

DOMINANTNA PORODNA ZGODBA

Ali so ženske zadovoljne s svojo porodno izkušnjo?

Irena Rožman

181

IZVLEČEK

V prispevku obravnavam kakovost zdravstvih storitev v obporodni skrbi za žensko. Prispevek temelji na podatkih, pridobljenih s poglobljenimi intervjuji, anketami in iz statistike perinatalnih rezultatov za obdobje od 2002 do 2011. Osvetljeni so določeni vidiki medikaliziranega poroda, to so rutinsko izvajanje določenih medicinskih posegov med porodom, neprimerna obravnava zdravstvenega osebja, neustrezna organizacija obporodnega zdravstvenega sistema in stališča babiške in ginekološke porodniške stroke do neprekinjene babiške skrbi po načelu "ena ženska – ena babica" in poroda doma.

Ključne besede: porod, kakovost storitev v zdravju, medikalizacija, babica, porodna zgodba, porod doma

ABSTRACT

The article addresses the quality of the medical services provided to women as part of perinatal care. It is based on data gathered from in-depth interviews, surveys, and statistical data on perinatal results for the 2002-2011 period. It highlights certain aspects of medicalised childbirth, i.e. the routine performance of certain medical interventions during delivery, inappropriate treatment by the medical staff, inadequate organisation of the perinatal health system, the views of the midwifery and gynaecology disciplines on continuous midwife care in line with the principle "one woman – one midwife" and home childbirth.

Keywords: childbirth, the quality of medical services, medicalisation, midwife, childbirth story, home childbirth

Uvod

Mnogi strokovnjaki različnih ved se strinjajo, da je porod, ko se je preselil od doma v porodnišnice, postal pretirano medikaliziran. Na to dejstvo so že v 70. letih 20. stoletja opozorile antropologinje, feministke, sociologinje, kulturologinje, tudi babice in zdravniki, ki so se pridružili aktivistkam proti hegemoniji ukrepov zdravstvene politike tako na globalni kot lokalni ravni. Maria C. Inhorn je objavila znanstveni članek, v katerem navaja pregled stopetdesetih najpomembnejših etnografij, od teh jih je kar dve tretjini izšlo v 21. stoletju (2006: 345–378). Kot lahko razberemo iz objavljenega seznama, je eden od najboljše preučenih pojavov

s področja ženske reprodukcije problem medikaliziranega poroda v porodnišnici s poudarkom na njegovih posledicah za psihofizično zdravje ženske in otroka.

Številne etnografske študije so potrdile (Davis-Floyd 1992, 2001: 5–23; Davis-Floyd in Sargent 1997; Jordan 1993; Kitzinger 1979; Rotman Katz 1984; Nusbaum 2006: 33–37; Rixa in Freeze 2010: 283–299), da je kraj poroda tisti dejavnik, ki najbolj opredeljuje značaj poroda, to pa pomeni, da imamo opraviti z dihotomijo med porodom doma in porodom v porodnišnici (Cordero Fiedler 1997: 159–179). Vsak zase tvorita tisto družbeno in kulturno ozadje, na podlagi katerega je Robbie Davis-Floyd opredelila dva osnovna in diametralno nasprotna porodna modela, ki ju je poimenovala tehnokratski in holistični porodni model (1992: 160–161). S prvim opisuje značilnosti poroda v avtoritativnem okolju porodnišnice. Ta porod pojmuje kot naravni, toda inherentno patološki proces, za katerega je značilno, da je porodnica pasivni objekt porodnega dogajanja, k temu pa znatno prispevajo hierarhični odnosi med porodnico in babico in med babico in zdravnikom. S holističnim porodnim modelom pa opisuje značilnosti poroda doma. Ta porod pojmuje kot naravni fiziološki proces, ki poteka ob pomoči babice; ženska pa je suverena akterka porodnega dogajanja, komunikacija med babico in porodnico je dvosmerna (Davis-Floyd 1992: 160–16, 2001: 5–23; Kitzinger, 1997: 211–212; Rožman 2004: 103–117; Wagner 1994).

182

Ta polarizacija temelji na značilnostih, ki opredeljujejo značaj obeh porodnih modelov, npr. naravno/medikalizirano, doma/porodnišnica, babica/zdravnik, ženska/moški, razum/intuicija, ki so, kot ugotavlja Parrattova, sicer že presežene (2008: 43–44), vendar so se močno izražale v porodnih zgodbah mojih informatork. Njihove porodne izkušnje, potrebe, doživljaji kot tudi mnenja in stališča so se namreč neprestano gibali na kontinuumu med tehnokratskim in holističnim porodnim modelom, ki vsak zase opredeljujeta popolnoma drugačno porodno izkušnjo. Predvsem so opisovale, kako so bile zadovoljne s svojim porodom, z obravnavo zdravstvenega osebja, s porodnimi praksami v slovenskih porodnišnicah.¹

Zadovoljstvo ženske ob rojstvu otroka je kazalnik kakovosti obporodne skrbi. Pri tem je ključnega pomena predvsem to, ali je zdravstveno osebje žensko obravnavalo v skladu s človekovimi pravicami, ki so povezane s pravico do upravljanja z lastnim telesom.

Kot bo razvidno v nadaljevanju prispevka, v slovenskih porodnišnicah ženske te pravice velikokrat ne morejo uresničiti in zato porodnišnico zapustijo z različnimi psihofizičnimi posledicami. Zadovoljstvo ženske z obporodno zdravstveno skrbjo je rdeča nit tega prispevka.

¹ Nekatere ženske imajo potrebo, da svojo porodno zgodbo delijo z javnostjo prek različnih vrst medijev, večkrat tudi v okviru različnih pobud, projektov in raziskav. Pri nevladni organizaciji *Naravni začetki, Združenje za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva* so v okviru projekta "*Še vsaka je rodila!*" začeli z "*organiziranim zbiranjem porodnih in obporodnih izkušenj – pozitivnih in negativnih*" (povzeto s spletne strani <<http://www.mamazofa.org/akcije/se-vsaka-je-rodila>> [21. 6. 2015]), da bi izboljšali kakovost obporodne skrbi v Sloveniji. Projekt je podprt s subvencijo Islandije, Liechtensteina in Norveške preko Finančnega mehanizma EGP in Norveškega finančnega mehanizma.

Pričujoči članek je rezultat mojih raziskovanj v obdobju od leta 2005 do leta 2010.² Podatke sem zbrala v okviru raziskave *Humanizacija obporodnega zdravstvenega varstva. Porod na domu: nevarnost, alternativa ali pravica?* (HZV)³ in aplikativnega projekta *Porodnišnice za današnji čas: razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osrediščena perspektiva* (PZČ)⁴.

V okviru prve raziskave sem podatke pridobila z javnomnenjsko anketo *Humanizacija obporodne zdravstvene skrbi v Sloveniji* in s poglobljenimi intervjuji. Anketa je bila objavljena na spletnih straneh: *medover.net*⁵, *ringaraja.net*⁶, *bibaleze.net*⁷, kjer je bila za zainteresirano javnost dostopna od 3. marca do 3. aprila 2011; izpolnilo jo je 589 žensk. Anketni vprašalnik je vseboval vprašanja odprtega tipa, odgovore sem predhodno in sproti kodirala. Moj cilj je bil dobiti bolj podrobne informacije o izkušnjah, stališčih, mnenjih žensk, ki so povezane s krajem poroda, z zdravstvenim osebjem, s presejalnimi testi, porodno spremljevalko – doulo in z naravnim porodom; reprezentativnost pridobljenih podatkov v tem primeru ni bila relevantna. V okviru te raziskave sem intervjuvala osem žensk, ki so v obdobju od leta 2005 do leta 2010 rodile doma.

Projektna skupina raziskave PZČ je podatke zbirala z anketnim vprašalnikom in s poglobljenimi intervjuji. V prvem kvantitativnem delu študije si je zastavila za cilj splošen pregled področja; rezultati so bili podlaga za poglobljeno raziskovanje z intervjuji (Mivšek 2007: 76). To je bilo metodološko izhodišče tudi moje študije primera za novomeško porodnišnico. Zanj sem uporabila podatke iz anket in intervjujev žensk, ki so rodile v novomeški porodnišnici. Moje informatorke so bile rojene med letoma 1967 in 1980.

