi nikako ne prisustvujemo porođaju koji su neasistirani, ali ako je primalja, licencirana primalja za kućne porode na porodu, onda apsolutno smo prisutne i mi ako nas žene angažiraju.”

Postpartum doula je specijalizirana za razdoblje babinja. Pomaže majci u uspostavi dojenja, brizi oko bebe i fizičkom oporavku nakon porođaja, kao i u kućanskim poslovima. Doula ne donosi odluku umjesto žene, čak ni tada kada se ne slaže s njezinim izborom. Ona balansira između roditelje, njezine pratnje i zdravstvenog osoblja. Doula će pomoći da klijentica dobije informacije kako bi na temelju njih mogla sama donositi odluke. Isto tako, u rodilištu doula ne razgovara sa zdravstvenim osobljem u ime roditelje. U bolničkom okruženju doula treba vrlo pažljivo procijeniti do koje granice seže njezino djelovanje kako ne bi dolazilo do konflikta ovlasti i autoriteta sa zdravstvenim osobljem. Ona će predložiti opcije za razrješavanje problema, ali će zadržati svoju liminalnu poziciju, a na ženi, odnosno njezinu partneru je da komuniciraju s njima. Doula je prisutna, ali se njezina uloga ne ostvaruje u presizanju nad roditeljom. Njezina su znanja *diskretna*, ta iskustvena ženska znanja pomažu roditelji, ona su i brižna. Kako ističe jedna od doula:

“Znači, ja kao doula sam stvarno tiha podrška. Ne govorim u njezino ime, ne borim se za nju ja. Ako se borim u nekoj drugoj sferi, to nikad neću napraviti na porodu, ono, ulazim što čišća mogu u to.” (Ana)

Budući da doula ne donosi odluke umjesto roditelja niti joj sugerira kakva bi njezina odluka trebala biti, doulina je uloga simetrično postavljena uz porođajinu. Moja sugovornica naglašava da se njezina uloga sastoji u tome da *bude uz i s* roditeljom kroz čin rađanja u kojem roditelj prepoznaje svoje granice i mogućnosti. Rad doule nije izjednačen s borbom za roditelja, jer bi takva borba značila ulaženje u ulogu zastupanja. Intimni rad doule sastoji se od podrške intimnom iskustvu porođajne. Riječi doule kojima se ocrta fina granica profesionalnog i intimnog rada naznačile su lajtmotiv naracije o pravima koji se ponavlja u kontekstu prirodnoga porođaja kao važan za razumijevanje prava pacijenata, njihova opsega, sadržaja, kao i načina njihova korištenja. Iznimno je važno osvijestiti to koliko je značajno i potrebno da žena bude upoznata sa svojim pravima na porođaju te da se kao ravnopravna partnerica u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem za njih i izbori.

“Put prema slobodnom rađanju je brisanje mentalne blokade u kojoj autoritet moramo pitati za dopuštenje da pomikemo tijelo i obavljamo fiziološke funkcije. Tradicionalna poslušnost i submisivnost žena u rađaonama omogućavaju sustavu da funkcionira u obliku u kojem je sad.” (Budak 2018: 45)

Doula je ta koja osvještava trudnicu o potrebi zauzimanja aktivne pozicije i donošenja odluka za sebe, o čemu Dolores kaže:

“Postoji ta određena slika da žena dolazi na porod da ju se porodi. Da je ona u cijeloj toj priči pasivna. A ja samo kažem da je obrnuto. Vi morate bit aktivne u svom porodu, vi morate bit osviještene, to je vaše tijelo, to je vaše dijete.”

8.2. Privikavanje i prihvaćanje – odnos doule i primalje

Osim što su podrška roditeljama u rađaonicama, u institucionalnim prostorima, doule su prisutne i pri asistiranom kućnom porođaju uz primalju u prostorima intime doma. Često je upravo doula ona koja preporuča primalju koja će asistirati ženi na kućnom porođaju. U Hrvatskoj primalje nemaju licencu za samostalan rad pa tako ne mogu porađati na kućnim porođajima ni u rađaonici bez prisustva opstetričara koji ih nadgleda niti mogu sudjelovati u porođajima žena koje su imale niskorizične trudnoće. Prema kazivanjima, donedavno, do umirovljenja, u Istri je žena kod kuće porađala primalja iz Italije, dok u Zagrebu i sjeverozapadnoj Hrvatskoj žene

najviše pozivaju primalje iz Slovenije i Austrije. I dok se na kućnom porođaju uočava skladan odnos između doule i primalje, jer su obje usmjerene na podršku jednoj roditelji kojoj su u potpunosti posvećene, a tijekom porođaja se ne ubrzava, već se pušta da se odvija prirodnim ritmom, unutar institucionalnog sustava, u rađaonici je slika ponešto drugačija. Ondje se doule nalaze na terenu institucije koje nisu dio. Odnos se uspostavlja na temelju doticanja dvaju tipova autoriteta, onog neformalnog doula koje se bave intimnim radom i formalnog primalja koje se oslanjaju na kliničke prakse. Dok doula pomaže, kako će se pokazati, u “emotivnoj tranziciji”, primalja je tu da omogući svojevrsnu fiziološku tranziciju. Proces prihvaćanja neinstitucionalne podrške bio bi značajno lakši kada bi se primalje tijekom školovanja upoznale s radom doula i vrstama podrške koje one daju trudnicama i roditeljama (Morton et al. 2015: 181). Uspostavljanjem granica djelovanja s obje strane i protokom vremena te uspostavljanjem personalnih veza doula i primalja njihov odnos se mijenja od zazora do prihvaćanja. Taj put uspostavljanja veza i suradničkih odnosa s primaljama ovako opisuje doula s iskustvom:

“Pa zavisi kako kojima i zavisi, mi smo evo od 2014. pa do sad vidim da se promijenio dosta odnos i njihovo gledanje prema nama. Sad ja ne mogu tvrditi da je to opće odnos prema doulama ili je to odnos prema meni osobno jer mi samo, mi koji dugo radimo onda smo i razvile osobni odnos sa tim ženama s kojima radimo jer neminovno je da nas u jednom trenu ne prepoznaju i znaju i upoznaju. Ispočetka je bilo jako, jako nerazumljivo im šta mi radimo. Mislim, općenito je ljudima nerazumljivo. Mi se bavimo emotivnim radom, što uopće ne znaju kamo bi smjestili pa se, pa se onda mislilo da mi želimo raditi primaljski posao i dugo vremena je trebalo da one razdvoje to da mi se zapravo uopće ne želimo baviti porodom, fiziološki dijelom, nego porodom kao emotivnom tranzicijom žena i sad kad je to malo sve jasnije puno, puno imamo bolju suradnju i puno bolju komunikaciju nego prije.” (Arijana)

Iz perspektive doula rad primalja prepoznaje se kao zahtjevan, no ono što čini razliku upravo je emocionalni angažman doula. Za razliku od doule koja pruža kontinuiranu podršku roditelji, primalja ili liječnik najčešće za to nemaju vremena. O tome Dolores kaže:

“Ima ih koje su divne, koje pomažu, žene znaju pričati spasila me, bila je uz mene, držala me za ruku, gladila me po kosi, osjećala sam se dobro. To ima nekih babica koje samo odraduju posao, i to je po meni ta primarna razlika. Naravno da moraš imati neku emotivnu distancu, bit liječnik ili medicinska sestra ili babica je emotivno užasno iscrpljujući posao i tu moraš postaviti neku granicu. Al to moraš raditi srcem. Inače jednostavno ne ide.”

Iz potonjeg je iskaza vidljivo je da je u rađaonici prisutna nelagoda oko mogućeg gubitka profesionalnog autoriteta primalje koji se temelji na stručnome obrazovanju i statusu unutar institucionalne hijerarhije, kao i nepoznavanje sadržaja rada doula. Istovremeno je uočljiva i svijest o vlastitom poznavanju roditelja koje se upravo temelji na kontinuiranosti odnosa s njom.

“Pa u teoriji bi to trebala bit suradnja, ali uglavnom primalje ili ne bi znale pa bi onako sa znatiželjom ispitivale: ‘Haa, pa kako vi, pa to treba proč neku edukaciju pa što vi to radite?’ Ili bi od početka imala, onako, malo, kao da mi sad tu dolazimo se miješat u njihov posao i, ono, zašto smo mi sad ovdje neka nepoznata žena koja dolazi s roditeljom. A ne uzimaju u obzir da su one isto nepoznate žene. Mislim da mi zapravo u tom trenutku više znamo nego osoblje.” (Đurđica)

O složenosti toga odnosa svjedoči iskaz primalje s višedesetljetnim radnim iskustvom iz kojeg je vidljivo da su iz primaljske perspektive iskustvo i primaljska kompetencija ključni za uspostavljanje kvalitete odnosa između doule i primalje. Pritom se ističe uspostava granica koja osigurava nemiješanje kompetencija primalja i doula kao temelj uspješne suradnje.

“Moja iskustva sa doulama su izuzetno pozitivna. Ali iskustva mojih kolegica nisu. Ja si mislim pa dobro, meni se vjerojatno ne bi ni usudile pačati u nešto, znate. Ja nemam s njima loša iskustva i, dapače, ima njih s kojima bih ja uvijek radila, ima i onih s kojima ne bi radila, koje sam vidla da svašta govore. I onda bi ja to odmah riješila. I one su se na kraju iznjedrile iz toga što su na kraju žene ostavljene same... Ne može, ne može svatko podnijeti porod i one mirise i one zvukove u rađaoni... Neki mogu, neki ne mogu. Onda s nekim ženama ide sestra, s nekima mama, a neke uzmu doulu. One se zapravo jako dobro educiraju i zaista ženi mogu puno pomoći. Samo dok ne pređu granicu. Ima ih koje tu granicu prelaze. Naravno da vam ove to ne smiju reći...”

8.3. Ni važne ni nevažne – odnos doula i liječnika

Odnos doule i liječnika jedan je od složenijih odnosa unutar imaginarija prirodnog porođaja, njegovih konceptualnih polazišta i svakodnevnih praksi kućnih i bolničkih porođaja. Intenzitet toga odnosa značajno je određen činjenicom da su svi porođaji u Hrvatskoj normativno usmjereni k porođaju u bolnici. Porođaj i liječnici u toj su mjeri tehnološki i normativno povezani da je zapravo teško zamisliti porođaj bez liječnika. Taj je liječnik svojevrsna metafora – ima autoritet proistekao iz znanja, profesionalno iskustvo, tehnološku podršku i biomedicinsku argumentaciju. On je normativno, uz bolnicu i roditelju, središte porođaja

shvaćenog kao medicinska paradigma i ginekološka tema. Opstetričari nisu tijekom svoje edukacije upoznati s ulogom doule i koristima koje ona može pružiti, kaže Vania Smith-Oka (2015: 165). Stoga, opterećeni velikim brojem pacijentica i pritiskom da što brže moraju rješavati situacije u rađaonicama doulu najčešće ne vide kao moguću olakšivačicu, pomagačicu u porođaju. Iz perspektive opstetričara doula je dodatni laički faktor u rađaoni kao sceni bolničkoga porođaja. Doula je još jedno tijelo koje zauzima prostor u rađaonici. Doule često ističu da liječnici porodničari ne razumiju njihovu ulogu te da im nisu osobito naklonjeni. Shvaćanje doule kao one koja ne pripada i kao one koja je višak u sceni bolničkoga porođaja najčešći je oblik liječničke reakcije na njezino prisustvo.

