

Zalka Drglin

## IZMERA POKLICA: OD VODNIŠTVA K SOPOTNIŠTVU

### BABICA KOT SKRIBSTVENI POKLIC IN POTREBE ŽENSKÉ, KI POSTAJA MATI

Zato naj bodoče mamice vedo, kaj vse jih lahko čaka v porodnišnici, da ne bi tako naivno in z veselim pričakovanjem hitele roditi. (Alenka, izjava 110.)

Medicina in zdravstvena nega na področju reprodukcije dosežata nesporne dosežke, njun prispevek k ohranjanju življenj in zdravja žensk in otrok je pomemben. Mi pa se posvečamo premisleku o sodobnih pogojih materinstva v razmerjih z opredelitvami in praksami porodništva in babištva, predvsem problematizaciji medikalizacije materinstva že na samem začetku – v nosečnosti, med porodom, v času nege dojenčka in dojenja. Medikalizacija je prevladujoča v Evropi in Severni Ameriki 20. stoletja, z globalizacijskimi procesi v drugi polovici stoletja pa je postala ena ključnih značilnosti, ki jo doživlja večina žensk, ko postajajo matere. O tem pišejo številni avtorji in avtorice, med bolj znanimi so A. Oakley, R. Davis-Floyd, E. Shorter, B. S. Turner.<sup>1</sup>

S pretehtano zdravstveno pomočjo, zdravili in posegi med porodom zdravstveni strokovnjaki ohranjajo zdravje in življenja, na primer z izvedbo varnega carskega reza. A pretirana raba ali neutemeljena uporaba naštetega med

porodom kratkoročno in dolgoročno prinaša povečana tveganja za zdravje in življenje matere in otroka – pa naj govorimo o pretiranem poseganju po umetnih popadkih ali prevelikem številu prerezov presredka – in lahko pomeni zlorabo. Zato je pomembno preverjati meje medicine na podlagi razvoja znanstvenih spoznanj, izsledkov raziskav in kritične presoje.

Med ključnimi posledicami medikalizacije, ki jo označuje tehnologiziran, centraliziran in institucionaliziran porod, so podrejenost babic medicini in nerazrešena razmerja med babištvom in zdravstveno nego (Fleming 2008: 43), babiško izobraževanje in delovanje pa sta zaznamovani s tako imenovanim medicinskim konceptom porodne pomoči.

Vse omenjeno nas napeljuje k temeljitemu premisleku o obstoječi rodni paradigmi, kajti njene implikacije so izjemno pomembne za ženske, ki rojevajo, pa tudi za vse, ki sodelujejo v obporodni skrbi. Z izbranim pričevanjem o doživljanju poroda in porodne pomoči, ki ga vključujemo v besedilo, izpolnujemo dve zavezi – do mater in do bralcev: ženskam kot tistim, za katere nam pri tematiki pravzaprav gre, dajemo glas, hkrati pa ponujamo rdečo nit, ki bralki ali bralcu lajša potovanje po kompleksni problematiki in vabi k premisleku o razmerah, v katerih danes ženske postajajo matere.

Alenka K. se je za porod v izbrani slovenski porodnišnici zunaj kraja njenega bivanja odločila zaradi strokovnih referenc te ustanove. Njena nosečnost je bila nezapletena, a proti koncu naporna zaradi zdravstvenih tegob, rodila je na predvideni datum poroda na začetku leta 2007. Sebe je opisala kot nežno in senzibilno.

<sup>1</sup> Medikalizirati pomeni med drugim prepoznati ali kategorizirati določeno počutje, stanje ali vedenje kot bolezensko, kot nekaj, kar zahteva zdravljenje ali poseg. Medikalizacija je proces, pri katerem se zdravstveni ali vedenjski problemi začnejo pojmovati, definirati in obravnavati kot medicinski. To je proces, v katerem so vsakdanji dogodki, pojavi ali pogoji življenja in bivanja preoblikovani v medicinske probleme, podvrženi medicinskemu nadzoru in definicijam, ki poudarjajo tveganje, patologijo in pomen terapevtskih intervencij ali drugih načinov »urejanja« oz. uravnavanja.