Kratek povzetek nekaterih izsledkov raziskave *Porodnišnice za današnji čas: razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osrediščena perspektiva*

Zadovoljnost žensk z zdravstvenimi storitvami še ne pomeni, da njihov porod ni bil medikaliziran. Nujno je treba izpostaviti dejstvo, kot ga je zapisala Ana Polona

² Opozorila bi na pomembno dejstvo, da je po letu 2010 prišlo do nekaterih kvalitativnih premikov na področju obporodne zdravstvene skrbi. Prav tako članek osvetljuje le žensko osrediščeno perspektivo doživljanja lastnega poroda, njihovih negativnih in pozitivnih izkušenj s porodom. V članku torej ne obravnavam perspektive zdravstvenega osebja, čeprav sem z njimi tudi opravila poglobljene intervjuje.

³ Naročnik raziskave je bilo Ministrstvo za zdravje, njen nosilec je bil asist. Aleš Pišek, dr. med., spec. ginekolog porodničar, izvajalka raziskave in avtorica poročila pa doc. dr. Irena Rožman, etnologinja in kulturna antropologinja.

⁴ Pri projektu, ki je potekal od leta 2004 do leta 2007, so sodelovale naslednje raziskovalne organizacije: Inštitut za varovanje zdravja (sedaj Nacionalni inštitut za javno zdravje), Zdravstvena fakulteta Univerze v Ljubljani in Univerzitetni klinični center. Vodja projekta je bila dr. Živa Novak - Antolič, drugi sodelavci na projektu so bili: dr. Zalka Drglin, mag. Gorazd Kavšek, dr. Ana Polona Mivšek, dr. Andrej Marušič in dr. Majda Pahor. Avtorica tega prispevka sem bila zunanja sodelavka.

⁵ <<http://med.over.net/forum5/read.php?123,6772196>> [21. 6. 2015].

⁶ <http://www.ringaraja.net/clanek/izboljsajte-porodno-izkusnjo_4187.html> [21. 6. 2015].

⁷ <<http://www.bibaleze.si/iskanje/polnijo?secid=10032&query=polnijo&video=on&article=on&forum=on&sort=relevance>> [21. 6. 2015].

Mivšek⁸: “Zavedati se moramo, da so pričakovanja žensk zgrajena na njihovem obstoječem poznavanju razmer, izkušnjah in vedenju” (2007: 99). To je tudi razlog, da je bila temeljna ugotovitev te raziskave ta, da so bile ženske relativno zadovoljne s svojo porodno izkušnjo. Marsden Wagner⁹ je na podlagi anketnih odgovorov (559 anket, 2005, tj. 3,12 % vseh porodnic) in podatkov iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema RS za leto 2005 z gledišča prizadevanja za humani porod primerjal delež porodov v slovenskih porodnišnicah z nepotrebno medicinsko intervencijo in uporabo medicinske tehnologije z izsledki znanstvenih raziskav. Situacijo v Sloveniji je opisal tako: “Posledice medikaliziranega poroda v slovenskih porodnišnicah so vidne v velikem razkoraku med pretirano uporabo invazivnih in celo nevarnih postopkov na eni strani in med priporočili o njihovi optimalni rabi, ki temeljijo na preverjenih znanstvenih izsledkih na drugi strani” (Wagner 2007: 19–20).

Ana Polona Mivšek je analizirala anketne podatke o rutinskih posegih med porodom, pričakovanja in izkušnje slovenskih žensk glede rojevanja, predvsem pa, kako so doživljale obravnavo zdravstvenega osebja, ki je zanje skrbelo med nosečnostjo, porodom in po porodu. Ugotovila je, da je malo slovenskih žensk v procesu obravnave aktivnih. Opozorila je, da je treba izboljšati komunikacijo med žensko in zdravstvenim osebjem, omogočiti individualno obravnavo. Predvsem pa je zaskrbljujoče dejstvo, da več kot polovica anketiranih žensk ni bila zadostno informirana o dejanskem poteku poroda, da je v porodno dogajanje vključenih preveč različnih zdravstvenih delavcev itn. (2007: 98). Rezultati njene analize vseeno kažejo na relativno zadovoljstvo žensk z zdravstveno skrbjo.

Zalka Drglin¹⁰ je na podlagi porodnih zgodb žensk, pridobljenih s pomočjo poglobljenih intervjujev, izpostavila in opozorila na ranljivost žensk med porodom, na njihove travmatične izkušnje zaradi neprimerne obravnave zdravstvenega osebja, ki so jih zaznamovale in jim otežile vstop v materinstvo (2007: 73–105). Še posebej je izpostavila načine komunikacije, ki so “eden izmed bolj očitnih kazalcev kakovostnega odnosa med žensko in zdravstvenim osebjem. /.../ Svetovna zdravstvena organizacija ga je v priporočilih za osnovno skrb v nosečnosti, med porodom in po porodu navedla kot prvo od štirih principov dobre skrbi, ki se nanašajo na vse vrste stikov zdravstvenega osebja z ženskami in njihovimi otroki

⁸ Dr. Ana Polona Mivšek, doc., je vodja katedre za babištvo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani. Kot prva babica v Sloveniji je leta 2004 diplomirala na Visoki šoli za zdravstvo (sedaj Fakulteta za zdravstvo) in leta 2004 magistrirala na Univerzi v Aberdeenu na Škotskem. Leta 2013 je doktorirala na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani z disertacijo *Profesionalizacija babištva v Sloveniji*.

⁹ Marsden Wagner (1930–2014) iz Kalifornije je bil profesor, perinatolog, epidemiolog in en najpomembnejših zagovornikov za pravice žensk v obporodni skrbi. Med drugim je predaval na univerzi, raziskoval in vodil raziskovalne centre ter bil direktor Oddelka za zdravje žensk in otrok pri Svetovni zdravstveni organizaciji. Med njegovimi pomembnejšimi deli so *Pursuing the birth machine* (1994), *Born in USA* (2006) in *Creating your birth plan* (2006), ki je bilo leta 2008 prevedeno tudi v slovenščino.

¹⁰ Zalka Drglin, dr. ženskih študij in feministične teorije, predavateljica na Zdravstveni fakulteti v Ljubljani in raziskovalka na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Posveča se kulturi rojevanja, babištvu, različnim vidikom materinstva in starševstva in duševnim stiskam žensk v obporodnem obdobju. Je avtorica znanstvenih, strokovnih in poljudnih prispevkov ter znanstvene monografije *Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda* (2003). Aktivno sodeluje pri *Naravnih začetkih, Združenju za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva*.

...” (Drglin 2007: 129–130). Lilian Trejo Gendecher in Zalka Drglin sta poudarili pomen informirane izbire v vključevanje ženske v proces odločanja, če tega zdravstveno osebo ženski ne zagotovi, “*ima ženska lahko podobne občutke, kot jih imajo* (v skrajnem primeru, op. avtorice) *žrtve posilstva*” (2007: 206).

Avtorica prispevka sem ugotavljala, kako so ženske ocenile in doživljale različne vidike kakovosti komunikacije babic in zdravnikov in kako je to vplivalo na njihovo zadovoljstvo s svojo porodno izkušnjo.¹¹ Izhodiščno raziskovalno vprašanje je bilo, ali je nizek položaj babic na hierarhični lestvici zdravstvenega osebja vplival na kakovost porodne izkušnje mojih informatork. Raziskava je pokazala dvoje. Prvič, da se je informatorka lažje spopadla s posledicami porodnih zapletov, če so jo sočutno in strokovno seznanili s potekom medicinskega posega in z razlogom, zakaj je nujna njegova izvedba. Drugič, da so babice za razliko od zdravnikov ženske pogosteje seznanile s poteki medicinskih postopkov (Rožman 2007: 165). Pri tem pa je pomenljivo dejstvo, da je bil ta delež večji za manj invazivne medicinske posege, kot sta denimo britje sramnih dlak in klistiranje, za bolj invaziven operativni poseg, kot je prerez presredka, pa manjši; 81,8 % žensk, ki so jim prerezali presredok, s tem posegom ni bilo niti seznanjenih niti jih niso vprašali za dovoljenje (prav tam). Rezultati študije primera so me usmerili k domnevi, da so se informatorkе zavedale, da je obporodna skrb medikalizirana. Na osnovi njihovih poročil o ravnanjih babic in zdravnikov je mogoče zaključiti, da so bile reducirane na objekt medicinske obravnave. Vendar so bile s tem sprijaznjene zaradi pozitivnega porodnega izida – zdravega otroka (več o tem gl. v Mivšek 2007: 73–104).