O svojem iskustvu bivanja *ni važnom ni nevažnom* u konkretnom bolničkom kontekstu govore porođajne doule Đurđica i Arijana:

“Pa nezainteresirani su u najboljem slučaju onako nekako ili im nismo na radaru. Onako kao nešto nevažno ili možda tu i tamo bi neki imao na piku nas. To govorim više o kolegicama, ja nisam imala neugodna iskustva, najgore što sam doživjela: ‘A šta sad bi vi? Zašto bi vi ušli s roditeljima, morat ćete pričekat!’, da me onako odmah stave na mjesto, ali nisu bili neugodni, nego više, onako, kao vi ste sad na mome terenu.” (Đurđica)

“Pa ima od ovih benignih da okrenu očima pa... da nas zovu oni ‘pinke u čošku što samo sjede i ništa ne rade’, pa onda do toga, da šta se mi opet tamo zarađujemo na ženama, otmamo im novce iz novčanika za ništa, zašto ne pustimo primalje da rade svoj posao i svašta nešto. Ono, bez ikakvog razloga. Mi naravno moramo bit naj, naj, najsimpatičnije i naj. Mislim, moram razumjet da je žena s nama stvorila jedan veliki emotivni *bond*. I, ono, kako se mi ponašamo i kako mi reagiramo na okolinu, ona će isto reagirati.” (Arijana)

No, bolnički kontekst rađanja za doule je ponekad izazovan jer se u njemu uvećavaju i osnažuju granice koje postoje između elitne profesionalne liječničke kulture i zajednice doula, kojima nedostaje profesionalno prepoznatljiv i normativni autoritet. Neke su doule odustale od toga da budu pratnja u rodilištima zbog netrpeljivosti i neprijateljstva liječnika. Jednako važan argument u praksi njihova odustajanja od praćenja i davanja podrške roditeljima u bolnicama proizlazi iz načina na koji se odvijaju porođaji, kao i odnosa prema roditeljima koji je doulama bio neprihvatljiv. Đurđica pokazuje da rodilište i kultura rodilišta za doule predstavlja prostor koji ih antagonizira te zbog toga navodi:

“Ne možemo podržat način na koji se to odvija u rodilištima, tako da podržavamo ženu kod kuće prije no što ode u rodilište, u kućnom porodu, u edukaciji nakon poroda, ali sam odlazak u rodilište je nešto što više ne radimo.” (Đurđica)

Sumnjičavost pripadnika institucionaliziranog sustava prema djelatnosti doula prvenstveno se temelji na propitivanju kvalitete i vrste edukacije, jer doule nemaju medicinska, od autoriteta ovjerena znanja. Toj sumnjičavosti zacijelo je doprinijela i početna neorganiziranost, a time i slabija vidljivost u javnosti. Djelovanje nekih doula kao “slobodnih strijelaca” pridonijelo je nepovjerenju prema njima. Iskorak prema prihvaćanju, uz sve veći broj aktivnih doula što doprinosi njihovoj vidljivosti u javnosti, bilo je i osnivanje udruge koja strukturira edukaciju i etičke principe rada. Teškom prihvaćanju doula od strane opstetričara i dijela primalja svakako pridonosi i činjenica da prostorni uvjeti rada u mnogim rodilištima kao i broj osoblja nisu optimalni pa se prisustvo pratnje doživljava kao teret i smetnja. No, s druge strane, izjava iskusne umirovljene primalje koja kaže: “Primalja je premalo. Ne mogu se dvije primalje u smjeni pobrinuti za šest žena koje rađaju. Ženi treba netko... Muževi nisu uvijek spremni”, pokazuje da postoji potreba za emocionalnim radom koji primalje ne mogu osigurati.

Proces kroz koji su doule prošle do postizanja svog sadašnjeg položaja u hrvatskim rodilištima, smatra Đurđica, nije bio ni lak ni jednostavan. Od shvaćanja doula kao smetnje, nemogućnosti pozicioniranja doule u imaginarij bolničkog poroda, neprepoznavanja njezina odnosa spram roditelja, doule kao mjesta konflikta a ne suradnje, pa sve do opreznog prihvaćanja tog nepoznatog i, u kontekstu bolničkog porođaja, normativno neprepoznatog člana medicinske jednadžbe kao nove činjenice u imaginariju suvremenog porođaja. Članica Hrvatske udruge doula kaže:

“Prije Hrvatske udruge doula je bilo nekih još žena koje su na različite načine ili postojale ili zaključivale ili prozivale se doule. I onda su zato što zapravo nisu imale formalnu edukaciju radile dosta velike probleme u rodilištima, jer su one zaključile da su doule braniteljice prirodnog poroda, što mi nismo, i onda je bilo dosta okršaja u tim rodilištima, tako da dok smo mi došle oni su svi bili vrlo, vrlo oprezni s nama i trebalo nam je vremena da okrenemo taj trend da se razumije šta doule rade.” (Arijana)

Liječnici porođaj vide kao potencijalno rizičan čin te su usredotočeni na sprječavanje komplikacija. “Porod, koliko god bio fiziološki proces, ne rijetko može postati patološkim” (Dražančić 2004: 44). S druge pak strane, primalje, zbog hijerarhijskog odnosa unutar sustava, ne izlaze izvan zadanog okvira asistentice porodničara iako bi za fiziološki porođaj niskog rizika mogle samostalno djelovati. Fokusiranost na rizike i komplikacije pridonosi kreiranju

atmosfere straha i ovisnosti žena o odlukama prvenstveno zdravstvenih autoriteta ginekologa i primalja. Predsjednica Hrvatske udruge doula ističe:

“Sustav se pobrinuo da trudnice razumiju koliko je porod opasan i da ne moraju brinuti ako slušaju liječnika pa tako na trudničkim tečajevima u domovima zdravlja, ali i bolnicama, trudnice uče kako da budu dobre pacijentice. Ondje dobivaju zastarjele informacije i zastrašivanje, ako ih zanima alternativa takvom rađanju. Sve to žene stavlja u položaj da je najbolje ne razmišljati o porodu jer kada krene zdravstveni će radnici pomoći i reći što sve treba. Strah od boli i strah za svoje dijete, kao i strah za vlastiti život koji većina ne izrazi zbog okoline fokusirane samo na bebu, paralizira žene. Tako mentalno paralizirane žene žele da netko preuzme porod umjesto njih. U toj atmosferi žene se ne osjećaju kompetentnima da rađaju.” (Budak 2018: 43)

8.4. Kada intimna podrška postane rad

Profesije karakterizira između ostaloga i plaćeni rad. Iako je njihova djelatnost izrasla na temeljima pomoći bliskih osoba, većina doula naplaćuje svoje usluge dok jedan dio doula volonterski obavlja intimni rad i emocionalnu podršku. No radi li se u slučaju doula o zanimanju za koju se prima plaća ili profesiji? U radu koji se bavi sociologijom profesija Željka Šporer (1990) navodi nekoliko elemenata koji zajedno čine elemente profesije:

1. Stupanj razvijenosti osnovnih teorija i tehnika koje čine sistematski zaokruženu cjelinu i osnova su za profesionalno djelovanje;
2. Stupanj monopola na stručnu ekspertizu;
3. Stupanj prepoznatljivosti profesija u javnosti;
4. Stupanj organiziranosti profesija;
5. Stupanj razvijenosti profesionalne etike.

Sistematizirani sklop teorijskih znanja i tehnika čini da zanimanje prerasta u profesiju, a stječe se obrazovanjem na visokim učilištima, dok monopol na stručnu ekspertizu podrazumijeva posjedovanje stručnih znanja u području djelovanja, razvijen jezik struke i titule koje čine razliku u odnosu na laike. Profesionalna udruženja osiguravaju licence za rad i ovjeravaju stručna napredovanja te djeluju prema etičkim načelima struke. Pritom je bitno da je profesija prepoznata u javnosti. Možda je najbolji primjer toga upravo liječnička profesija, koja se razlikuje od zanimanja primalje jer su sve donedavno primalje imale samo srednje stručno

obrazovanje što im nije osiguravalo dovoljan stupanj stručne ekspertize iako su prepoznate u javnosti i organizirane u komoru. Stoga bi se moglo reći i da je riječ o poluprofesiji. Studiji primaljstva i sestrinstva uvedeni su u Hrvatskoj školske godine 2009./2010. temeljem Direktive 2005/36/EZ u tijeku pristupanja Hrvatske Europskoj uniji. Tom se direktivom uspostavlja sustav priznavanja stručnih kvalifikacija unutar Europske unije s ciljem pristupanja tržištima rada za profesionalce u drugim državama članicama.

Budući da doule, osim etičkih načela po kojima postupaju, nemaju razvijene ostale spomenute elemente, ne možemo govoriti o profesiji u pravom smislu te riječi što dakako ne znači da ne trebaju primiti naknadu za svoj rad. Rekla bih da je upravo ta rubna pozicija i izvor podozrenja nekih aktera zdravstvenog sustava.

Iz iskaza kazivačica proizlazi da se intimni, odnosno emocionalni rad doula u okviru institucionalnog sustava ne prepoznaje kao rad koji bi trebao biti plaćen. Također, ističu rodnu pripadnost kao diskriminirajući faktor što upućuje na to da se pomagačka zanimanja i bavljenje emocijama stereotipno shvaća kao ona koja područja koja su “prirodno” ženska:

“Za početak, mog supruga nitko nikad nije pitao da li naplaćuje što radi, dok žene redovito pitaju dal se to naplaćuje. I mi živimo od toga i zato što živimo od toga možemo puno napraviti. Ulažemo u sebe, u svoju edukaciju. Ja svaki put kad izađem iz kuće netko mi čuva dijete. Znači, ja da radim to za nula kuna, kao prvo, brzo bi izgorila, jer ne bi imala, ne bi se mogla uzdržavat, ne bi imala nit neku, neki osjećaj postignuća da ja privređujem za svoju obitelj na taj način, a i bila bi u minusu jer imam druge troškove.” (Đurđica)

Rodnu dimenziju i diskriminirajući odnos prema doulama samo zato što su žene ističe i Anita Budak:

“Doule se iz nekog razloga proziva da svoj rad ne bi trebale naplaćivati te da bi trebale volontirati. Pretpostavljam da je razlog taj što su doule u 99,9 posto slučajeva žene. Da pričamo o ‘muškom’ zanimanju nikome ne bi pale na pamet takve izjave. Korijen takvih razmišljanja svakako ide iz nerazumijevanja opsega posla koji doula uloži u klijenticu. Individualni rad koji uključuje potpunu pripremu za porod i majčinstvo kao i kontinuirana pratnja od prvih trudova ili pucanja vodenjaka pa do kraja zlatnog sata bez vremenskog ograničenja u većini svijeta se dobro plaća. Kod nas su cijene niske i variraju od grada do grada te od doule do doule...” (Budak 2018: 47)

Iz perspektive porodničara nekoliko je prijepornih elemenata u plaćenom radu doula u prostoru rodilišta. O tome porodničar s iskustvom navodi:

“Ja osobno nemam nikakva loša iskustva. Ali čuo sam od drugih kolega i primalja i u drugim bolnicama u Hrvatskoj da postoje razna iskustva i razna tumačenja korištenja usluge: kao doule koja je kućna prijateljica ili doule koja ima obrt. Pa onda imate jednu pravno socijalnu klauzulu kako netko tko je doula uzme novce od tih ljudi za uslugu i dolazi u bolnicu gdje daje uslugu. Kaj s tim? Jako zanimljivo, jako zanimljivo. Vi nju (rodilju) suportirate na porođaju, znate čak nešto i sugerirati profesionalcima... To se desilo, znam slučajeve. Meni ne. To je rijetko, doista rijetko. I mi već znamo osobe koje se s tim bave, ali znam pojedince i bolnice koje su to na neki način stagnirale ili zabranile sa klauzulom da nek izvole pokazati pravnu osnovu kako netko tko je privatnik, privatni obrt dularanje ili kak se to već zove uzima ili ne uzima novce za svoju uslugu. Kome plaća porez, kome radi, a dolazi u drugu ustanovu koja je državna ustanova pružati svoju uslugu? Kako je to onda pravno razriješeno? Odgovora nema. Do tada su neke klinike i neki odjeli u Hrvatskoj to zabranili.”