Njeno pričakovanje poroda je mogoče razbrati iz citata na začetku tega besedila kot »veselo«, za nazaj pa kot »naivno«. Porod je potekal brez večjih zdravstvenih zapletov. Pričevanje smo izbrali, ker na podlagi poznavanja tega področja vsakdanjega življenja ugotavljamo, da je reprezentativno za sodobno porodno kulturo, v tem pogledu torej navadno, in ker sodi v skupino tistih, ki osvetljujejo tematiko odnosov med zdravstvenimi strokovnjaki in porodnico, in je torej primerno gradivo za analizo specifičnega vidika obporodne skrbi. Alenka K. je ena izmed tistih, ki so babiško pomoč doživele kot večinoma neustrezno.<sup>2</sup>

Rojevanje je specifično ženska dejavnost, babice pa so skoraj brez izjeme ženskega spola. Za poglobljeno razumevanje rojevanja je nujno skupaj obravnavati tako fiziološke kot kulturne dejavnike, ki ga sooblikujejo, pri tem pa je spol ključna kategorija. Babištvo sodi med najstarejše samostojne ženske poklice, se pa občutno razlikuje od medicinskih poklicev in tistih v zdravstveni negi; trdimo, da je skrbniški poklic *par excellence*. Pri iskanju odgovora na vprašanje o (iz)meri današnjega babiškega poklica se želimo izogniti samoumevnostim vrste »vsi vemo, da babice obstajajo že od nekdaj«, zato bomo preverili, zakaj ženska pravzaprav potrebuje babico in kakšna naj bi bila njena vloga.

Zakaj se pojavi potreba po navzočnosti drugih ljudi pri porodu, saj se pri večini sesalcev samičke za kotitev umaknejo v samoto?<sup>3</sup> Preučevanja razlogov je dalo nekatere pomembne ugotovitve: z evolucijo človeka, hojo po dveh in

razvojem možganov ter s tem bolj zapletenim rojstvom otroka (če se porod zaplete, obstaja nevarnost poškodb in smrti enega ali obeh) je navzočnost drugih postala potreba in pomemben dejavnik preživetja otroka in porodnice. Ta »novost« ima danes po nekaterih ocenah milijon let (Trevanthen 2011).

Predvsem gre za odgovor na potrebo po čustveni podpori ter praktično in simbolno zagotavljanje varnosti v trenutkih negotovosti, tesnobe in strahu pred smrtjo ali zapleti in šele potem za praktično porodno pomoč (Trevanthen 1997: 84). Navzočnost drugih pri porodu torej izhaja iz naše evolucije, oblika in vsebina porodne pomoči, ki jo ti drugi dajejo, pa sta socialno in kulturno oblikovani.

Nekaj pa je v odgovorih na potrebo po človeški podpori med porodom univerzalno za vse tradicionalne skupnosti: ob porodnici so ženske – z redkimi izjemami tistih družb, v katerih je zaželen porod brez vsakršne pomoči, in nekaterimi, v katerih so navzoči tudi moški.

Antropološke raziskave kažejo, da porodne pomočnice lahko delimo v tri skupine. Prvo sestavljajo starejše izkušene sorodnice, navadno matere in tašče, drugo tradicionalne babice, ki so pridobile svoje znanje na podlagi izkušenj z lastnimi porodi in porodno pomočjo drugim, tretjo skupino pa profesionalne babice (Trevanthen 2011).

Prvobitno babištvo razumemo kot delovanje, usmerjeno v dobro posameznic in njihovih dojenčkov ter torej v dobro skupnosti; temelji na ženskem izročilu in je globoko ukoreninjeno v posamezni kulturi. V njem kristalizirajo specifična kulturna prepričanja o pomenih žensk, moških, otrok, spolnosti, bolečine, materinstva, očetovstva, telesa. In ker je porod pomemben življenjski prehod, ima babica v tem ranljivem obdobju tudi pomembno vlogo pri prenašanju in utrjevanju referenčnega okvira posamezne kulture.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> Osebni podatki so zaupni. Zaradi varovanja zasebnosti so imena oseb in ustanov izbrisana oziroma spremenjena. Alenka K. je pričevanje poslala v pisni obliki na povabilo Združenja Naravni začetki k zapisu porodnih zgodb v okviru projekta »Še vsaka je rodila! Prave ženske v obporodnem obdobju«, izvedenem v letih 2009 in 2010. Za možnost uporabe njenega pričevanja v znanstvene namene sem jo prosila poleti 2011; za njeno ljubezno privolitev in prispevek k poglobljenemu razumevanju tematike sodelovanja strokovnjakov v prehodu v materinstvo se ji toplo zahvaljujem. Pričevanje smo za potrebe naše analize zvezno oštevilčili po posameznih izjavah in jih tako tudi navajamo.