Zdravstvena statistika in zadovoljnost žensk z obporodno zdravstveno skrbjo

V Sloveniji imamo razvito metodologijo zbiranja podatkov perinatalnega zdravstvenega varstva, s katerimi se ocenjuje njegova kakovost (Verdenik in Pajtnar 1998; Verdenik, Novak Antolič in Zupan 2013). Analize kakovosti dela v perinatalogiji pa ne vključujejo ocene ravnanj zdravnikov in babic, čeprav ni “*pomembna zgolj strokovna usposobljenost, temveč osebnostne lastnosti posameznika, kot so prijaznost, komunikativnost in pripravljenost za pogovor z bolnikom*” (Poredoš 2002).

V tem smislu so kakovost obporodne zdravstvene skrbi ocenjevale tudi informatorkе, ki je niso omejevale samo na formalno in izkustveno znanje ginekologov porodničarjev in babic. Zanje so bile enako pomembne osebne lastnosti zdravstvenega osebja, največkrat so navajale naslednje: prijaznost, empatija, komunikativnost, ustvarjanje občutka varnosti in domačnosti, pripravljenost za pogovor, sposobnost zdravstvenega osebja, da se vživi in upošteva njihove potrebe in želje, da jim zagotovijo pogoje za uresničevanje pravice do soodločanja, npr. da poseg dovolijo ali zavrnejo. Kot je ugotovila Rossana Ralston (1994: 453–456), je informirana izbira med drugim rezultat dobre komunikacije med zdravstvenim osebjem in žensko.

¹¹ Marsden Wagner je na podlagi podatkov, pridobljenih v okviru projekta PZČ, ugotovil, da babice skoraj nikoli samostojno ne skrbijo za porodnice z nizkim tveganjem (2007: 21).

V zvezi s tem so spet povedni rezultati raziskave *PZČ*, ki so pokazali, da so “*anketiranke bile le v 51,9 % seznanjene s potekom postopkov in le v 24 % dale nanje pristanek*” (Mivšek 2007: 86–87). Nimamo pa statistike tistih porodnih praks, ki so kazalniki obsega medikalizacije obporodne zdravstvene skrbi, kot so britje sramnih dlak, klistir, prepoved hranjenja, pitja, omejevanje ali celo prepoved gibanja med prvo porodno dobo, nameščanje kanile v žilo, ležeči porodni položaj (ti podatki so na voljo za leto 2005, ko so bili zbrani v okviru projekta *PZČ*). Te izvajajo pogosto brez potrebe in so v določenih primerih dokazano celo škodljive (Mivšek 2007: 73–104; Drglin 2007: 105–156; Rixa in Freeze 2010: 283–299; Wagner 1994, Wagner 2007: 18–22). Pri tem je posebej problematično dejstvo, da jih zdravniki oziroma babice pogosto izvedejo, ne da bi žensko s posegom prej seznanili in pred izvedbo posega počakali na njen pristanek. To pa kaže na slabo, medikalizirano obporodno zdravstveno skrb, ki nima vzpostavljenega sistema dobre komunikacije zdravstvenega osebja.

Strokovno združenje ginekologov porodničarjev ne ocenjuje socialnih in psiholoških vidikov obporodne zdravstvene skrbi, kot je zadovoljstvo ženske in njene družine z obravnavo zdravstvenega osebja. Za žensko je lahko vitalnega pomena, da so pri porodu njeni pomembni bližnji. V tem primeru gre za psihološke učinke, ki prispevajo k temu, da se ženska lažje sprostí; prisotnost novorojenčevega očeta pri porodu sodi tudi med medicinske kazalnike odlične obporodne skrbi. Že od leta 1987 vodijo statistiko o prisotnosti očetov pri porodu, saj so “*prednosti znane; ustanove, ki tega ne omogočajo oziroma ne popularizirajo, niso kakovostne*” (Verdenik in Pajntar 2002: 761–762). Drugi posredni kazalec slabe kakovosti pa je nepotrebna podaljšana hospitalizacija, če je z materjo in otrokom vse v redu (prav tam). Vidni pa so premiki k izboljšanju kakovosti porodne zdravstvene skrbi, o tem lahko sodimo na podlagi perinatalnih rezultatov, ki so se po letu 2009 začeli izboljševati; zmanjšal se je delež epiziotomij, induciranih in stimuliranih porodov, zaradi katerih ženske trpijo in se počutijo zaznamovane. Vesna Fabjan Vodušek in Gorazd Kavšek sta na podlagi perinatalnih podatkov o porodu za obdobje 2002–2011 ugotavljala, da “*opazamo padec stimuliranih porodov. Padec je najbolj opazen po letu 2009, verjetno v veliki meri tudi zaradi vedno večjega prizadevanja laične javnosti po čim bolj naravnem porodu ali porodu na domu*” (2013: 62).

Babiška stroka je začela opozarjati na pomen zadovoljstva žensk s porodnimi praksami, kot je razvidno iz dokumenta *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji do leta 2020* (Strategije 2010)¹². V zvezi s tem je v tem dokumentu zapisano: “*Poleg standardnih kazalnikov kakovosti, ki jih Republika Slovenija že uporablja, predlagamo še uporabo naslednjih kazalnikov kakovosti: delež spontanih porodov brez medicinskih intervencij, delež porodov v različnih porodnih položajih, delež izvenbolnišničnih porodov, delež doječih mater ob odpustu, tri mesece po porodu, šest mesecev po porodu, zadovoljstvo uporabnic z opravljenimi storitvami*” (Čelhar, Prelec in Zakšek 2010: 23–24).

¹² Delovno skupino za pripravo predloga *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodne službe v RS do leta 2020* je imenoval minister, pristojen za zdravje leta 2010.

Odprto pa ostaja vprašanje, kdo in kako bo zbiral in pripravljajal potrebne podatke za statistiko tako kompleksnega kazalnika kakovosti, kot je zadovoljstvo ženske z obporodno skrbjo.

Kazalnik odlične obporodne skrbi – neprekinjena celostna skrb za žensko “ena ženska – ena babica”

V pobudi *Naš skupni cilj – odlična obporodna skrb*, objavljeni na spletni strani *Mamazofa.org*, je naštetih petnajst korakov, ki bi jih lahko imenovali kazalniki odlične obporodne skrbi (Drglin in Šimnovec 2010: 1–12). Eden izmed njih je neprekinjena celostna skrb babice za žensko med nosečnostjo, porodom in po njem (Fleming 2007: 31–46). Kot so pokazali rezultati raziskave PZČ, v slovenskih porodnišnicah skoraj nikoli ni ista babica ves čas poroda pri eni ženski, za njo skrbi več babic in vsaka ob koncu delavnika preda skrb za porodnico drugi babici (Wagner 2007: 20). Takšna situacija pa ima veliko negativnih posledic za porodnico, kajti *“številne študije so pokazale, da neprekinjena skrb iste osebe ves čas poroda prispeva k temu, da je porod krajši, ženska čuti manj bolečin, število zapletov je manjše, varnost otroka in matere pa je večja”* (Enkin et al. v Wagner 2007: 21).