Kod doula postoji svijest o tome da je imati doulu privilegija koju si ne može priuštiti svaka žena te se odlučuju na volonterski angažman kako bi bile dostupne i onima koje ekonomski ne bi mogle podnijeti trošak angažiranja doule.

“U principu trenutno jesam u procesu otvaranja obrta, ali suprug i ja već imamo firmu otvorenu tako da sve fakture radim preko firme, naplaćujem svoj rad, to je iznimno težak rad i fizički i emocionalno i mora se staviti cijena na njega, mora bit neka razmjena, pogotovo kad su porodi u pitanju. Mislim da ljudi nisu svjesni da za sam porod mi moramo čuvat pet tjedana oko datuma slobodno, znači ne možemo nigdje ići, ono, ako nas neko pozove u dva ujutro, što je devedeset posto slučaja mi poroda, u dva ujutro idemo, porod može trajat dva sata, a može bit sad, ja sam u subotu cijeli dan bila, otišla sam ujutro, vratila sam se navečer, tako da naplaćujem iako imam pravilo da za svaku šestu ženu ili porod, u principu tražim ženu koja je samohrana majka ili koja nema financijsku situaciju i to odradim *pro bono*, to je neki moj način jer znam da ima jako puno žena koje ne mogu si priuštiti, a njima baš najviše treba, tako da to radim. Iako je malo ponekad teško odrediti kome kad ti se jave četiri žene kojima treba, jako je srce drapajuće morat izabrat samo jednu, ali fizički nije moguće više. I da u principu što se tiče prijave, znači, sve ide preko firme.” (Ana)

Volontiranje se vidi i kao dio davanja ženama u zajednici, o čemu Dolores kaže:

“Kod mene to nije ni posao, pa samim time to radim volonterski. Ne naplaćujem. Ja sam dostupna 24 sata dnevno sedam dana u tjednu, za bilo što što trebaju pitat tu sam, znači ja u tom smislu ne radim neku distancu. Možemo se i mi vidjet na kavi. Svakoj ženi treba nešto drugo. Nekima je dovoljno pričat, tipkat preko mobitela, neke žele fizički susret, nekima je potrebna primarno fizička podrška u smislu da je se drži. Da je se drži za ruku, da je se grli. Da je se tješi, da joj se smije, znači neke stvari ne možeš odradit preko telefona i neke stvari ne možeš, mislim, taj posao općenito ne bi trebao biti *online*, ali recimo sad u vrijeme korone to je bio jedini način.”

Angažiranjem u pružanju emocionalne, fizičke i duhovne podrške koncentrirajući se na svaku ženu ponaosob kako bi joj mogle osigurati skrb kakva je njoj potrebna, doule obavljaju neku vrstu rada. To shvaćanje rada različiti će akteri poroda opisati na različite načine. Porodilje će govoriti o brizi, brižnosti, podršci i pomoći, utjesi i umirenju, snazi i sigurnosti koje su primile od doula. Doule će govoriti o emocionalnoj tranziciji koju su omogućile. Tihom radu, dodiru, pažnji, govoru i intimnoj podršci koje su davale. Liječnik će taj posao vidjeti u domeni “obrtu” čija je namjena “douliranje”, posao koji se sastoji u naplatnom “*supportu*”, vrlo sličnom onom koji pružaju i oni, ali manjkavom u profesionalnom smislu. Slijedeći trudno tijelo žene, intimni rad doula podrazumijeva i kretanje između institucionalnih i relacijskih granica u normativnim odnosima moći. Balansirajući na granici između roditelja i pružatelja skrbi, roditelje i liječnika kao pružatelja profesionalnog znanja o porodu, doule imaju višeslojne uvide, a istraživanje njihova rada s roditeljama pokazuje nijansiranost u pružanju intimne skrbi.

9. Kad ženi pojdu trudovi, šalji po babicu

Posljednju cjelinu u ovom doktorskom radu posvećujem *babicama*, odnosno primaljama. Valja reći da je u svakodnevnom jeziku česta upotreba žargonizma *babica*, dok bi se u standardnom trebala koristiti imenica primalja. Mrežni rječnik Instituta za hrvatski jezik i jezikoslovlje dodatno navodi:

“Od imenice *primalja* ne može se izvesti muški mocijski parnjak. Problem je službeno riješen tako da je naziv *primalja asistentica* promijenjen u *primaljski asistent* (bolje bi

bilo *pomoćnik*) i *primaljska asistentica* (bolje bi bilo *pomoćnica*). Naziv bi mogao biti i *pomoćnik/pomoćnica porodničara*.”³⁸

Uloga primalja u prirodnom porođaju i u transformaciji medicinskog porođaja iznimno je važna. Struka koja je tek odnedavno prepoznata kao visokoškolsko zvanje, ovdje se tematizira kao jedan od činioca u konceptualizaciji prirodnoga porođaja. Iz toga su razloga i primalje ušle u vidokrug istraživanja i regrutirane kao sudionice istraživanja i moje sugovornice. U povijesnom smislu primalja je zapravo jedna od dviju figura koje nose porod kao fiziološki i društveni događaj. Uz lik roditelje, primalja je dio povijesnog imaginarija o porođaju.

Žene su rađale kod kuće sve do polovine 20. stoljeća. Dotad je najčešće ženi na porođaju pomagala *babica* ili neka od žena iz zajednice, a nerijetko su seoske žene rađale same bilo na polju ili u kući, a često i u štali. Iz etnografskih zapisa razabire se kako je porođaj kod kuće bio daleko od idealiziranih slika porođaja kao tranzicijskog događaja u životu žene kroz koji se i po kojem se postaje ženom i kroz koji žena samu sebe spoznaje. Iz opisa života slavonskog mjesta Otok Josipa Lovrećića objavljenog u drugom svesku *Zbornika za narodni život i običaje južnih Slavena* tako saznajemo:

“Žena, kad rađa, rađa u sobi, di družina i danjiva i noćiva. Nju boli spopadaju, a ima bezdušni ljudi, pa ne će da idu iz sobe, dok se ona muči i porodom rastaje, nego joj se rugaju i koješta joj nepošteno govore. A u tom stidu kune se svaka, da zanjit ne će.” (1897: 341)

“Kad ženi pojdu trudovi, šaļe po babicu. Ova dolazi i pozdravi ju: ‘Ne boj se dušo, dat će dragi Bog, da bude laki porod’. Zadrugari se razidu po selu, da čuju komšije što je kod ni... Žena rađa na zemļi. Oko kreveta di će ona u babina ležati, prikuje se za grede poñava, da ju niko ne vidi. Kad se rekne da je žena za poñavom, zna se da je rodila, ali da još po kući ne oda. Muže ostaje sam kod žene s babicom i voda je po sobi, dok ju trudovi ne svladaju, a onda se babica brine o ñome.” (1897: 415)

Seosku realnost rađanja Lovrećićev opis ne uljepšava niti je nagrđuje. Kao povijesni izvor, ovaj opis prethodi rastu industrijskoga i tehnološkog društva, razvoju medicine, profesionalizaciji zanimanja, osmišļjavanju i demokratizaciji javnoga zdravstva. Vođene izrazito visokim stopama smrtnosti majki i dojenčadi, dijelom zbog higijenskih uvjeta, bolesti, a i nadriprimaljstva, europske su države kasnog feudalizma započele intenzivnu prosvjetiteljsku

³⁸ *Hrvatski mrežni rječnik* – Mrežnik. *Osnovni modul*. Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje. <https://rjecnik.hr/mreznik/index.php/babica/> (pristupljeno 4. 2. 2022.).

preobrazbu u području zdravlja žena kojom su željele osigurati što bolji ishod rađanja. Uz različite sanitetske mjere uvodi se i školovanje primalja. U 18. stoljeću carica Marija Terezija izdala je Zakon o javnom zdravstvu temeljem kojeg je primalja morala polagati ispit pred liječnikom kako bi dobila dozvolu za rad. U to je doba takvih licenciranih primalja bilo malo pa su uglavnom porođaje obavljale vješte žene, *babice* bez licence. Od 19. stoljeća školuju se u prvoj školi za primalje osnovanoj u Zadru 1821. godine, mada je od nje starija ona osnovana u Rijeci 1786. godine pod vodstvom kirurga Jakoba Cosminija. Ta privatna škola nije dobila potporu države pa se ugasila nakon samo godine dana rada. U Zagrebu je osnovana primaljska škola 1877. godine u sklopu rodilišta Opće i javne bolnice Sestara milosrdnica. U to se doba prema austrijskom i njemačkom modelu škole osnivaju uz rodilišta kako bi učenice imale potrebnu praksu s roditeljama (usp. Kuljak i Švaljug 2016: 147). Franjo Durst postao je ravnateljem 1905. godine i značajno je unaprijedio edukaciju primalja. Početkom 20. stoljeća porođaj su vodile primalje u kući roditelje. Liječnik je pozivan samo u slučaju zastoja, odnosno komplikacija u porođaju. Zadaća je primalja bila i da dva tjedna tijekom babinja brinu o majci i dojenčetu te joj pomažu oko dojenja. U rodilištu su rađale žene s uskom zdjelicom, jer se u tim slučajevima predmnijevala intervencija liječnika, i neudane majke. Od 1946. godine primalje su se školovale dvije godine, a od 1960. godine uslijedio je četverogodišnji strukovni program, koji je ukinut 1987. godine. Program je obnovljen 1991. godine, jer je vrlo brzo uočeno da u rodilištima postoji manjak primalja budući da medicinske sestre nisu imale dostatnu primaljsku edukaciju. Od 2008. godine primalje sa srednjom stručnom spremom nose naziv primalje-asistentice. U vrlo kratkom razdoblju primalje su mogle steći višu naobrazbu na Višoj školi za medicinske sestre ginekološko-opstetričkog smjera, a zadnja je generacija u višu školu upisana 1981. godine (usp. Kuljak i Švaljug 2016: 149). Tek su pristupni pregovori Hrvatske Europskoj uniji urodili otvaranjem dvaju sveučilišnih studija primaljstva u Rijeci i Splitu kako bi se školovanje primalja uskladilo s direktivom 2005/36/EZ o priznavanju stručnih kvalifikacija. Praksa pokazuje da primaljstvo u Hrvatskoj nije autonomna profesija kao u Europskoj uniji. Kuljak i Švaljug konstatiraju kako se:

“i nakon ulaska Hrvatske u EU, primaljama i dalje ne priznaju zatečena prava, propisana odredbama Direktive 2005/36 EZ. Ona se na primaljsku profesiju izravno referira kao na jedno od sedam reguliranih profesija i propisuje potrebno obrazovanje i stručne kompetencije primalja te definira profesiju na nacionalnoj razini i traži od pojedinih država da prema njezinim odredbama usklade svoje zakonodavstvo.” (2016: 151)