<sup>3</sup> Poznamo pa ravnanja nekaterih delfinov in primatov, pri katerih skupina varuje samico pri kotitvi, dokumentirani so tudi primeri, ko so navzoče samice aktivno posegle pri porodnem zapletu.

<sup>4</sup> Antropološka in etnološka preučevanja rodosti, rojevanja, babištva so izjemno zanimiva, po nastanku pa dokaj »mlada«, pri nas so morebiti znana predvsem dela Margaret Mead, Niles Newton, Sheile Kitzinger, Brigitte Jordan in Robbie Davis-Floyd, v Sloveniji pa se temu področju posveča etnologinja Irena Rožman.

Vednosti in spretnosti babic so se pogosto prenašale prek sorodstvenih povezav med ženskami, na primer od mater na hčere, pa tudi prek iniciacijskih postopkov, ko so stare prepoznale nadarjene med odraščajočimi dekleti in jih vpeljevale v svojo prakso. Mlajše so spremljale bolj izkušene, vednosti in spretnosti pa so se učile z navzočnostjo ob porodih, na podlagi soudeležnosti v celovitosti dogajanja, s potrpežljivostjo in opazovanjem.

Utemeljiteljica antropologije poroda Brigitte Jordan v svoji referenčni publikaciji *Porod v štirih kulturah* (1993), ki je prvič izšla v sedemdesetih letih 20. stoletja, opisuje svoje vajeništvo pri tradicionalni porodni pomočnici, imenovani *partera*. Spoznala jo je med terenskim raziskovanjem porodne kulture na polotoku Jukatan. Babica je brez vnaprejšnjega besednega uvoda ali pojasnjevanja pri masaži ženske preprosto vzela njene roke pod svoje in jih vodila prek oblega trebuščka in ji tako omogočila, da je tipaje videla lego otroka in se spotoma, s telesom naučila, kako se izvaja zunanji obrat otročka, ki je v medenični vstavi (*Ibid.*: 192).

Babice so v določenih primerih predlagale simbolne ukrepe. Bili so učinkoviti, ker so združevali splošne zakonitosti poroda s kulturnimi posebnostmi, saj so bile porodnice in babice po navadi vpete v isto kulturo, pogosto so pripadale tudi isti lokalni skupnosti. Tako je bilo pri zastalem porodu pomembno odpiranje zaprtega – na primer oken in vrat. To v številnih različicah navajajo etnologi in je znano tudi v slovenskem izročilu. Učna pot babic je pomenljiva, v stari angleščini *midwife* pomeni »biti z žensko«.

Tradicionalno učenje s spremljanjem in navzočnostjo pri porodih se je začelo spreminjati s profesionalizacijo, nastajanjem poklicev. Eden prvih takšnih korakov za tradicionalne slovenske porodne pomočnice je bil zadostitev pogojem, da so za opravljanje babištva izprašane in potrjene, pa tudi zaprisežene, naslednji pa je bil delovanje prvih poklicnih šol v slovenskem jeziku na sploh; to ponazarja prepoznavanje velikega pomena babištva za zdravje prebivalstva. Na pobudo Marije Terezije je bila leta 1753 v Ljubljani ustanovljena prva strokovna šola na

slovenskem etničnem ozemlju, nato pa še tri, v Celovcu, Gradcu in Trstu – vse namenjene babiškemu izobraževanju. Pogoji za sprejem na babiško šolo so na začetku vključevali tudi izkušnost, zrelost in specifično opredeljeno moralnost kandidatke; to je bilo povezano z navedbo starosti, zakonskim stanom in številom lastnih otrok, pozneje pa so te pogoje opustili.<sup>5</sup> Ni naključje, da so nosečnice posebej na podeželju mlade babice pogosto sprejemale z dvomom, češ, kaj mi bo učeno dekle, ki življenja sploh še ni okušalo in nima življenjske izkušnje in še niti ni rodilo otroka, in so bolj zaupale tradicionalnim porodnim pomočnicam (Drglin 1995: 51).

Prizadevanja današnjih babic, *bab* v dobrem pomenu besede – torej žensk z življenjskimi izkušnjami – da bi zares postale modre ženske, *sages femmes*, kot je neposredno ohranjeno v francoskem poimenovanju babic, da bi zadostile temeljnemu pogoju babičevanja, so zelo pomembna. Žal je nevarnost za skorajšnjo izgubo slovenske babiške tradicije tako za same babice kot za ženske v pričakovanju poroda, ki jim je babiški poklic posvečen, komajda prepoznana kot problem. To kaže na umeščenost babištva na obrobje, ki je povezana z zdajšnjim prevladujočim porodnim modelom.