187

Od 589 žensk, ki so sodelovale pri javnomnenjski anketi raziskave *HZV*, so štiri v zvezi s tem na vprašanje *Kakšna so vaša stališča, mnenje ali izkušnje z zdravstvenimi strokovnjaki, kot so babice, ginekologi porodničarji?* odgovorile:

1) *“Imam dobre izkušnje z vsemi. Edina stvar, ki je morda moteča, je menjavanje babice med porodom (čeprav se to meni ni zgodilo), oziroma bi vsaka morala imeti eno na razpolago, ne pa da hodi od ene porodnice do druge.”* 2) *“Želela bi si, da bi me že v času nosečnosti spremljala babica, pri kateri bi potem rodila, in ne kar naprej ginekologinja, ki potem s porodom nima nič. Tukaj je potrebna povezava.”* 3) *“Mislim, da bi morale imeti babice večjo vlogo pri porodu in manjšo vlogo zdravnik. Usposobljenost babic bi morala biti na prvem mestu in tudi vsaka babica bi morala naenkrat nadzorovati manj porodnic, kar pomeni, da bi morale biti več babic, torej na vsako žensko ena babica.”* 4) *“Babice bi morale spremljati nosečnico od začetka nosečnosti do poroda in tudi po porodu. Ena oseba za celotno obdobje. Le one bi morale biti zadolžene za rojevanje in ne cela vrsta ljudi, da se vedno srečaš z nekom novim in se zato telo ne more sprostiti!”*

V zvezi s to problematiko je povedna tudi izkušnja informatorke E., ki se je že v nosečnosti spoznala z babicami v porodnišnici in se nato odločila za svojo. Pri tem je poudarila, da takšna praksa ni v navadi in da je v nasprotju s pravili izbrane porodnišnice, še več, da je ta celo “ilegalna”.

“Potem pa pač prihaja do črnega oziroma sivega trga, ko se babice zmenijo s puncami, da jih bodo spremljale pri porodu, če bodo slučajno v njihovi izmeni. Če ne, pa bodo klicale tisto v izmeni in poskrbele, da bodo lepo poskrbele za to punco. Je dogovarjanje, ampak ilegalno. Skratka nihče tega ne sme zvedeti. Po drugi strani pa imamo skoraj vse punce številke teh treh babic, ki dajo svoje številke.

Vsake toliko časa jih zamenjajo. To se dogaja v vseh porodnišnicah. Ne samo v tej porodnišnici.”¹³

Za informatorko E. je bilo pomembno, da se je z babico spoznala že v nosečnosti. Vendar ima njena porodna izkušnja tudi senčno plat, ki je povezana z nepotrebnim posegom v naravni potek njenega poroda. Ker je obstajala velika možnost, da bi E. začela rojevati z drugo babico, je izbrana babica opravila *striping* (poseg za predčasno sproženje poroda). Problem pa je v tem, da je babica zaradi tega “morala” opraviti poseg brez medicinske indikacije, zato ni ravnala v skladu s stroko.¹⁴

188

“Ona je naredila striping. Odluči se ovoj na materničnem vratu. In to pospeši porod. Lahko pa povzroči tudi razpok mehurja. In ona je to naredila v dobri veri. Ker je bila naslednji večer dežurna in je vedela, da bom naslednji dan prišla roditi. Ni mislila nič slabega. Ker je v Sloveniji taka praksa, da se ne moreš ničesar zmenit. Pač ne moreš se zmenit, da ko rodiš, da pride tvoja babica. Zaradi tega se dogajajo ta naravna spodbujanja rojevanja.”

Pri informatorki B. se njen porodni načrt ni uresničil. Babica, s katero je bila dogovorjena, je ravno zaključila službo, zato je morala roditi s pomočjo druge babice. Zakaj je ženski pomembno, da rodi s svojo babico? Informatorka H. mi je na to vprašanje tako odgovorila:

“Klicala sem eno babico, kljub temu da se to ne sme in sva se dvakrat tudi dobili. Tako da sva se že poznali. Že zato, ker sem jo vsaj videla prej. Da, ko bom prišla v bolnico, bom vsaj vedela, kako ji je ime in da se bova tikali. In s tega vidika sem imela zaupanje vanjo, čeprav se v življenjskih vrednotah in načelih nisva stikali.”

Izseki iz intervjujev še enkrat potrjujejo dejstvo, da je odlična porodna skrb tista, ki ženski zagotavlja, da zanjo v obporodnem obdobju skrbi ista babica. Na nujnost reševanje tega problema so opozorile Jana Čelhar, Anita Prelec in Teja Zakšek. V zvezi s tem so izpostavile potrebo po kontinuiteti babiške skrbi za zdravo nosečnico, porodnico in otročnico ter novorojenčka, od načrtovanja družine do šestega tedna nosečnosti (2010: 23). Vendar pa je novembra 2009 *Republiški strokovni kolegij (RSK) za ginekologijo in porodništvo* v zvezi s to problematiko zavzel stališče, da “v sedanji organizaciji dela ginekološko porodniške službe ni mogoče, da nekatere manj zahtevne delovne naloge zdravnika specialista ginekologije in porodništva opravljajo diplomirane babice ali medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki. Zato je treba pripraviti natančna izhodišča za delo” (B. n. a. 2010: 58).

Babice so le redko zaposlene v dispanzerjih za ženske, kjer bi opravljale svetovanje in skrbele za nosečnice, gre za očitno razkorak med kompetencami

¹³ Takšna trditev je zelo zaskrbljujoča. Vsekakor bo treba to “ilegalno” prakso še podrobneje raziskati. Intervjuvala sem babice in ginekologe porodničarje iz treh slovenskih porodnišnic, ki so zatrdili, da takšnih pravil nimajo, da bi babice imele pravico do “legalnega” dajanja porodne pomoči štirim porodnicah na leto, ki so z njimi v sorodu.

¹⁴ Vesna Fabjan Vodusek in Gorazd Kavšek sta na podlagi perinatalnih rezultatov ugotovila razveseljivo dejstvo, da delež spontano začelih porodov narašča najbolj po letu 2009, “kar kaže na zrel odnos do principa aktivnega porodništva, hjer dopuščamo, da je več porodov vodenih brez prekomernega poseganja v naraven potek poroda in se s tem bolj približujemo evropskemu povprečju ...” (2013: 62). Problematici pa sta dikciji *dopuščamo* in *aktivno porodništvo*, saj je upravljanje z lastnim telesom temeljna človekova pravica.

babic v Sloveniji in drugih državah EU. Babice, s katerimi sem se pogovarjala, so na glas razmišljale, kakšni ukrepi bi bili potrebni, da se ponovno oživi sistem porodne skrbi po načelu "ena ženska – ena babica". Kot prvo oviro so navajale osemurni delovnik, trajanje poroda pa ni mogoče predvideti, drugi razlog, ki so ga večkrat izpostavile, pa je premajhno število zaposlenih babic¹⁵. Vendar so se strinjale, da je takšna porodna pomoč za mamico najboljša.

Druge možnosti poroda – porod doma

Ženske imajo pravico, da rodijo doma, to je tudi kazalnik odlične obporodne skrbi, razmere za uresničevanje te pravice bi morale biti zagotovljene. Babiški model porodne pomoči je usihal z vse večjo medikalizacijo življenja nasploh, ne samo poroda. Ginekološka porodniška doktrina pa je že v začetku 50. let 20. stoletja imela vse večji vpliv na to, kako bo potekala dejavnost babic, kar je razvidno iz statistike "kraj poroda"; leta 1958 je bilo že 71,14 % porodov v porodnišnici, leta 1969 pa je bilo porodov doma le še 0,52 % (Rožman 2006: 112, 115). Toda v 50. in 60. letih 20. stoletja so se ženske še lahko odločile, kje bodo rodile. Zaslužni ginekolog in porodničar Vito Lavrič je v svojem priročniku *Berilo za ženske* zapisal svoje strokovno mnenje:

"Ker ni mogoče in ker tudi ni neizogibno potrebno, da bi vse ženske rodile v porodnišnicah, svetujejo posvetovalnice nosečnicam, katere lahko rodé doma in katere naj rodé v porodnišnici. Seveda prepuščajo dokončno odločitev ženski sami. Priporočam pa, da rodé v porodnišnici: prvesnice, zlasti nad 35 let stare prvesnice, tiste mnogorodnice, pri katerih so potekali prejšnji porodi ali sedanja nosečnost nepravilno, socialno ogrožene porodnice. Razumljivo je, da se posvetovalnice pri razbiranju (triažiranju) lahko zmotijo. Ženske, pri katerih je bilo pričakovati komplikacije, rodé spontano in obratno." (1967: 28)

Babiška in ginekološka porodniška stroka sta se strinjali, da bi ponovna vpeljava porodov doma zahtevala primerno število šolanih babic in tehten premislek o organizacijski izpeljavi reševanja žensk in otrok v primeru porodnih zapletov (urgentni prevozi, oblikovanje zdravstvenih ekip in.tn.).¹⁶

¹⁵ V strateškem dokumentu iz leta 2010 je zapisano, da je "za zagotavljanje 24-urnega neprekinjenega zdravstvenega varstva nosečnic in porodnic potrebno 8–10 porodničarjev, 12 diplomiranih babic ..." (Cerar, Merlo, Gradecki 2010: 19). Po moji oceni bi vsaka babica od dvanajstih zaposlenih letno pomagala pri približno 100 porodih od 1200 vseh porodov. Babica, ki je v 50. in 60. letih prejšnjega stoletja opravljala svojo službo na terenu, je v svoji 35-letni delovni dobi pomagala pri 624 porodih, letno torej sedemnajstim. Poleg tega pa je zagotavljala neprekinjeno zdravstveno skrb za ženske in otroke iz svojega babiškega rajona.

¹⁶ Ravno v tem obdobju je izšla strokovna knjiga *Birth models that work* (Davis-Floyd et al. 2009), v kateri avtorji predstavljajo različne porodne modele v različnih državah, ki, kot pove že naslov publikacije, uspešno delujejo. Med drugim obravnavajo tudi porod zunaj porodnišnice. Poučna je še publikacija *Mainstreaming midwives: the politics of change* (Davis-Floyd in Johnson 2006), v kateri avtorice iz različnih problemskih gledišč, deloma tudi v zgodovinskem loku, opisujejo vzpone in padce babiškega poklica. Moje informatorke, ki so rodile doma, so nabirale znanje iz strokovne in znanstvene literature, omenjale so avtorje: Ina May Gaskin, Sheila Kitzinger, Marden Wagner, Robbie Davis-Floyd, kot vir informacij pa tudi nevladno organizacijo Naravni začetki, Združenje za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva.

Številni zdravniki v Sloveniji še vedno verjamejo, da je porod doma nevaren, čeprav izsledki znanstvenih raziskav kažejo drugače (prim. Cheyney 2008: 254–267; Rixa in Freeze 2010: 283–299)¹⁷. Ginekolog porodničar Vasilij Cerar je v prispevku *Mesto poroda – kje roditi?* (2010: 82–88) objavil ugotovitve in sklepe RSK za ginekologijo in perinatologijo z dne 11. oktobra 2007. Dva izmed treh sklepov se glasita, prvič, da je “s strokovnega stališča *porod v porodnišnici gotovo najvarnejši način rojevanja /.../*”, in drugič, da “se na *možnost poroda na domu mora stroka, kljub temu, da tega ne podpira, pripraviti*”.¹⁸ Prav tako sodobna babiška stroka do tega vprašanja še nima dokončnih odgovorov. V tem temeljnem strateškem dokumentu Ministrstva za zdravje iz leta 2010 se avtorice Jana Čelhar, Anita Prelec in Teja Zakšek (2010) dotaknejo vprašanja, kako bodo v bodoče rojevale ženske. Izpostavijo omejene kompetence slovenskih babic, ki delujejo samo kot porodne pomočnice pri normalnih porodih v porodnišnicah, za razliko od nekaterih evropskih držav, kjer na primarni ravni zdravstvenega varstva vodijo tudi prenatalno in postnatalno – patronažno zdravstveno nego in skrb. Brez preureditve babiške službe pa težko govorimo o porodu doma kot varni obliki porodnega okolja, saj babiška skrb na terenu ni zagotovljena. V istem dokumentu je v poglavju *Ugotovitve in predlogi* zapisano: “*Mesto poroda naj ostanejo porodniški oddelki porodnišnic, v katerih je mogoče uvesti samostojno babiško enoto*” (B. n. a. 2010: 57)¹⁹.

Tanja Starc, ki je za potrebe svoje diplomske naloge *Porodniška babica: njeno delo, odgovornosti in kompetence* (2013) anketirala osemindvajset babic, je z analizo njihovih odgovorov na anketno vprašanje *Katere so po vašem mnenju prednosti in pomanjkljivosti dela babic, ki samostojno vodijo porode na domu?* ugotovila:

“*Na vprašanje o prednostih dela pri porodu na domu je odgovorila le dobra polovica sodelujočih babic, na vprašanje o pomanjkljivostih pa nekaj več kot 80 % anketiranih, kar kaže na negativno naravnano miselnost o takšni izbiri poroda. Večina odgovorov se nanaša na boljše počutje porodnice v domačem okolju, ki prispeva k večji sproščenosti. Intimno okolje doma, po mnenju anketiranih babic pozitivno vpliva tudi na zaupanje in dober odnos med babico in porodnico. Največjo pomanjkljivost poroda na domu babice izpostavljajo varnost tako z vidika matere in otroka kot tudi zaščite babice in njenega dela.*” (2013: 91, 92)

Preliminarni rezultati ankete *Humanizacija obporodne zdravstvene skrbi v Sloveniji o možnosti poroda doma*

V že omenjeni spletni anketi, ki sem jo izvedla leta 2011, sem med drugimi zastavila tudi vprašanje: *Ali podpirate porod na domu?* Za analizo tega vprašanja je

¹⁷ Rixa in Freeze v članku navajata pregled najpomembnejših študij, ki so bile opravljene na to temo.

¹⁸ Mediji so pisali o porodu doma pretežno na način, ki je pri ljudeh krepil negativen odnos do te možnosti poroda. V revijah pa so bile objavljene tudi zgodbe žensk o izpolnjujočem porodu doma. Vsekakor bi bila potrebna tudi analiza medijev.

¹⁹ V sklopu postojnske porodnišnice je začela leta 2011 kot pilotski projekt bolnišnice Postojna in Ministrstva za zdravje Slovenije delovati prva babiška hiša v Sloveniji, ki vključuje tudi apartma s kuhinjo in spalnico. V njem lahko porodnica skupaj s svojo družino počaka na porod.

bilo od 589 odgovorov veljavnih 552. Največ anket so izpolnile ženske, ki so prvega otroka rodile v obdobju od 2009 do 2011, tj. 522 (94 % od 552), in sicer tiste, ki so rodile dve leti pred izvajanjem ankete: leta 2009 je anketo izpolnilo 105 žensk oziroma 19 %, leta 2010 188 oziroma 36 % in v času izvajanja ankete 22 oziroma 3,9 %. Za analizo so bili najbolj relevantni odgovori žensk iz te skupine (skupaj 315), saj so raziskave pokazale, da ženske po rojstvu zdravega otroka občutijo hvaležnost, srečo in olajšanje (Riley v Mivšek 2007: 99; Rožman 2007: 162–171); to lahko vpliva na delež lažno zadovoljnih, kar je potrdila tudi raziskava PZČ. Prav tako ženske o porodu kritično spregovorijo šele 7–12 mesecev po dejanskem dogodku (Bennet v Mivšek 2007: 99).