Pređoćeni kratki povijesni pregled školovanja i stjecanja diploma za primalje pokazuje koliko je primaljstvo kao profesija ranjivo i onemogućeno u zadobivanju vlastite profesionalne autonomije (usp. Lupton 1998). Primalje koje su stekle diplomu ne mogu samostalno obavljati porođaje izvan zdravstvene institucije stoga žene koje se odluće na kućni porođaj angažiraju primalje iz inozemstva. Iako bi u načelu, dakle, mogle samostalno voditi uredne fiziološke porođaje, u rodilištu to još nije potpuno ostvarena praksa. Najčešće je lijećnik prisutan i kada u posljednjoj fazi izгона primalja prihvati dijete ili prije toga zareže međicu, koju potom šiva lijećnik. Svoj položaj ovako opisuje primalja s više od dvadeset godina radnog iskustva:

“Unutar našeg sustava taj status primalje još uvijek nije reguliran onako kako bi trebao. Primalje nemaju po zakonu sve ono što im pripada kompetencije i posla koji bi zapravo one mogle raditi. Kod nas je primalja još uvijek dio sustava, nema samostalnost, mada kroz sve ove godine mog staža primjećujem promjene, naravno i napredak, mogu reći u pozitivnom i boljem smjeru. A primalje nemaju u Hrvatskoj mogućnost samostalne primaljske, odnosno po zakonu imaju, ali Republika Hrvatska ne dozvoljava porod kod kuće uz primalju, tako da je to nešto što je... Znaći, ne možemo bez obzira što nam to zakon dozvoljava, mi ne možemo bit samostalne i skrbit za trudnicu, rođilju i rođilja će naravno bit kod one kod koje nema nikakvih problema.”

Danas umirovljena primalja smatra kako se lijećnici nisu spremni odreći dijela svojega posla u korist primalja, iako su one u mogućnosti samostalno obavljati porođaje što pokazuje ranija praksa:

“Do šezdesetih godina su primalje bile apsolutno samostalne. I vodile su i trudnoće i porođaje fiziološke, jer nije bilo lijećnika. Kako su lijećnici ginekolozi dolazili, educirali se, specijalizirali, tako su primalje pomalo potiskivali. Istovremeno su se porođi iz kuće preselili u bolnice i tu je nekako primalja postala asistentica lijećniku. I lijećnici su s vremenom preuzeli fiziološke porođaje od primalja. I naravno da nam oni to sada nisu spremni vratiti... Ja sam počela raditi 1974. godine, moja kolegica iz Ivanca koja je pet godina starija od mene, ona je u Rijeci završila primaljsku školu, dobila je torbu primaljsku i krenula na teren. I ona je porođila masu žena iz onog kraja, kasnije je završila u domu zdravlja kao patronažna sestra. Žene vam u ono vrijeme i nisu htjele ići u bolnice...”

Iskusni opstetrićar ovako vidi položaj primalja:

“Znači, u principu fiziološki porođaj, trudnoću, babinje, tradicijski, profesionalno, zapravo pripada primaljama. To je oduzeto, u nekim zemljama svijeta njima, a u nekima je to ostalo i dalje. Brojni radovi su pokazali da petljanje u fiziologiju zapravo napravi patologiju... U Hrvatskoj još uvijek ne postoji praksa da primalje vode trudnoću, porođaj, babinje samostalno... Zašto je tome tako? Zato što, eto... Nema odgovora. Nažalost, teško je nešto vratiti ako je prije 60 godina oduzeto. Jedan kolega mi je rekao: ‘Toliko koliko je trajalo da im je oduzeto, toliko će trajati da im se to vrati’.”

Dio liječnika očito prepoznaje da su primalje u nepovoljnom položaju no čini se da sistem nije zainteresiran za rješavanje statusa primalja i reorganizaciju rada u rađaonici.

Svoj posao primalja vidi kao podršku ženi koja rađa:

“Što je posao primalje? Da stoji uz ženu, da bude uz ženu, znači od trudnoće. Znači da žena zapravo sazna da je trudna, od kad dobije pozitivan test za trudnoću nadalje da bude sa ženom. Da ju priprema kroz trudnoću, znači sve što joj se može desiti tijekom trudnoće, na porod i na vrijeme nakon poroda.”

Ovdje se kritički može ustvrditi da sustav do sada nije uspio riješiti pitanje samostalnog rada primalja izvan rodilišta. Ulaskom u Europsku uniju primaljama se je otvorila mogućnost školovanja na akademskoj razini, a posljedično tomu i mogućnosti samostalnog rada kao što je slučaj u zemljama Europske unije. U prilog tvrdnji o neslaženju i lutanjima unutar sustava govori primjer Ivane Zorić, primalje s 26 godina radnog iskustva koja je otvorila samostalnu primaljsku praksu u jesen 2022. godine iskoristivši poticaje za samozapošljavanje. U njezinom slučaju nije bilo ničega spornoga iz perspektive Hrvatskoga zavoda za zapošljavanje koji je dodijelio sredstva poticaja za samozapošljavanje u samostalnoj primaljskoj djelatnosti. No iz Hrvatske komore primalja u nadzoru su uočile grešku pri registraciji te su uputile zahtjev Državnom inspektoratu koji je naložio zatvaranje privatne primaljske prakse. Iz Komore su ovako objasnile svoje postupanje:

„Hrvatska komora primalja apsolutno podržava otvaranje privatnih praksi primalja, no naravno, sukladno propisima. Nadamo se da će u skorijoj budućnosti biti sve više privatnih praksi primalja, prvenstveno zbog žena kojima je potrebna dostupna i efikasna primaljska skrb. Vezano uz tvrtku Ivane Zorić, Komora smatra kako bi zakonom,

odnosno podzakonskim propisom, trebalo definirati uvjete za otvaranje primaljske prakse, naročito uzimajući u obzir važnosti i značaj primaljskog djelokruga rada³⁹.

Nejasnoće o tome čija je odgovornost pravna regulacija samostalnog rada primalja ilustrira i izjava Ivane Zorić koja je medijima, nakon što je završila na policijskom ispitivanju, ukazala kako u Ministarstvu zdravstva smatraju da Komora primalja treba tražiti dodavanje članaka o normativima u praksi. Obrazložila je kako se ona kao primalja drži pravila i ne zadire u područje rada ginekologa:

“Mi savjetujemo trudnice o postupcima u svakodnevnom životu, načinu prehrane, životnim navikama. Primalje ženu pregledavaju drugačije – očima i rukama. Razgovaraju o njezinom načinu života i prema tome joj pomažu održati zdravlje i sigurnost sebe i bebe. Ako mi žena kaže da ima problem, ja nju ni ne smijem gledati, moram ju poslati ginekologu ili u bolnicu“.⁴⁰

Treba ustvrditi da se uvriježene prakse u rađaonicama polako mijenjanju. Donedavno su žene trebale biti posve pasivne, ne kretati se, nisu smjele piti ni jesti, danas ih se potiče na akciju, o čemu primalja iz jednog zagrebačkog rodilišta kaže:

“Dakle, mi sad u našem rodilištu svaku ženu potičemo na aktivnost, svaka žena ima pravo izabrati položaj u kojem će biti, u kojem će prodisati trudove. Naravno da s druge strane imamo i dalje imamo kontinuirani monitoring i da ima taj CTG da se kontinuirano slušaju otkucaji srca, međutim to smo sve prilagodili tome da unatoč tome ona ima mobilnost i može se kretati, jel. Nekada žena nije smjela ustati iz kreveta i otići pomokriti se, nego je bila katetarizirana, danas ih potičemo da samostalno mokre, da stoje, da se aktivno uključe u sam taj proces jer naravno porođaj je aktivno zbivanje i traži aktivnost od žene i upravo od tih porođaja kod kojih žena pasivno leži u krevetu u najvećem postotku završavaju carskim rezom.”

U istarskom rodilištu primalje su otvorene prema različitim položajima u kojima žena može rađati:

“Znači što se tiče rađaonice, nije da hvalim Pulu, ali mi smo među najboljim rodilištima i rađaonicama u Hrvatskoj. To je moje mišljenje. Jer moje cure su, znači, primalje su stvarno jako drage. One uvažavaju želje žena. One porađaju, možda ste to i čuli, mi

³⁹ <https://www.womeninadria.com/kucni-porod/> (pristupljeno 13.10.2023.)

⁴⁰ ibidem

porađamo i znamo porađati na boku, i na sve četiri, i u sjedećem položaju i na stolčicu, i naše žene se kreću za vrijeme poroda.”

Žene koje su rađale u bolnicama ne vide sustav kao učinkovit ni prijateljski nastrojen prema roditeljama, ali ni prema primaljama, za koje primjećuju da su unutar institucionalnog sustava podcijenjene. Zamjećuje se utjecaj rane socijalizacije unutar sustava i dominacija opstetričke perspektive koja se pounutruje i iz koje je teško načiniti iskorake za primalje. Moguća promjena vidi se u izvanbolničkim rodilištima i kućama za porođaje gdje bi primalje imale autonomiju u vođenju fizioloških porođaja:

“U Hrvatskoj bolnici je hijerarhija previše kruta i predobro, mislim možda će vrijeme pokazati da sam u krivu, ali po meni jednostavno stvari nisu posložene niti u jednoj bolnici da bi bilo dovoljna masa djelatnika sklona tome da primaljama baš daju razriješite ruke da rade svoj posao unutar te ustanove. Ono što ja vidim gdje bi se moglo desiti u Hrvatskoj taj neki, ono, primaljski pokret recimo su mala mjesta, na otocima, i u primaljskim jedinicama ili u kućama za porode, ali izvan rodilišta. Znači, dokle god je nešto u bolničkom krovu to će biti tako, možda mrvicu bolje nego šta je sada, ali u principu ista pašta. Ovaj, ako se to fizički odmakne, i što je dalje, čini mi se da će primalje tu stasati i nekako primit, dobiti tu samopouzdanje u svoje znanje i vještine, bez onog – sjene bolnice koji non-stop viri. Jer one, one su odgojene, većina njih je odgojena u tom okruženju.” (Dunja)

U početku je odnos primalja prema doulama bio pomalo nepovjerljiv. O tome primalja Belina kaže:

“Znači kad su, kad su doule počele dolaziti u rodilištu, u rodilišta uglavnom nisu bile dobrodošle i onda kad su shvatile da nisu dobrodošle jednostavno su ih žene počele prezentirati kao prijateljice s obzirom da svaka žena ima pravo izbora na jednu osobu koja će biti s njom u pratnji u rađaoni, ona je jednostavno imala svoju doulu koja je bila prijateljica. Naravno da su se onda počela, počela postavljati pitanja kad je kontinuirano jedna prijateljica dolazila sa više žena pa se onda i guglalo i tako to. Znači, tu je opet bila stvar toga da, da zapravo kao primalje nismo imali problema, naravno sa doulama jer one niti nisu ulazile u naš opseg i naše kompetencije, one su bile isključivo psihološka podrška toj ženi što zapravo kao primalja mogu reći da je i nama olakšanje jer žena ima pratnju kojoj vjeruje i koja je zapravo cijelo vrijeme kontinuirano s njom i mi zapravo imamo više vremena baviti se nekim, nekim, ovoga, drugim aktivnostima.”