Današnje babice nimajo svojega glasila, čeprav je v letih od 1929 do 1941 in potem od 1946 do 1947 Društvo diplomiranih babic izdajalo mesečnik *Babiški vestnik*. Prav tako nimajo samostojnega strokovnega kolegija. Uraden, prevladujoč diskurz o zgodovina babištva in porodništva pa (še) ni prerastel zagat tradicionalnega pisanja zgodovine porodne pomoči, zaznamovanega s selektivnim pogledom, ki favorizira medicinski pristop in v marsičem diskriminira pomen babic.<sup>6</sup>

Problem pa ni le slabitev babiške identitete, tudi tok ženskega izročila je skorajda nezaznaven. To se kaže v zgolj fragmentarni vednosti o zmožnostih ženskega telesa in potrebah ženske v nosečnosti in med porodom. Živimo v kulturi, zaznamovani z jezikom ter prežeti s

<sup>5</sup> Več o tem v Drglin 1997 a.

<sup>6</sup> Za utemeljitev nekaterih trditev, ki tu niso izpeljane, gl. Drglin 1997 b.

pomeni, obrazci in vlogami, ki zamejijo, kaj pomeni biti ženska in tudi kako se vesti kot nosečnica, kako in kje rojevati, kdo naj bo poleg, kakšno je sprejemljivo izražanje bolečine in drugih občutkov, kateri izmed telesnih položajev je primeren in kateri ne. Oblikujejo tudi materinstvo, navade in rituale, povezane z nosečnostjo in porodom, pa tudi zaželeno in pričakovano vedénje posameznice, ki v različni meri ponotranji družbena pričakovanja in norme.

Za prevladujočo civilizacijsko paradigmo, ki s svojimi skrajnostmi in seganjem čez vsakršne meje vzdržnosti samo sebe peha do sesutja, sta značilni poudarjeno pozitivno vrednotenje tehnologije in narekovanje nadzora nad telesom in njegovim delovanjem s poseganjem, zdravili. Značilni so tudi zahteva po obvladovanju telesnih funkcij od zunaj, podrejanje normam in narekovanje tempa, ki metronomsko seka trajanje časa, da nastane občutek nenehne nuje po še večjem hitenju in se hkrati pojavi neznosno pomanjkanje vsakršnih umirjenih trenutkov. V kulturi, ki ceni samonadzor in objektivacijo telesa, bo posameznica silnice poroda, njegovo valovanje in neizogibnost doživela kot prestop meje; prepuščanje je lahko zanjo problematično, celo nesprejemljivo.

Temu se pridružuje prevladujoč način življenja, ki ga zaznamuje temeljno nezaupanje do narave, nerazumevanje njenih ritmov, strah pred njenim navideznim neredom, pogosto pojmovanim kot ogrožajoči kaos, ki ga je nujno treba omejiti. Odsev takšnega odnosa je specifična sodobna porodna pomoč, ki jo umeščamo v tehnokratsko paradigmo (Davis-Floyd 2001, Davis-Floyd, St. John 2001)<sup>7</sup> in ki jo zaznamujejo geste »jemanja prek vrste«, ko imajo tehnologija, medicinski posegi in zdravila zelo hitro in pogosto neupravičeno prednost pred čakanjem, potrpežljivostjo in zaupanjem v porodni proces in žensko telo. Z medikalizacijo in premestitvijo poroda v zdravstvene ustanove, s skorajda rutinsko rabo

umetnih popadkov, prevladujočo pasivnostjo, ki jo med drugim ponazarja lega porodnice na postelji, se dojemanje nemoči sodobnih žensk, da rodijo spontano, na individualni in kulturni ravni medsebojno krepi in podpira. Po podatkih nacionalne raziskave z naslovom »Porodnišnice za današnji čas« je leta 2005 med porodom ležalo osem žensk od desetih, za sproženje oziroma pospeševanje poroda je dobilo zdravila skorajda dve tretjini žensk, ki so rodile vaginalno; v Sloveniji v zdravstvenem sistemu ni zagotovljene ustrezne mreže strokovne pomoči za porod zunaj štirinajstih porodnišnic (Wagner 2007).