Odgovori žensk, ki so rodile v letih 2009, 2010 in 2011, so bili v tem smislu še posebej povedni. Razvrstila sem jih v tri skupine: 1) *s porodom doma se pogojno strinjam*, 2) *s porodom doma se strinjam*, 3) *s porodom doma se ne strinjam*. Pogojno se je s to možnostjo poroda strinjalo 315 žensk, to je 60 % od vseh 522 žensk. Podrobnejša analiza pa pove, da se je s to možnostjo poroda strinjalo 35,2 % (37 od 105) žensk, ki so rodile leta 2009, 34 % žensk (64 od 188), ki so rodile leta 2010, in 18,2 % (4 od 22), ki so rodile leta 2011. Vsebinsko njihovih odgovorov lahko strnem v ugotovitev, da podpirajo porod doma, ko bi bila vzpostavljena mreža strokovne prve pomoči v primeru zapletov in bi bile babice ustrezno izobražene:

1) *“Če bi npr. v bližnjih bolnišnicah vzpostavili dežurno ekipo, ki bi bila na voljo za hitro pomoč v primeru komplikacij, potem bi bila možnost rojevanja na domu odlična alternativa.”* 2) *“Mislim, da je lahko varen le, če se dogaja ob prisotnosti izkušene babice in zelo blizu bolnišnice.”* 3) *“Nimam izkušenj, če pa bi imela dobro babico, ki bi me poznala že prej v nosečnosti, bi se za to mogoče odločila.”* 4) *“Porod na domu je najboljše, kar lahko mati da svojemu otroku ob tem, ko zapusti varno zavetje njenega telesa, toda potrebne pa so priprave in nadzor skozi celotno nosečnost ter zavedanje, da se lahko zgodi nepričakovano.”* 5) *“Nujno je izbrati dovolj izobraženo babico.”* 6) *“Bolj sem za porod v porodnem centru, ki bo, upam, kmalu tudi v Sloveniji. Na domu bi rodila, če bi imela možnost dobiti kakšno dobro babico.”*

Posledica neurejenosti te problematike je tudi, da so bile informatorkе, ki so rodile doma, stigmatizirane, bile so pod pritiski okolja, celo pomembnih bližnjih. *“Tako smo držali ta porod za vse sorodnike v totalni skrivnosti,”* je povedala informatorka M. Imela je tudi izrazilo slabo predhodno porodno izkušnjo, ki jo je zelo zaznamovala in zaradi katere se je tudi odločila, da bo rodila doma. Po premisleku mi je povedala:

“Jaz sem jim zaupala, saj vejo, kaj delajo. Pa mi je bilo neprijetno, zelo sem se počutila ranjeno in prizadeto, taki čudni občutki so bili po porodu, nisem bila srečna, vesela zaradi otroka, nisem nikoli, da bi ga zavračala. Pač sem tistega otroka samo gledala, kar je bil; tako zelo, zelo v porodnišnici nisem zatislila oči, v treh dneh nisem jaz mogla zaspat.”

Informatorkе so imele veliko težav z registracijo rojstva otroka. Zdravniki so bili v dilemi, ko so jih starši doma rojenega otroka prosili za izdajo zdravniškega potrdila

o njegovem rojstvu (zdravnik lahko potrdi, da je ženska rodila, ne more pa brez analiz potrditi, da je otrok tudi njen); v ponazorilo navajam izsek iz intervjuja s K.

“Ja, midva sva ginekologu telefonirala, če bi on lahko potrdil rojstvo, je rekel, da on to ne more, da bova morala babico poklicati, da smo rodili. Smo babico poklicali, je prišla, je rekla, da ona ne more, da mora to zdravnik. In potem sva šla k eni pediatrinji, ga je pregledala, je rekla, da ona tudi ne more, da ona lahko samo napiše potrdilo, da ga je videla in da je zdrav, da ne more pa napisat nič drugega.”

Finančni vidik v zvezi s porodom doma so omenile vse intervjuvanke, kot problem ga je izpostavilo tudi več anketirank, ena izmed njih je večplastnost tega problema zelo dobro opisala: *“Porod na domu odobravam. Sama se zanj nisem odločila, ker je zame to prevelik finančni zalogaj. Če bi bil porod na domu lažje dostopen – s slovensko babico, finančno pokrit od zavarovanja, urejene razmere, kar se tiče potrdila, bi se zanj odločila.”*

192

Študije so dokazale, da so tako imenovani babiški porodi doma cenejši od tistih, ki potekajo v porodnišnicah, da so dovolj varni za ženske z normalno nosečnostjo. V Sloveniji babiška skrb na terenu ni zagotovljena, prav tako babice za pomoč pri porodu doma niso ustrezno usposobljene. Posledično se je med ženskami, ki želijo roditi doma, uveljavila “ilegalna” praksa, *“ko moramo babico uvoziti iz Avstrije ali Italije, stroške pa krijemo same”*, je povedala H. Ti stroški pa niso zanemarljivi, porodna pomoč skupaj s potnimi stroški in pregledi med nosečnostjo znašajo približno od 1200 do 1500 EUR²⁰ ali več, npr. v primeru, ko partnerja oziroma zakonca obiščeta babico v Avstriji, da se z njo o vsem v zvezi s porodom pogovorita.

Od 315 žensk se jih s porodom doma ni strinjalo 173 (54,9 %). Podrobnejša analiza pokaže, da se s porodom doma ni strinjalo 48,5 % (51 od 105) žensk, ki so rodile leta 2009, 57,9 % (109 od 188), ki so rodile leta 2010, in 59 % (4 od 22), ki so rodile leta 2011.

1) *“Zakaj pa imamo porodnišnice?! Kako si lahko starši oprostijo, če pride pri porodu do, ne vem, možganske krvavitve, kjer štejejo sekunde in ne ure, v katerih bi potencialno ogrožen otrok dobil pravo oskrbo?”* 2) *“Popolnoma neodgovorno!”* 3) *“Ne glede na to, da imam slabe izkušnje s porodnišnico, sem vseeno mnenja, da se porodov raje ne opravlja na domu.”* 4) *“Nikoli se ne bi odločila za porod na domu. Mislim, da je to izzivanje usode in dandanes nikakor ni potrebno. Tudi ob normalni nosečnosti ne moremo vedeti, če bo porod potekal brez komplikacij. Zakaj bi ogrozili mater in otroka?”* 5) *“Modna muha, ki upam, da ne bo postala stalnica, ker če bi jaz rojevala na domu, me sedaj ne bi bilo več med živimi. Bodimo hvaležni, da imamo porodnišnice!”*

Ženske, ki so nasprotovale porodu doma, so menile, da je ta nevaren za mater in otroka, to zlasti velja za tiste, pri katerih je prišlo med porodom ali po njem do zapletov, kar potrdi odgovor anketiranke, naveden pod številko 5, podobnih odgovorov pa je bilo več. To možnost rojevanja niso povezovale z drugimi

²⁰ Porod v slovenskih porodnišnicah stane od 1200 do 1600 EUR.

razsežnostmi rojevanja, kot so domačnost okolja, zaupanje in občutenje lastnega telesa, lažji porod, ker se ženska lažje sprosti, kar potrjuje odgovori tistih, ki so se strinjale s porodom doma, npr. informatorka K., ki je povedala: *“Meni je bilo bistvo to, da ne rabim nikamor it.”* Za informatorko je bilo pomembno, da rodijo doma, v okolju, v katerem je sproščena, zaradi česar se počuti varnejše in tudi bolje. Seveda porod doma kljub mnogim prednostim pred porodom v porodnišnici ni primeren za vsako žensko. Kot je zapisala Sheila Kitzinger, je porod doma za nekatere ženske užitek in se počutijo doma popolnoma varne, druge pa se bolje sprostijo v porodnišnici, ker se tam počutijo varneje. Še vedno pa prevladujejo ženske, ki porodu doma nasprotujejo, kot je pokazala tudi anketa.

Od 315 žensk se jih je s porodom doma strinjalo 18 (5,3 %). Podrobnejša analiza pokaže, da se je s porodom doma strinjalo 9,5 % (10 od 105) žensk, ki so rodile leta 2009, 3,1 % (6 od 188), ki so rodile leta 2010, in 9 % (2 od 22), ki so rodile leta 2011.