Doula Antonela Brajković Cesar o odnosu s primaljama na skupu *Vratimo porođaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja* održanom u Varaždinu 2018. godine u organizaciji Hrvatske komore primalja navodi:

“Naravno da sam naišla i na određeno negodovanje, odbojnost, prozivanje, ali nisam se dala smesti – odlučila sam da ću svojim ponašanjem i djelima i onima koji me nisu najbolje prihvatili pokazati tko sam i što radim. Vrijeme je odmicalo, redali su se porod za porodom, a meni je rađaona postajala sve draže i draže mjesto, gdje se uvijek vraćam puna neke energije i sreće. Posebno me veselilo kada sam i usred noći bila dočekanica sa smiješkom na licu i da je primaljama bilo drago da me vide. A tek kada vam draga primalja usred noći, nakon nebrojenih sati koje ste proveli u rađaoni, donese punu šalicu tople kave... Most se polagano gradio! S vremenom, i same primalje su primijetile dobrobiti prisustva doule uz roditelju i same su mi znale komentirati koliko im je lakše kada roditelje imaju nekoga takvog uz sebe, koliko su smirenije, opuštenije i ljepše rađaju... Zajednički smo došle do zaključka da bi doule trebale biti, na neki način, ‘produžena ruka primaljama’ u rađaonama.” (2018: 67)

Erika Spirić o odnosu primalja i doula na istome je skupu istaknula:

“Iskustva primalja s doulama na porođaju različita su, ponajprije zbog toga što primalje ne razumiju pravu ulogu doule, što misle da doula radi njihov posao i na neki se način osjećaju ugrožene... S obzirom da se na njihovo prisustvo u rađaonicama nije gledalo dobrohotno (jedva smo prihvatili buduće očeve ili drugu osobu u pratnji), u rađaonice su ulazile kao prijateljice... U svojoj dugogodišnjoj praksi radila sam s raznim doulama i moja iskustva s njima su i više nego pozitivna. Nikada doulu nisam doživjela kao smetnju ili prijetnju mom poslu. Pa ja sam primalja, a ona je doula, naši se poslovi u skrbi za ženu u porođaju razlikuju, a naše zajedništvo u radu pruža ženi najbolju moguću skrb.” (2018: 72)

Zaključno, kada je riječ o vođenju fiziološki urednih trudnoća i porođaja niskoga rizika može se reći da profesionalni status primalja u Hrvatskoj nije još dosegnuo razinu potpune samostalnosti u institucionalnoj hijerarhiji kao ni u samostalnoj praksi kućnih porođaja. Iako osim primalja i dio liječnika zagovara stajalište da bi se taj segment trebao prepustiti primaljama, sistemske promjene se ne događaju. Sporost u promjenama uhodanih praksi ne ostavlja otvorenim samo pitanje o općenitim slabostima organiziranja zdravstvenog sustava, već ne treba izgubiti iz vida ni rodni aspekt odnosa u kojem dominira autoritarno muško znanje porodničara.

10. Zaključak

Ovaj doktorski rad bavi se promjenama porođajnih praksi tijekom druge polovine 20. i početka 21. stoljeća sagledavajući ih iz etnološke i kulturnoantropološke perspektive. Moj interes potječe iz osobnih iskustava rađanja i iskustva drugih žena koja se razlikuju od moga u oba smjera: pozitivnom i negativnom. Rad je strukturiran u deset poglavlja, a u uvodnom dijelu donosi se kontekst istraživanja u kojem se ističe da je do uspostave institucionalne zdravstvene skrbi sredinom 20. stoljeća rađanje bio događaj koji se zbiva u intimi doma uz podršku članica obitelji i uže društvene zajednice. Odgovor na normalizaciju porođaja u bolničkom kontekstu i medikaliziranje svih trudnoća i porođaja vidljive su u porastu broja kućnih porođaja u Hrvatskoj u posljednjem desetljeću. Prateći promjene porođajnih praksi u ovom je radu jedno od središnjih pitanja zašto se žene odlučuju na porođaj bez prisustva liječnika te što one podrazumijevaju pod konceptom prirodnog porođaja. Pored toga, u radu se razmatra hijerarhijski odnos aktera u institucionaliziranom porođaju: roditelje ginekologa i primalje kao i suosudnos sa podržavateljicom i pružateljicom emocionalne potpore roditelji – doulom.

U poglavlju *Metodološka razmatranja* ocrtane su odrednice kvalitativnog istraživanja koje se temelji na: strategijama dizajna istraživanja, strategijama prikupljanja podataka i terena te analitičkim strategijama. Polustrukturirane intervjuje provela sam s dvadeset žena u razdoblju od srpnja 2019. do prosinca 2020. godine. Osim njih intervjuirala sam dva ginekologa tijekom 2022. godine, jednog sa tridesetogodišnjim iskustvom i jednog specijalizanta te dvije primalje zaposlene u dvije bolnice iz dva različita grada i jednu umirovljenu primalju. Neke od intervjuiranih majki djeluju kao podržavateljice doule te sam ispitala taj dio njihova rada. Tijekom istraživanja pojavile su se i etičke dileme vezane uz zaštitu identiteta kazivačica koje su rađale kod kuće kao i primalja koje su im asistirale pri porodu. Stoga sam se odlučila na pseudonimizaciju i kada sam imala pisani pristanak o otkrivanju identiteta rukovodeći se mišlju da bi protokom vremena moglo doći do promjene gledišta ili emocija u odnosu na porođaj kao osoban, intiman čin. Osim intervjuja, analizirala sam i tekstove s mrežnih stranica i objave s foruma i društvenih mreža. Moj osobni i angažirani način istraživanja počiva na feminističkoj teoriji stajališta koja se fokusira na žene kao marginaliziranu skupinu i društvene odnose u kojima se one nalaze.

U poglavlju *Porođaj i roditelja u institucionalnom zagrljaju* donosi se povijesni pregled institucionalizacije porođaja koji je vezan uz razvoj javnoga zdravstva tijekom 20. stoljeća i

otvaranje rodilišta u bolnicama i kao samostalnih zdravstvenih jedinica. Iako je primaljstvo starija struka, odvajanjem ginekologije od kirurgije primat u vođenju porođaja preuzimaju tijekom 20. stoljeća ginekolozi opstetričari. Tako primaljstvo u drugoj polovini 20. stoljeća pomalo gubi svoju autonomiju i egzistira primarno kao asistirajuća profesija uz ginekologe porodničare. U poglavlju se nadalje razmatra promjene unutar zakonodavnog okvira porođaja te status i prava koja imaju roditelje. Istraživanje je pokazalo da se usprkos zakonima kojima im se osiguravaju prava kao pacijenticama: Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o pravima pacijenata te Zakonom o liječništvu ne poštuju njihovo pravo na samoodređenje, uvažavanje, poštovanje razumljivo i adekvatno informiranje. Nadalje pravne nejasnoće vezane uz izvaninstitucionalne porođaje žene koje se odlučuju na porođaj kod kuće stavljaju u položaj koji im ne osigurava zdravstvenu skrb kakvu imaju žene koje rađaju u rodilištima. Stoga je potrebna revizije zakonske regulative koja će svim roditeljama bez obzira na mjesto rađanja osigurati jednaki status. Pravne nedorečenosti postoje i u Zakonu o primaljstvu kojim se omogućava samostalna djelatnost primalja. Zbog nejasnih odredbi nije zaživjela samostalna primaljska praksa te primalje u Hrvatskoj nemaju mogućnost asistiranja u kućnim porođajima. Četvrto poglavlje *K antropologiji porođaja*, najopsežnije je i sadrži deset potpoglavlja. U prvom su predstavljene tri paradigme zdravstvene skrbi koje utječu na porođaje u suvremenim zapadnim društvima kako ih obrazlaže antropologinja Robbie Davis- Floyd. Dominantan je tehnokratski model, utemeljen u znanosti uz korištenje tehnologije. Ovaj je model utemeljen na kartezijskom odvajanju tijela i duha, a tijelo se konceptualizira kao stroj. Provođa se u ekonomskom kontekstu usmjerenom na profit u velikim patrijarhalnim sustavima. Humanistički model ne odbacuje tehnologiju, ali značajno više polaže pažnju na odnose i emocije. Pored znanstvenih otvoren je i prema drugačijim pristupima te povezuje znanja i vještine sa brižnošću. Humanistički model prepoznaje doulu kao važnu kariku u davanju emocionalne podrške ženi koja rađa. Holistički se model skrbi temelji na balansiranoj izmjeni energije između roditelje i primalje. Njihov odnos nije ustanovljen na hijerarhiji autoriteta već na uzajamnom povjerenju. To se povjerenje u holističkom pristupu proteže i na intuiciju i vjeru u znanje tijela. Porođaj se ne ubrzava niti se ograničava. U sljedećim se potpoglavljima analizira medikalizacija porođaja i posljedica koje ona nosi. Iako medikalizacija, shvaćena kao proces u kojem se nemedicinska stanja definiraju medicinskim terminima ili ih se tretira medicinskom intervencijom u početku 20. stoljeća ne nosi nužno negativna obilježja, kritičari ukazuju da taj kompleksan sociokulturni proces karakteriziraju širenje medicinske nadležnosti i korištenje medicine kao mehanizma društvene kontrole. Medikalizacija porođaja znači da žene ostaju bez mogućnosti kontrole nad postupcima koji se rutiniziraju uz ograničavanje

kretanja tijekom trudova, farmakološko ublažavanje bolova, kemijsku stimulaciju porođaja i elektivnu indukciju porođaja, kao i korištenje anestezije i izvođenja epiziotomije. Tomu treba dodati odvajanje roditelja od bliskih članova obitelji kao i nedostatan informiranje ili izostanak informacija o postupcima tijekom porođaja. Posljedice medikalizacije su i rađanje u ležećem položaju koji je najbolje rješenje za opstetričara, ali ne nužno i za roditelja te zarezivanje međice – epiziotomija, koja se izvodi rutinski kada to nije nužno. U rutinske postupke medikaliziranog institucionalnog porođaja ubraja se i skraćivanje vremena rađanja i visoka stopa izvođenja carskog reza. Osjećaji napuštenosti, straha i poniženja emocije su koje su iskusile mnoge žene tijekom medikaliziranog porođaja u rodilištu.