Fiziologija in kultura, presejani skozi žensko, njeno osebno zgodbo in družinsko izročilo, sta lahko v nasprotju že v nosečnosti, še bolj pa je napetost izrazita pri samem porodnem dejanju. Nosečnice imajo kljub množici podatkov, celo preobilju informacij, ki jih težko ovrednotijo, pogosto občutek, da jim pred velikim dogodkom manjka trdna podlaga, v sebi težko najdejo gotovost, v njihovi negotovosti pa jih izbire plašijo. Kakšna so sporočila naše kulture, ki med odraščanjem deklet oblikujejo predstave o prihodnjem materinstvu, če se odrasle nevedno sprašujejo, pol v upanju in pol v strahu:

Le kako se bo iz mojega telesa porodil tri in pol kilogramski otročiček, ne da bi se poškodovala? Le kako to boli? Ali ne bi bilo vendarle bolje, da bi kar naredili carski rez?<sup>8</sup>

Zato je toliko pomembneje, da povežemo, kar je nekoč že bilo prepleteno, da bi se strahovi umaknili ob izkušenih ženskah, ki bi zaupale svoje zgodbe, in bi bilo več tistih, ki imajo do poroda pozitiven odnos, kot začenja svoje pričevanje naša informatorka:

Moram reči, da sem se do tega trenutka samega poroda zelo veselila, v porodnišnico sem prišla popolnoma blažena. (Alenka 24.)

Ženske kažejo pripravljenost, da porodne izkušnje zaupajo drugim, še posebej tiste, ki jih označujejo kot izrazito dobre ali slabe. Ob tem pa, kot opozarja antropologinja Robbie Davis-Floyd, uporabljajo določeno mero sa-

<sup>7</sup> Robbie Davis-Floyd razlikuje tri porodne paradigme: tehnokratsko, humanistično in celostno. Povezane so s prevladujočimi kulturnimi prepričanji in vrednostnimi sistemi.

<sup>8</sup> Navedeno po avtoričinih zapiskih s svetovalnih srečanji.



mocenzure, tako da na primer svoje radostne porodne zgodbe ne povedo, če menijo, da bi prizadela tisto s travmatično izkušnjo. Nosečnost, rojevanje, zgodnje materinstvo je obdobje pomembnega življenjskega prehoda, ko se ženske na novo povezujejo med seboj, pa naj govorimo o odnosu med babico in porodnico ali o oblikovanju povezav v družini ali ženske solidarnosti v skupinah. O tem priča tudi vse več publikacij, kot sta knjigi Delle Pollock (1999) in Nandine Pilley Edwards (2005). Nekatero porod tako zaznamuje, da želijo aktivno sodelovati pri izboljšanju obporodne skrbi in hočejo sporočiti babicam, kako so jih doživljale. Naša informatorka je takole opisala intenzivni porod s hudimi bolečinami:

Rada bi, da bi babice vedele, da si ob takih izkušnjah ne moreš pomagati, da si popolnoma nemočen in izpostavljen, odvisen od drugih in v res ekstremnih bolečinah. (Alenka 50.)

Ob tem njen ton vseskozi ostaja vljuden. Rada bi, da babice izvedo, kako se je počutila.

Živo človeško telo tu in zdaj je rezultat fizičnih in simbolnih silnic, je tako kulturno kot naravno – vsak utelešen posameznik in posameznica je enkratno pretapljanje evolucije, zgodovine, družbe, biosocialnega razvoja in učenja. Sodobna spoznanja o delovanju ženskega in otrokovega organizma razkrivajo soodvisne igre, ki zanositev, nosečnost, porod, laktacijo in dojenje omogočajo ali pa otežijo in celo preprečijo. Govorimo o občutljivo prepletenih življenjskih procesih človeških bitij, povezanih z reprodukcijo, ki jih zgolj za potrebe raziskovanja ločujemo na posamezne vidike – biološke, čustvene, hormonske, socialne, kulturne. Razumevanje nosečnosti in poroda v prepletu naštetih dejavnikov in njihovih pomenov za žensko, otroka, moškega, družine in družbo omogoča jasnejši pogled.

Najnovejši znanstveni izsledki o naravi materinstva in očetovstva vzbujajo veliko spoštovanje in nas spodbujajo k premisleku o razmerah, v katerih danes ženske postajajo matere in v katerih nastaja nova družina. Znanje o fizioloških vidikih nosečnosti, poroda in zgodnjega poporodnega obdobja je bilo do pred kratkim, tja do osemdesetih letih 20. stoletja,

še precej v povojih in bolj na ravni teoretskih predpostavk in njihovih izpeljav. Na začetku 21. stoletja pa lahko že govorimo o odločilnem prispevku fiziologije, nevrobiologije na eni strani in humanistike na drugi strani k prepoznavanju ključnih dejavnikov porodnega procesa.