193

1) *“Jaz mislim, da v primeru normalne nosečnosti in pričakovanega poroda porod na domu predstavlja najbolj optimalno možno obliko poroda. Roditi otroka v domačem okolju mora biti nekaj najlepšega. Prav tako preživljanje prvih dni skupaj z družino.”* 2) *“Moja želja je, da v drugo rodim doma. Mislim, da je ta pot edina smiselna in nosečnici topla in prijazna.”* 3) *“Da! Porod na domu je pravica vsake ženske. Želim si, da bi bilo to področje v Sloveniji urejeno tako pravno in formalno, da bi imela na voljo babice, ki bi prisostvovala pri porodih na domu. Osebna izkušnja mi govori, da je za žensko najpomembnejše, da rodi doma.”* 4) *“Mislim, da bi lahko začeli prakticirati in šli s časom naprej. Če ima ženska super nosečnost (brez zapletov), že kakšen porod (brez zapletov) za sabo, ne vidim ovir, zakaj ne.”* 5) *“Izkušenj nimam, moje mnenje je dobro. Ker je porodnica v tem primeru v domačem, znanem okolju, je zaradi tega verjetno bolj sproščena. Mislim tudi, da sam porod, ki poteka normalno, ni neko bolezensko stanje in da žensko telo instinktivno ve, kaj naj stori.”* 6) *“Moje stališče do poroda na domu je, da bi morala vsaka mamica imeti to omogočeno, kar pomeni, da bi država morala uvesti medicinske sestre ali babice, ki so usposobljene za takšne stvari. Te stvari v tujini že obstajajo.”*

Vsebine odgovorov anketirank so bile popolnoma identične tistim, na osnovi katerih sta Rixa in Freeze oblikovala problemske sklope, povezane s temi vidiki, ki so jih izpostavile tudi anketiranke, to so varnost, pravica do izbire, zdravstvena politika, mreža strokovne porodne pomoči in doživetje poroda (2010: 289). Odgovori žensk iz vseh treh skupin so bili osredinjeni predvsem na zagotavljanje varnosti v povezavi s sistemsko ureditvijo tega dela s področja obporodne zdravstvene skrbi, odgovori žensk, ki porod doma podpirajo, pa odpirajo povsem drugo vprašanje. Porod doma sploh ni pravo vprašanje; povsem samoumevno je, da ima ženska do tega pravico. Relevantno vprašanje ni torej porod doma da ali ne, ampak, kako bi vzpostavili in potem zagotavljali kakovost takšnega porodnega okolja (velja tudi za babiške hiše, porodnišnice), da bo ta varen in prijazen za mamo in otroka. V tem smislu je poveden odgovor anketiranke, ki ga navajam pod številko 6, odgovori žensk, ki porod doma podpirajo, pa pokažejo, da so ženske

začele izpraševati legitimnost avtoritativnega znanja porodniške vede in porodnih praks v porodnišnicah (gl. Davis-Floyd in Sargent 1997). Naj sklenem z izjavo informatorke M., ki usmerja h kritičnemu razmisleku in presoji nedotakljivosti medicinske stroke in njenih nosilcev:

“To so ljudje (zdravniki in drugi, op. I. R.), generacija mojih staršev, ki se jim zdi porod v porodnišnici civilizacijska pridobitev. In oni že tako in tako za svoje težave, ki so zelo majhne, tečejo takoj k zdravniku. Mi pa smo generacija, ki že odhaja (generacija, ki se od tega oddaljuje, op. I. R.) in prevzemamo odnos do zdravja in življenja v svoje roke.”

194 Sklep

Ženske v Sloveniji so bile v preučevanem obdobju, kot sta potrdili raziskavi *PZČ* in *HZV*, relativno zadovoljne z obporodno zdravstveno skrbjo. Zdravstveno osebje se je šele pred kratkim začelo zavedati medikaliziranega značaja porodnih praks v slovenskih porodnišnicah, prvi rezultati so že vidni, npr. v zmanjševanju deleža prerezov presredka, kar so potrdili tudi perinatalni statistični podatki za obdobje 2002–2011. V slovenskih porodnišnicah še vedno pretirano izvajajo porodne prakse, npr. pospeševanje poroda, prerez presredka itn., ki niso koristne za ženske ali otroke, še več, kot so ugotovili strokovnjaki, so celo škodljive. To je tudi eden izmed razlogov za travmatične porodne izkušnje, ki ženskam otežujejo zadovoljiv vstop v materinstvo. Kot je pokazala raziskava *HZV*, je to prevladujoči razlog, da so se informatorke odločile roditi doma. Njihova odločitev je odsev kritičnega razmisleka in presoje nedotakljivosti medicinske stroke in njihovih nosilcev. To potrjujejo tudi izsledki spletne ankete; ne glede na to, ali so anketiranke porod doma podpirale ali ne, so največjo oviro videle v sistemsko neurejeni obporodni zdravstveni skrbi.

Problem “neurejenosti” poroda doma še ostaja, medtem ko so na področju zagotavljanja kakovosti obporodne zdravstvene skrbi v porodnišnicah že vidni premiki, npr. ženska lahko v porodnišnici rodi v spremstvu doule (čeprav ne v vseh porodnišnicah), lahko rodi v različnih porodnih položajih, ob spremljavi izbrane glasbe, ob svečah itn. Kakovost zdravstvene politike se kaže v zagotavljanju možnosti pravice do izbire. Ali ima ženska pravico, da rodi doma, ni pravo vprašanje. Povsem samoumevno je, da ženska to pravico ima. Relevantno vprašanje torej ni, porod doma da ali ne, ampak, kako bi vzpostavili in potem zagotavljali kakovost takšnega porodnega okolja, da bo varno in prijetno za mamo in otroka. Rezultati raziskav *PZČ* in *HZV* potrjujejo, da je porod v Sloveniji medikaliziran. Statistika perinatalnih rezultatov za obdobje 2002–2011 pokaže, da se je po letu 2009 začel proces zmanjševanja razkoraka med pretirano uporabo invazivnih postopkov in med priporočili o njihovi optimalni uporabi.

LITERATURA IN VIRI

[B. n. a.]

2010 Ugotovitve in predlogi. V: *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS. Str. 57–59. <http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_porodnisnice_260111/Strategija_ginekolosko_porod_do_2020_260111.pdf> [18. 8. 2015].

CERAR, Vasilij; MERLO, Aleksander; GRADECKI, Mirjam

2010 Strategija celostnega razvoja ginekološke in porodniške (perinatalne) službe. V: *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS. Str. 16–19. <http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_porodnisnice_260111/Strategija_ginekolosko_porod_do_2020_260111.pdf> [18. 8. 2015].

CERAR, Matko-Vasili

2010 Mesto poroda – kje roditi? V: Ž. Novak Antolič (ur.), *Sledenje in vodenje kakovosti v perinatologiji: zbornik / 11. Novakovi dnevi [studij] XVIII. strokovni sestanek ZPM, Bled, 14.–15. maj 2010*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino. Str. 82–88.

195

CHEYNEY, Melissa J.

2008 Home birth as systems-challenging praxis: knowledge, power and intimacy in the birthplace. *Qualitative Health Research* 18, št. 2, str. 254–67.

CORDERO FIEDLER, Deborah

1997 Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan. V: R. E. Davis-Floyd, C. F. Sargent (ur.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. Str. 159–179.

ČELHAR, Jana; PRELEC, Anita; ZAKŠEK, Teja

2010 Babištvo v Sloveniji – vizija v prihodnjih 10 letih. V: *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje. Str. 20–25. <http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_porodnisnice_260111/Strategija_ginekolosko_porod_do_2020_260111.pdf> [18. 8. 2015].

DAVIS-FLOYD, Robbie E.; SARGENT, Carolyn F. (ur.)

1997 *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

DAVIS-FLOYD, Robbie E.

1992 *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University of California Press.

2001 The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75, št. 1, str. 5–23.

DAVIS-FLOYD, Robbie; JOHNSON, Christine Barbara

2006 *Mainstreaming midwives: the politics of change*. New York: Routledge.

DAVIS-FLOYD, Robbie E. [et al.] (ur.)

2009 *Birth models that work*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

DRGLIN, Zalka

2007 Vse najboljše za rojstni dan!: ranljivost in moč žensk v sodobnih porodnih praksah. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales; Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 73–156.