U poglavlju *Feministička kritika porođaja* ocrtni su najvažniji elementi kritike prvog, drugog i trećeg feminističkog vala. Feministička kritika porođaja sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća usmjerena je na rodne odnose moći i ukidanje rodnih stereotipa o ženama, a u kontekstu porođaja razmatra se dualizam tehnokratskog s jedne i prirodnog porođaja s druge strane. Za feministkinje prvog vala s kraja 19. i početka 20. stoljeća u fokusu je bilo oslobađanje od boli i rađanje u higijenskim i zdravstveno prihvatljivim uvjetima koji nisu bili podjednako dostupni ženama različitih socijalno-ekonomskih statusa. Stoga se klasna pripadnost nameće kao važan element u analizi porođaja. Za liberalne feministkinje drugog vala važno je da sustav osigura jednaka prava za žene i muškarce unutar sustava, liječnike i liječnice kao i primalje te da roditelji imaju pravo na autonomni izbor načina rađanja. Jednakost se između građanki i građana prema liberalnom shvaćanju može osigurati zakonima. Radikalne feministkinje u medikaliziranom institucionalnom porođaju vide prvenstveno mušku dominaciju nad ženama, budući da su muškarci oni koji unutar zdravstvenog sustava imaju više moći i upravljanja tehnologijom. Njihova moć se očituje ne samo nad roditeljama već i u odnosu spram primalja. Iz radikalne feminističke perspektive porođaj treba izmjestiti izvan hijerarhijskih profesionalnih odnosa i prepustiti ga primaljama laikinjama koje neće sa roditeljama biti u hijerarhijskom odnosu. Za feministkinje trećeg vala kojeg obilježava postmodernizam dovodi se u pitanje binarnost podjele spola i roda kao i dualnost drugih podjela poput tijela i duha. Kritički se promišlja o tjelesnosti kao dijelu identiteta. Za porođajne prakse, smatraju bitno je prihvaćanje njihovih različitosti i praćenje ishoda. Feministička kritika, kao i kritika medikalizacije društva otvorila je i pitanje što je to prirodni porođaj. O shvaćanju prirodnog porođaja iz perspektive roditelja i drugih sudionika u porođaju govori se u šestom poglavlju. Prirodni porođaj podrazumijeva izostanak medicinskih intervencija. No prirodnost ne znači pasivno prepuštanje bez aktivnosti roditelja. Prirodno naime ne postoji izvan kulture pa se tako u prirodnom porođaju traži svjesni pristup i vježbanje prirodnog kroz disanje ili pak tehnike

relaksacije. Uz prirodni se porođaj vezuju prvenstveno primalje i doule koje asistiraju roditeljima bez invazivnih zahvata. Nasuprot distanciranom pristupu roditeljima u medikaliziranom bolničkom porođaju u kući se rađa uz podršku najbližih članova obitelji i emocionalnu potporu o čemu se govori u poglavlju *Doma je moguće bez borbe*. Moje je istraživanje pokazalo da se na rađanje u kući uz primalju odlučuju visoko obrazovane, situirane urbane žene nisko rizičnih trudnoća koje su u većini imale prethodno iskustvo rađanja u institucionalnom okruženju te nisu željele ponovno proživljavati neugodna iskustva. Usprkos dugom trajanju porođaja i porođajnoj boli koja nije ublažavana lijekovima njihova iskustva nisu traumatična. Prostor doma doživjele su kao sigurno i ugodno mjesto za razliku od rodilišta kojeg su doživjele upravo suprotno kao mjesto straha i emocionalne hladnoće. Valja napomenuti da kazivačice nisu romantizirale kućni porođaj, a naglasak su stavljale na emocionalnu potporu koja im je olakšavala prolazak kroz porođajnu bol. U osmom poglavlju riječ je o doulama podržateljicama roditelja i trudnica. Doule se bave intimnim radom, one pružaju informacije i daju im emocionalnu podršku. Njihova se pojava može tumačiti kao reakcija na medikalizirani porođaj i odnos prema ženama u rodilištima. U nas je riječ o relativno novoj praksi koja postoji nešto više od jednog desetljeća, a njihov rad karakterizira premošćivanje intimne potpore unutar i izvan individualnog doma. U ovom se poglavlju razmatra i odnos doula spram zdravstvenog osoblja: primalja i opstetričara. Dinamika odnosa prema liječnicima i primaljama se razlikuje. Dok su liječnici manje skloni prihvatiti prisutnost doule u rađaonici, te ih uglavnom doživljavaju kao smetnju, primalje ih lakše prihvaćaju uviđajući da njima olakšavaju rad upravo time što su emocionalna potpora roditeljama. Pretposljednje poglavlje posvećeno je *babicama* - primaljama. Primalja je uz roditelja povijesno gledano jedna od dviju figura koja se vezuje uz porođaj kao fiziološki i društveni događaj. Svoj poziv primalje doživljavaju kao podršku ženama. U poglavlju se analizira njihov profesionalni status te dinamiku odnosa u rađaonici u odnosu prema liječnicima. Pored toga razmatra se i nedorečenost pravnog okvira koji im ne omogućava samostalno vođenje fizioloških porođaja niskog rizika.

Zaključno, na osnovi prikupljene građe ovaj rad nudi smjernice za promjenu dominantne medicinske paradigme porođaja u Hrvatskoj. Na kraju, valja naglasiti da je jedan od značajnijih izvornih doprinosa istraživanja primjenjiv i u oblikovanju budućih zdravstvenih politika koje bi se temeljile na kvalitativno metodološkoj detekciji potreba i interesa roditelja.

11. Literatura

Ahmed, Sara. 2020. *Kulturna politika emocija*. Zagreb:Fraktura

Annandale, Ellen, and Judith Clark. 1996. "What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction". *Sociology of Health & Illness*, 18/1: 17-44

Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society. Towards a New Modernity*. London: Sage.

Beckett, Katherine. 2005. "Choosing Cesarean. Feminism and the Politics of Childbirth in the United States". *Feminist Theory* 6/3: 251–275.

Belan-Bevandić, Marija. 1996. „Porod na selu“. U: *Kako živi narod: život u pasivnim krajevima*. Rudolf Bićanić ur. [Pretisak] Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu: Nakladni zavod Globus. 85-88.

Belenky, Mary Field. 1998. *Ženski načini spoznavanja: razvoj sebstva, svojeg glasa i svojeg duha*. Zagreb: Ženska infoteka.

Bezjak, Petra. 2017. *Porodničarsko nasilje: kulturološki i povijesni uzroci nasilja pri hospitaliziranom porodu*. Završni rad. Rijeka: Sveučilište u Rijeci. Filozofski fakultet Odsjek za kulturalne studije: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:558735> (pristupljeno 1.9.2021.)

Blagaić, Vladimir. 2016. "Povijesni pregled porodništva u Hrvatskoj s osvrtom na perinatalnu i maternalnu smrtnost te usporedba sa europskim zemljama". U *Zbornik radova sa simpozija s međunarodnim sudjelovanjem. "Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog porodništva"*. Zagreb: Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za ginekologiju i porodništvo, 1-5.

Bohren, M. A., G. J. Hofmeyr, C. Sakala, R. K. Fukuzawa i A. Cuthbert. 2017. "Continuous Support for Women During Childbirth". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 7: CD003766.

Bordo, Susan 2004. *Unbearable Weight Feminism, Western Culture, and the Body*. University of California Press.[10th edition]

Brubaker, Sarah Jane i Heather E. Dillaway. 2009." Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences" *Sociology Comapss*, Vol. 3/1: 31-48.

Budak, Anita. 2018. "Ljudska prava u porodu". U *Reproduktivna pravda za pravednije društvo*. Iva Davorija i Marinella Matejčić, ur. Rijeka: Udruga za ljudska prava i građansku participaciju PaRiter, 38-48.

Campbell, Rona i Sam Porter.1997. "Feminist Theory and the Sociology of Childbirth: A Response to Ellen Annandale and Judith Clark". *Sociology of Health & Illness*, 19: 348 - 358.

Carpenter, Laura. 2010. " On remedicalisation: male circumcision in the UnitedStates and Great Britain". *Sociology of Health & Illness* 32/4: 613–630.

Castañeda, Angela N. i Julie Johnson Searcy, ur. 2015. *Doulas and Intimate Labour. Boundaries, Bodies and Birth*. Bradford, Ontario: Demeter Press.

Charmaz, Kathy. 2011. *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Los Angeles, London: Sage.

Cheyney, Melissa. 2008. "Homebirth as Systems-Challenging Praxis. Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace". *Qualitative Health Research* 18: 254-67.

Cheyney, Melissa, Davis-Floyd Robbie. 2022. „Rituals and rites of childbirth across cultures“ U: *The Routledge Handbook of Anthropology and Reproduction* Sallie Han, Cecília Tomori. 480-293.

Cohen Shabot, Sara. 2021. "Why 'Normal' Feels so Bad. Violence and Vaginal Examinations During Labour. A (Feminist) Phenomenology". *Feminist Theory* 22/3: 443-463.

Conrad, Peter. Schneider, Joseph. 1980. „Looking at Levels of Medicalization: A Comment on Strong's Critique of the Thesis of Medical Imperialism“. *Social Science and Medicine*, 14A:75-79.

Conrad, Peter. 2007. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.

Cosans, Chris. 2004. „The meaning of natural childbirth“. *Perspectives in biology and medicine*, 47/2: 266-272. <https://doi.org/10.1353/pbm.2004.0022>

Čizmić, Jozo i Maja Proso. 2016. "Prava, obveze i odgovornosti pacijenata s posebnim osvrtom na prava, obveze i odgovornosti trudnica i roditelja". U *Zbornik radova sa simpozija s međunarodnim sudjelovanjem. "Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog porođništva"*. Zagreb: Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za ginekologiju i porođništvo, 7-26.

Čulinović-Konstantinović, Vesna. 1988. "Tradicijaska društveno-medicinska praksa oko trudnoće i poroda u srednjoj Dalmaciji". *Acta Historiae Medicinae, Stomatologiae, Pharmaciae, Medicinae Veterinariae* 28/1-2: 95-102.

Daly, Mary. 1978. *Gynecology. The Meta-ethics of Radical Feminism* Boston: Beacon Press.

Davis-Floyd, Robbie. 1992. *Birth as an American Rite of Passage* Berkeley: University of California Press.

Davis-Floyd, Robbie i Carolyn F. Sargent. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.

Davis-Floyd, Robbie. 2001. "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75 (Supplement No. 1): S5-S23.

Davis-Floyd, Robbie. 2005. "Anthropology and Birth Activism. What Do We Know?". *Anthropology News* 46/5: 37-38.

- Deitrick, Lynn & Patrick Draves. 2008. „Attitudes towards Doula Support during Pregnancy by Clients, Doulas, and Labor-and-Delivery Nurses: A Case Study from Tampa, Florida“. *Human Organization*, 67(4), 397–406. <http://www.jstor.org/stable/44127804>
- Dražančić, Ante. 2004. “Alternativne metode rađanja”. *Gynaecologia et perinatologia* 13/2: 43-51.
- Dražančić, Ante. 2010. „Razvoj ginekologije i perinatologije, Stručna društva liječničkoga zbora, Federalne udruge i medicinska periodika iz područja ginekologije i perinatologije u Hrvatskoj u 20. stoljeću. Prvi dio: Ginekološka sekcija i sekcija za perinatalnu medicinu“. *Gynaecologia et perinatologia* 19/2: 101-117.
- Dražančić, Ante i Urelija Rodin. 2011. “Izvanbolnička rodilišta Medicinski preživljena ili korisna?”. *Gynaecologia et perinatologia* 20/1: 6-15.
- Drglin, Zalka. 2003. *Rojstna hiša. Kulturna anatomija poroda*. Ljubljana: Delta.
- Drglin, Zalka. 2019. “Towards Salutogenetic Birth Space”. U *Childbirth*. M. Z. Jovandaric i S. J. Milenkovic, ur. London: IntechOpen.
- Dugac, Željko. 2010. *Kako biti čist i zdrav. Zdravstveno prosvjeđivanje u međuratnoj Hrvatskoj*. Zagreb: Srednja Europa.
- Dugački, Vladimir. 2003. “Ginekologija, porodništvo i primaljstvo u hrvatskoj između dvaju svjetskih ratova”. *Acta medico-historica Adriatica* 1/1: 75-84.
- Dugački, Vlatka i Krešimir Regan. 2019. “Povijest zdravstvene skrbi i razvoja zdravstvenih ustanova na hrvatskom prostoru”. *Studia lexicographica* 13/25: 35–74.
- Dumont A, de Loenzien M, Nhu HM, Dugas M, Kabore C, et al. 2022. „Caesarean section or vaginal delivery for low-risk pregnancy? Helping women make an informed choice in low- and middle-income countries“. *PLOS Global Public Health* 2(11): e0001264. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001264>
- El Assadi, Ivana. 2011. “Pravna pitanja vezana uz porođaje kod kuće u Republici Hrvatskoj”. *Primaljski vjesnik* 11. s.a.
- Ehrenreich, Barbara i Deirdre English. 1986. “‘Bolesne’ žene iz viših klasa”. *Žena. Časopis za društvene probleme žene i porodice* 44/1: 26-38.
- Emerson Robert, Rachel Fretz i Linda Shaw. 1995. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Everson, Courtney i Melissa Cheyney. 2015. “Between Two Worlds. Doula Care, Liminality and the Power of Mandorla Spaces”. U *Doulas nad Intimate Labour. Boundaries, Bodies and Birth*. Angela Castañeda i Julie Johnson Searcy. Bradford, Ontario: Demeter Press, 293-225.