DRGLIN, Zalka; ŠIMNOVEC, Irena

2010 *Naš skupni cilj – odlična obporodna skrb*. Ljubljana: Združenje Naravni začetki. <<http://www.mamazofa.org/akcije/pородna-pobuda>> [1. 7. 2015].

ENKIN, Murray [et al.]

2002 *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. New York: Oxford University Press.

FABJAN VODUŠEK, Vesna; KAVŠEK, Gorazd

2013 Porod = Delivery. V: I. Verdenik, Ž. Novak Antolič, J. Zupan (ur.), *Perinatologia Slovenica II*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD; Ginekološka klinika, UKC. Str. 59–71.

FLEMING, Valerie

2007 Babiška Evropa. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 31–46.

JORDAN, Brigitte

1993 *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of child birth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Long Grove, Illinois: Waveland Press.

INHORN, Maria C.

2006 Defining women's health: a dozen messages from more than 150 ethnographies. *Medical Anthropology Quarterly* 20, št. 3, str. 345–78.

KITZINGER, Sheila

1979 *Birth at home*. Oxford: Oxford University Press.

1997 An authoritative touch in childbirth: across-cultural approach. V: R. Davis-Floyd, C. F. Sargent, R. Rapp (ur.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. Str. 211–212.

LAVRIČ, Vito

1967 *Berilo za ženske*. Ljubljana: Centralni zavod za napredek gospodinjstva.

MIVŠEK, Ana Polona

2007 Slovenske ženske v pričakovanju: prijaznjene in pasivne ali aktivne in zadovoljne uporabnice obporodnega zdravstvenega varstva. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 73–105.

NUSBAUM, Julie

2006 Childbirth in modern Athens: the transition from homebirth to hospital birth. *Penn Bioethics Journal* 2, št. 2, str. 33–37.

PARRATT, Jennifer A.

2008 Territories of the self and spiritual practices during childbirth. V: K. Fahy, M. Foureur, C. Hastie (ur.), *Birth territory and midwifery guardianship*. Edinburgh [etc.]: Elsevier. Str. 39–54.

POREDOŠ, Pavel

2002 Kako ukrepati v primeru nezadostne kakovosti? = [How to act in the case of insufficient quality?]: 139. skupščina Slovenskega zdravniškega društva Kakovost v zdravstvu v Sloveniji. *Zdravniški vestnik* 71, št. 12, str. 773.

RALSTON, Rossana

1994 How much choice do women really have in relation to their care? *British Journal of Midwifery* 2, št. 9, str. 453–456.

RIXA, Ann; FREEZE, Spencer

2010 Attitudes towards home birth in the USA. *Expert Reviews of Obstetrics and Gynecology* 5, št. 5, str. 283–299.

ROTHMAN KATZ, Barbara

1984 *Giving birth: alternatives in childbirth*. New York: Viking Press.

ROŽMAN, Irena

2004 *Peč se je podrla!: kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju*. Ljubljana: Slovensko etnološko društvo.

2006 Etnološki vidiki sodobnega rojevanja na Slovenskem po 2. svetovni vojni. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstvo: konferenca z mednarodno udeležbo: zbornik prispevkov: Ljubljana, 17. november 2006*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS. Str. 104–135.

2007 Babiška porodna strategija: etnološka študija primera porodne prakse v novomeški porodnišnici. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 157–172.

STARC, Tanja

2013 *Porodniška babica: njeno delo, odgovornost in kompetence: diplomsko delo*. Koper: [T. Starc].

STRATEGIJE

2010 *Strategije razvoja in celostne ureditve ginekološko porodniške službe v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS. <http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_porodnisnice_260111/Strategija_ginekološko_porod_do_2020_260111.pdf> [18. 8. 2015].

TREJO GENDECHER, Lilian; DRGLIN, Zalka

2007 Srece, navzven obrnjeno: materinstvo v sodobni obporodni skrbi. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 197–210, 225–227.

VERDENIK, Ivan; PAJNTAR, Marjan

1998 *Perinatologia Slovenica: 1987–1996*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD.

VERDENIK, Ivan; NOVAK ANTOLIČ, Živa; ZUPAN, Jelka (ur.)

2013 *Perinatologia Slovenica II: slovenski perinatalni rezultati za obdobje 2002–11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD: Ginekološka klinika, UKC.

WAGNER, Marsden

1994 *Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology*. Camperdown: ACE Graphics.

1997 Confession of a dissident. V: R. Davis-Floyd, C. F. Sargent (ur.), *Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press. Str. 159–179.

2007 Evolucija k žensko osredičeni obporodni skrbi. V: Z. Drglin (ur.), *Rojstna mašinerija: sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko. Str. 17–30.

BESEDA O AVTORICI

Irena Rožman, dr., doc., predavateljica na Oddelku za antropologijo in kulturne študije Univerze na Primorskem. Je avtorica znanstvene monografije *Peč se je podrla! Kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju* (2004). Njeno raziskovalno delo je usmerjeno na področje kulture rojstva, človeške reprodukcije in ritualnih praks.

ABOUT THE AUTHOR

Irena Rožman, PhD, assistant professor, lectures at the Department of Anthropology and Cultural Studies of the University of Primorska. She has published the monograph *Peč se je podrla! Kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju* (2004). Her research activities focus on the culture of childbirth, human reproduction, and ritual practices.

SUMMARY

The dominant childbirth story: are women satisfied with their childbirth experience?

The article addresses some indicators of the quality of perinatal medical care: the active inclusion of women during childbirth, informed choices, alternative options of childbirth, continuous care by the same midwife during pregnancy and delivery and afterwards. It treats these indicators in the context of the quality of the communication between the women and the medical staff and, wider, the provision of options to enjoy the human right of controlling one's own body. The results of two researches – “*Maternity clinics for the present time. The development of the quality of perinatal care – a woman-centred perspective*” and “*Humanization of perinatal health care. Home childbirth: a risk, an alternative or a right?*” – confirm that childbirth is

medicalised in Slovenia's maternity clinics, that women are not active enough before the delivery and, in short, that delivery takes place in line with the technocratic childbirth model. What is particularly questionable is the fact that the delivery is often performed by the doctors or midwives without informing the pregnant woman in advance, and without obtaining her approval before the intervention. This indicates poor, medicalised perinatal care, which does not have an established system of good communication with the medical staff. The results of these researches show that the women were relatively satisfied and conciliated with the existing childbirth practices and treatment. However, they are over 10 years old and a new relevant research is thus necessary.

The statistics on the perinatal results from the 2002–2011 period show that after 2009 a process started that reduced the gap between the excessive use of invasive procedures and the recommendations on their optimal use, in particular the use of episiotomy and the artificial acceleration and induction of labour. The statistics on perinatal results, however, do not yet gather data that would allow us to evaluate how the doctors and midwives treated the women. This fact was highlighted by the midwifery discipline's admonition in the basic document *Strategy for the development and comprehensive regulation of the gynaecological delivery system in the Republic of Slovenia until 2020*, which pointed out the importance of the indicator "satisfaction with the medical service and treatment". Excellent perinatal care is also provided by means of continuous health care by the same midwife during pregnancy and delivery and afterwards. Women do not yet have this option in Slovenia, even though the midwifery discipline and women have been demanding for the practice to be regulated for a decade. The profession of midwife is marginalised in Slovenia and this shows among others in the fact that they do not dare to professionally support women in home childbirth. Forty-four percent women (193 out of 552), who participated in the survey *Humanization of perinatal health care in Slovenia* were of the opinion that women could deliver at home, provided that a network of first aid, including suitably trained midwives and doctors, is established to respond in case of complications.

It will be possible to reintroduce home childbirth only after constructive meetings between the different actors: women, midwives, doctors, researchers, individuals, advocates of human rights, etc. The issue of home delivery is not only connected with the provision of safety, but also with ensuring the right to informed choice, which includes the choice of the place of delivery, and only then will women be sovereign actors in the delivery, meaning that they are treated integrally, which is the basis for a holistic approach to childbirth.