- Fahy, Kathleen. & Jenny Anne Parrat. 2006. „Birth Territory: a theory for midwifery practice“. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 19/2: 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>
- Foucault, Michel. 1994. *Nadzor i kazna: rađanje zatvora*. Zagreb: Informator: Fakultet političkih znanosti.
- Firestone, Shulamith. 1970. *The Dialectic of Sex*. New York: Bantam.
- Fox, Bonnie i Diana Worts. 1999. “Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth. A Contribution to the Sociology of Birth”. *Gender & Society* 13/3: 326–346.
- Frigoletto, Jr. Fredric D. et al. 1995. “A Clinical Trial of Active Management of Labor”. *The New England Journal of Medicine* 333: 745-750.
- Frost, Julia, Catherine Pope, Rachel Liebling i Deirdre Murphy. 2006. “Utopian Theory and the Discourse of Natural Birth”. *Social Theory and Health* 4: 299-318.
- Gaskin, Ina May. 2014. *Prirodan porođaj*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Geertz, Clifford. 1998 [1973]. *Tumačenje kultura*, 1. Beograd: XX vek.
- Geiger, Marija. 2002. „Feministička epistemologija: Kratak pregled feminističke kritike znanosti“. *Revija za sociologiju* 33/ 1-2: 103-115.
- Gobo, Giampietro. 2009. *Doing Ethnography*. Los Angeles, London: Sage.
- Good, Byron i Mary Jo Good. 1993. “Learning Medicine. The Construction of Medical Education at Harvard Medical School”. U *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Shirley Lindenbaum i Margaret M. Lock, ur. Berkeley: University of California Press, 81-107.
- Grosz, Elizabeth. 2002. “Preoblikovanje tijela”. *Treća* 4/1: 6-25.
- Habek, Dubravko. 2008. “Povijesni razvoj primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskoga kraja”. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru* 2: 169-186
- Habek, Dubravko. 2017. *Ginekologija i porodništvo*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Habek, Dubravko. 2020. “O sigurnim porođajima u kući”. *Liječnički vjesnik* 142: 263–264.
- Haire, Doris. 1972. *The Cultural Warping of Childbirth*. Minneapolis: International Childbirth Education Association.
- Harding, Sandra. 1992. “After the Neutrality Ideal. Science, Politics and ‘Strong Objectivity’”. *Social Research* 3: 567-587.
- Helén, Ilpo. 2004. “Technics Over Life. Risk, Ethics and the Existential Condition in High-tech Antenatal Care”. *Economy & Society* 33/1: 28–51.

Horbec, Ivana. 2015. *Zdravlje naroda – bogatstvo države. Prosvjećení apsolutizam i počeci sustava javnog zdravstva u Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski institut za povijest.

Ilich, Ivan. 2010. *Medicinska nemeza. Eksproprijacija zdravlja*. Zagreb: Litteris.

Ivanišević, Frano. 1906. *Poljica : narodni život i običaji*. Reprint izd. JAZU iz 1906. Split: Književni krug.

Jambrec, Sandra. 2013. "Trudnoća i porod. Antropološki osvrt". U *Konferencija prePOROD 2013. Izazovi i trendovi u maternalnoj skrbi u Hrvatskoj i Europskoj uniji*. Daniela Drandić, ur. Zagreb: RODA, 13-24.

Jambrec, Sandra. 2018. *Antropologija trudnoće i poroda. Pregled discipline i implikacije za Hrvatsku*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.

Jones, Jane Clare. 2012. "Idealized and Industrialized Labor. Anatomy of a Feminist Controversy". *Hypatia* 27/1: 99-117.

Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States. Fourth Edition*. Long Grove: Waveland Press.

Jordan, Brigitte. 1997. "Authoritative Knowledge and Its Construction". U *Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives*. Robbie E. Davis-Floyd i Carolyn F. Sargent, ur. Berkeley: University of California Press, 55–79.

Juretić, Nina. 2013. "Kako nastaje politika asistiranog kućnog poroda u Hrvatskoj". U *Konferencija prePOROD 2013. Izazovi i trendovi u maternalnoj skrbi u Hrvatskoj i Europskoj uniji*. Daniela Drandić, ur. Zagreb: RODA, 31-42.

Juričić, Živka i Marica Malenica. 2014. "O nekim uzrocima i posljedicama medikalizacije života i društva. Analitičko-kritički diskurs". *Socijalna ekologija* 23/1: 5-38.

Kitzinger, Sheila. 1978. "Pain in Childbirth". *Journal of Medical Ethics* 4/3: 119–121.

Kitzinger, Sheila. 1988. *The Experience of Childbirth*. London: Penguin Books.

Kitzinger, Sheila. 2000. *Rediscovering Birth*. London: Little, Brown and Company.

Kitzinger, Sheila. 2002. *Birth Your Way*. London: Dorling Kindersly Publishing.

Kitzinger, Sheila. 2005. *The Politics of Birth*. London: Books for Midwives.

Kitzinger, Sheila. 2006. *Birth Crisis*. London: Routledge.

Klaus, Marshal i John Kennell. 1983. "Parent to Infant Bonding. Setting the Record Straight". *The Journal of Pediatrics* 102/4: 575–576.

Korać Graovac, Aleksandra. 2016. "Odgovornost roditeljskih udruga u kreiranju javnog mnijenja u vezi trudnoće i poroda". U *Zbornik radova sa simpozija s međunarodnim sudjelovanjem. "Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog porodništva"*. Zagreb: Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za ginekologiju i porodništvo, 51-58.

Kuljak, Željka i Deana Švaljug. 2016. "Primaljstvo u Republici Hrvatskoj – pravo i obaveze". U: *Zbornik radova sa simpozija s međunarodnim sudjelovanjem. "Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog porodništva"*. Zagreb: Klinička bolnica Sveti Duh, Klinika za ginekologiju i porodništvo, 145-156.

Kukla, Rebecca. 2008. "Measuring Mothering". *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 1/1: 67-90. DOI: 10.1353/ijf.0.0023

Kukura, Elizabeth. 2018. "Obstetric violence". *The Georgetown Law Journal*. 106: 721-801. <https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2018/06/Obstetric-Violence.pdf>

Kuvačić, Ivan. 2005. "Kako smanjiti rizične čimbenike u porodu". *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 1/2. s.a.

Kvale, Steinar i Svend Brinkmann. 2009. *Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. Los Angeles, London: Sage.

Lankshear, Gloria, Elizabeth Ettore i David Mason. 2005. "Decision-making, Uncertainty and Risk. Exploring the Complexity of Work Processes in NHS Delivery Suites". *Health, Risk & Society* 7/4: 361–377.

Lazarus, Ellen. 1994. "What do Women Want? Issues of Choice, Control and Class in Pregnancy and Childbirth". *Medical Anthropology Quarterly* 8/1: 25-46.

Leček, Suzana i Željko Dugac. 2006. "Majke za zdravlje djece. Zdravstveno prosvjetna kampanja Seljačke sloge (1939. – 1941.)". *Časopis za suvremenu povijest* 38/3: 983-1005.

Lovretić, Josip. 1897. „Otok: narodni život i običaji“. *Zbornik za narodni život i običaje južnih Slavena*. 2: 91-459

Lønfeldt, N. N., K. Strandberg-Larsen, F. C. Verhulst, K. J. Plessen i E. R. Lebowitz. 2020. "Birth with Synthetic Oxytocin and Risk of Childhood Emotional Disorders. A Danish Population-based Study". *Journal of Affective Disorders* 274: 112–117.

Lupton, Deborah. 1998. *Medicine as Culture*. London: Sage.

MacDonald, Margaret. 2006. "Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Ontario." *Medical Anthropology Quarterly*. 20/2: 235-256.

MacDonald, Margaret. 2011. "The cultural evolution of natural birth". *Lancet*, 378: 394-395.

Macfarlane Alison, Dattani N, Gibson R, et al. 2019. „Births and their outcomes by time, day and year: a retrospective birth cohort data linkage study“. Southampton (UK): NIHR Journals

Library; 2019 May. (Health Services and Delivery Research, No. 7.18.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541376/> doi: 10.3310/hsdr07180

Mansfield, Becky. 2008. "The Social Nature of Natural Childbirth". *Social Science & Medicine* 66/5: 1084–1094.

Mason, Jutta. 1988. "Midwifery in Canada". U *Midwife Challenge*. Sheila Kitzinger, ur. London: Pandora.

Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.

Martin P, Cortina-Borja M, Newburn M, Harper G, Gibson R, Dodwell M, et al. 2018. „Timing of singleton births by onset of labour and mode of birth in NHS maternity units in England, 2005–2014: A study of linked birth registration, birth notification, and hospital episode data“. PLoS ONE 13(6): e0198183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198183>

Međimorec, Ana Marija. 2018. *Zdravstvo na području kopriivničke i đurđevačke Podravine od 1958. do 1962. godine*. Diplomski rad. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet.

Michie, Helena i Naomi R. Cahn. 1996. "Unnatural Births. Cesarean Sections in the Discourse of the 'Natural Childbirth' Movement". U *Gender and Health. An International Perspective*. Carolyn F. Sargent i Caroline B. Brettell, ur. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 44–55.

Morton, Christine, Marla Seacrist, Jennifer Torres i Nicole Heidebreder. 2015. „Cultivating Collaborative Relationships in the Provision of Labour Support: Doulas and Labour and Delivery Nurses“ U: *U Doulas nad Intimate Labour. Boundaries, Bodies and Birth*. Angela N. Castañeda i Julie Johnson Searcy, ur. Bradford, Ontario: Demeter Press, 170–185.

Nelson, Margaret. 1983. „Working-Class Women, Middle-Class Women, and Models of Childbirth“. *Social Problems*, 30(3), 284–297. <https://doi.org/10.2307/800354>

Oakley, Ann. 1983. "Wisewoman and Medicine Man. Changes in the Management of Childbirth". U *The Rights and Wrongs of Women*. Juliet Mitchel i Ann Oakley, ur. London: Penguin Books, 17–58.

Oakley, Ann. 1984. *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell.

Oakley, Ann i Germaine Greer. 2005. Introduction. In *The Ann Oakley reader: Gender, women and social science* (1st ed., pp. 118–122). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t88xpn.20>

Odent, Michel. 2000. *Preporod rađanja*. Zagreb: Ostvarenje.

O'Herlihy C. 1993. „Active management: a continuing benefit in nulliparous labor“. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 20(2), 95–97. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1993.tb00424.x>

Ortner, Šeri. 1983. "Žena spram muškarca, kao priroda spram kulture?". U *Antropologija žene*. Žarana Papić i Lidija Sklevicky, ur. Beograd: Prosveta, 152–163.

- Patton, Michael Quinn. 2002. *Qualitative Research & Evaluation methods* (3. izdanje). Los Angeles, London: Sage.
- Petek, Ana. 2012. “Što su hrvatske javne politike?”. *Političke analize* 3/11: 37-45.
- Prka, Matija. Habek, Dubravko. 2011. „Epiziotomija – nove spoznaje“. *Gynaecologia et Perinatologia* 20(3):134–139
- Ražov, Blanka. 2021. *Porod i ritual – prema razumijevanju i humanizaciji tehnokratskog modela rađanja*. Diplomski rad. Zadar: Sveučilište u Zadru Odjel za etnologiju i antropologiju. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:162:881861> (pristupljeno 24. 5. 2021.).
- Reese Basile, Monica. 2012. *Reproductive Justice and Childbirth Reform. Doulas as Agents of Social Change*. Doktorski rad. Iowa: University of Iowa. <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/Reproductive-justice-and-childbirth-reform-doulas/9983776600802771> (pristupljeno 24. 4. 2021.).
- Reissman, Catherine K. 1983. “Women and Medicalization. A New Perspective”. *Social Policy* 14/1: 3–18.
- Rich, Adrienne. 1977. *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. London: Virago.
- Roditelji u akciji – Roda. 2020. *Iskustva trudnica, roditelja i babinjača u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj 2018. i 2019. godine*. Zagreb: Roditelji u akciji – Roda.
- Romm, Aviva Jill. 2003. *The Natural Pregnancy Book. Your Complete Guide to a Safe, Organic Pregnancy and Childbirth with Herbs*. Berkley: Celestial Arts.
- Rossi, Alice s. 1984. „Gender and Parenthood“. *American Sociological Review*, 49(1), 1–19. <https://doi.org/10.2307/2095554>
- Rubin, Gejl. 1983. “Trgovina ženama- beleške o političkoj ekonomiji polnosti”. U *Antropologija žene*. Žarana Papić i Lidija Sklevicky, ur. Beograd: Prosveta, 91-151.
- Ruzek Burt, Sheryl. 1978. *The Women's Health Feminist Alternatives Medical Control*. New York: Praeger.
- Shaw, Nancy. 1974. *Forced Labor. Maternity Care in the United States* New York: Pergamon Press.
- Simkin, Penn, Jenet Whalley i Ann Keppler. 2001. *Pregnancy, Childbirth, and the Newborn. The Complete Guide*. New York: Maedowbrook Press.
- Skoko, Elena. 2015. “Priča o porodu: iz podzemlja kulturne amnezije do Europskog suda za ljudska prava”. U *O pričama i pričanju danas*. Jelena Marković i Ljiljana Marks, ur. Zagreb: Insitut za etnologiju i folkloristiku, 463-477.

- Smith, Dorothy E. 2002. [1990]. „The Conceptual Practices of Power“ u: *Contemporary Sociological Theory*. Craig Calhoun, Joseph Gerteis, James Moody, Steven Pfaff i Indermohan Virk (ur.). Malden: Blackwell, 315–322.
- Smith-Oka, Vania. 2015. “Being a Doula When Birth Choice is Limited. Supporting Birthing Mothers in a Mexican Hospital”. U *Doulas nad Intimate Labour. Boundaries, Bodies and Birth*. Angela N. Castañeda i Julie Johnson Searcy, ur. Bradford, Ontario: Demeter Press, 153-159.
- Solnes Miltenburg, Andrea & van Pelt, Sandra & Meguid, Tarek & Sundby, Johanne. 2018. „Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence“. *Reproductive health matters*. 26. 10.1080/09688080.2018.1502023.
- Sosa, R., J. H. Kennell, M. H. Klaus, S. Robertson i J. Urrutia. 1980. “The Effect of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length of Labor, and Motherinfant Interaction”. *The New England Journal of Medicine* 303/11: 597–600.
- Spirić, Erika. 2017. “Osnivanje samostalnih primaljskih jedinica u bolničkom okruženju”. *Primaljski vjesnik* 25: 40-45.
- Šarin, Duška. 2014. “Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda kroz odnos Europskog suda za ljudska prava i Ustavnog suda Republike Hrvatske na primjeru zaštite ljudskog prava na pristup Sudu”. *Pravni vjesnik* 30/3-4: 77-100.
- Šebalj, Martina. 2022. “Porod kod kuće. Stavovi prvostupnica primaljstva u Republici Hrvatskoj”. *Primaljski vjesnik* 32: 1-21.
- Škokić, Tea. 2001. “Feministička antropološka kritika. Od univerzalizma do razlike”. *Etnološka tribina* 31/24: 5-20.
- Šporer, Željka. 1990. *Sociologija profesija. Ogled o društvenoj uvjetovanosti profesionalizacije*. Zagreb: Sociološko društvo Hrvatske.
- Taylor, Ann Clare Thorington. 2003. *Childbirth Practice and Feminist Theory. Re-imagining Birth in an Australian Public Hospital*. Doktorski rad. Newcastle: University of Newcastle. <http://hdl.handle.net/1959.13/41751> (pristupljeno 1. 9. 2021.).
- Thomson, Gill i Soo Downe. 2008. “Widening the Trauma Discourse. The Link Between Childbirth and Experiences of Abuse”. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 29/4: 268–73.
- Tomašić, Pavao, ur. 1941. *Majka i dijete*. Zagreb: Škola narodnog zdravlja.
- Tong, Rosmarie. 1998. *Feminist Thought. A More Comprehensive Introduction*. Sydney: Allen and Unwin.
- Treichler, Paula. 1990. “Feminism, Medicine and the Meaning of Childbirth”. U *Body/Politics. Women and the Discourses of Science*. Mary Jacobus i Evelyn Fox Keller i Sally Shuttleworth, ur. New York: Routledge.

Vondraček-Mesar, Jagoda. 1993. *Izolacija roditelja u Hrvata u južnoslavenskom kontekstu*. [magistarski rad] Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet.

Wagner, Marsden. 1986. "Trudnoća, porod i nakon poroda (Zdravstvene službe u Evropi)". *Žena. Časopis za društvene probleme žene i porodice* 44/1: 53-61.

Weitz, Rose i Deborah Sullivan. 1986. "The Politics of Childbirth. The Re-emergence of Midwifery in Arizona". *Social Problems* 33/3: 163-175.

Wesson, Nicky. 2000. *Labor Pain. A Natural Approach to Easing Delivery*. Rochester: Healing Art Press.

Willis, Evan. 1989. *Medical Dominance. The Division of Labour in Australian Health Care*. Sydney: George Allen & Unwin.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i organizaciji zdravstvene službe: (s dijelom drugim Općeg zakona o organizaciji Zdravstvene službe). 1962. Zagreb: Narodne novine.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju: s objašnjenjima. 1980. Zagreb: Centar za informacije i publicitet.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. 2008. Zagreb: Narodne novine 150.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. 2018. Zagreb: Narodne novine 100.

Zakon o liječništvu. 2003. Zagreb: Narodne novine 121.

Zakon o zaštiti prava pacijenata. 2004. Zagreb: Narodne novine 169.

Zimet, Gregory Dahlem et al. 1988. „The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52/1: 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zinka, Marija. 1994. "O glagolima roditi/poroditi i njihovim izvedenicama". *Jezik* 42/4: 117-118.

Zola, Irving Kenneth. 1976. "Medicine as an Institution of Social Control". *Ekistics* 41/245: 210-214.

Živaković-Kerže, Zlata. 2019. "Dom narodnoga zdravlja u Osijeku. Štamparova zamisao pretočena u ostvarenje". *Studia lexicographica* 13/25: 75–86.

Internetski izvori:

Rodin, Aurelija, Ivan Cerovečki i Daria Jezdić. 2022. Porodi u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2021. godine. Izvješća 2012. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2022/07/Porodi_2021.pdf (pristupljeno 14. 8. 2023.).

Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda. <https://www.zakon.hr/z/364/%28Europska%29-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda> (pristupljeno 7. 4. 2022.).

<https://uredzastupnika.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Presude%20i%20odluke/Pojatina%20protiv%20Hrvatske,%20presuda.pdf> (pristupljeno 10. 12. 2021.).

Rađajući svoju kćer pjevala sam, i bila u ekstazi. <https://miss7mama.24sata.hr/roditelji/sretna-mama/radajuci-svoju-kcer-pjevala-sam-i-bila-sa-u-ekstazi-1224> – miss7mama.24sata.hr (pristupljeno 11. 9. 2021.).

Kvalitativna analiza svjedočanstava pacijentica o ginekološkom nasilju #prekinimošutnju. https://www.roda.hr/media/attachments/udruga/dokumenti/analize_izvjestaji/Rezultati_analize_Prekinimo_sutnju.pdf (pristupljeno 14. 7. 2023.).

Rich, Adrienne. 1984. *Notes towards politics of location*. <https://openspaceofdemocracy.files.wordpress.com/2017/01/adrienne-rich-notes-toward-a-politics-of-location.pdf> (pristupljeno 13. 7. 2023.).

Zbornik radova sa stručnog skupa *Vratimo porodaj ženama: fiziologija trudnoće i porođaja*. 10. 3. 2018. Hrvatska komora primalja –Područno vijeće Varaždinske županije. <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/ZBORNIK%20RADOVA%20SA%20STRUČNOG%20SKUPA%2018.pdf> (pristupljeno 30. 11. 2022.).

www.roda.hr (pristupljeno 15. 10. 2021.).

<https://www.merriam-webster.com/dictionary/salutogenesis> (pristupljeno 3. 9. 2022.).

<https://www.komora-primalja.hr/datoteke/porod%20kod%20kuce.pdf> (pristupljeno 15. 9. 2023.).

<https://doula.hr>. (pristupljeno 6.10.2021.)

<https://www.paramanadoula.com> (pristupljeno 7.10.2021.)

<https://www.bipoklub.hr/inducirani-porod-sto-ocekivati-i-kako-se-pripremiti/> (pristupljeno 16. 8. 2022.).

https://www.cert.hr/wp-content/uploads/2018/08/anonimizacija_i_pseudonimizacija_podataka.pdf (pristupljeno 1. 9. 2023.).

<https://www.womeninadria.com/kucni-porod/> (pristupljeno 13.10.2023.)

12. Životopis

Željka Jelavić diplomirala je etnologiju i sociologiju na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 1984. godine. Magistrirala je rodne studije na Centralnoeuropskom sveučilištu u Budimpešti 1998. godine. U Etnografskom muzeju zaposlena od 1990. godine. U zvanju je muzejske savjetnice na poslovima voditeljice muzejske edukacije. Autorica je edukativnih programa, izložbi, stručnih i znanstvenih članaka. U svom radu usmjerena je promicanju multikulturalnosti i tolerancije i uključivanju u muzejske programe društveno marginaliziranih skupina. Dobitnica je specijalnog priznanja Hrvatskoga muzejskog društva za 2012. godinu za rad s društveno osjetljivim skupinama. Suosnivačica je Centra za ženske studije. Područje njezina znanstvenog interesa usmjereno je tijelu, reproduktivnim pravima i seksualnosti. Urednica je više zbornika i časopisa te članica domaćih i međunarodnih strukovnih udruženja.