Z vidika fiziologije so nosečnost, porod, laktacija in dojenje dogajanja, ki jih vodijo in usklajujejo »primarni možgani«, kot predlaga preprosto poimenovanje zdravnik in raziskovalec Michel Odent. Ti so prvotni tako filogenetsko, torej z vidika razvoja človeške vrste, kot tudi ontogenetsko, torej z vidika razvoja posameznice, in so tisti del možganov, ki ga imamo skupaj s sesalci. V njih medsebojno vplivajo med drugimi talamus, hipokampus, amigdala, limbični sistem, torej endokrini sistem. Primarni možgani, hormonski in imunski sistem skupaj oblikujejo primarni prilagoditveni sistem (Odent 2002: 188). Izraz nadomešča dolgo besedno zvezo psiho-nevro-imuno-endokrinološki sistem. Za naš cilj jih ni smiselno obravnavati ločeno, ker so med seboj mrežno povezani v celoto.

Korpus znanstvenih raziskav in torej vednosti o tem se povečuje iz dneva v dan in je nujni del tistega babiškega znanja, ki temelji na preverjenih izsledkih raziskav. Na podlagi njih je mogoče veliko bolje razumeti potek nosečnosti in poroda, laktacijo in dojenje, vedenje in odzivanje porodnice ter oblikovanja odnosa med otrokom in materjo. Ključ je v vztrajanju pri upoštevanju občutljivega ravnotežja, potrebnega za nosečnost, porod, poporodno obdobje, in pri poznavanju dejavnikov, ki lahko spodbudno ali zaviralno vplivajo nanj. Razumevanje porodnega procesa pomeni zagotavljanje možnosti, da fiziološki procesi delujejo v celoti. Namesto »agresivnega« pristopa, značilnega za tehnokratski model, potrebujemo obporodno skrb, ki bo »negovalna« (*op. cit.*: 35), torej skrbna, občutljiva in nežna, katere cilj je prepoznati temeljne potrebe ženske in otroka v nosečnosti, med porodom, po njem in jih zadovoljiti. Za babice, ki delujejo kot skrbnice zdravih nosečnic in porodnic, je takšno znanje podlaga za poglobitev stroke in razvoj praktičnega dela, ki upošteva posebnosti posamezne ženske. Ob ugotovljenih pomanjkljivostih tehnokratskega

modela je rekonstrukcija omenjenega znanja izziv zdajšnjim generacijam zdravstvenih strokovnjakov (Downe, McCourt 2004).

Če hočemo razumeti bistvo poroda, rojstva, začetka materinstva, se moramo torej še enkrat vprašati: kaj potrebujeta ženska in otrok? Še pred kratkim je porodno pomoč zaznamovalo specifično prezrtje potreb ploda in novorojenčka ter dojenčka. To se je začelo spreminjati s tako imenovanim »odkritjem fetusa« v medicini in z odkritji psihoanalize, psihologije, fiziologije, še vedno pa v praksi opažamo primere izrazitega nerazumevanja otrokovih potreb.

Pri razumevanju obdobja pred rojstvom z vidika razvijajočega se otroka se poudarja logiko delovanja primarnega prilagoditvenega sistema. Za genezo dobrega zdravja je pomembno vedeti, kaj omogoča in krepi zdravje plodov in otročkov. Mati je plodovo neposredno okolje, ki odloča, ali se bodo informacije genov aktivirale in kako bo to potekalo. Plod za svoje preživetje, rast in razvoj potrebuje negovalno okolje, katerega sestavni del so tudi spodbude, kot so vsakodnevne dejavnosti nosečnice in njeno doživljanje. Počutje ženske, njeno zdravje in (ne)zadovoljstvo vplivajo na otrokov imunski in hormonski sistem in so zato pomembni za njegovo rast in razvoj. Dobra in individualizirana podpora nosečnice je tako pomembna zaradi nje same in zaradi blaginje otroka, ki ga nosi, in prav to je ena osrednjih nalog babic: podpirati in krepiti celostno zdravje ženske, ki postaja mati. V Sloveniji za nosečnice skrbijo izbrani ginekologi, čeprav bi bila lahko skrb glede na pravilnike pri zdravi nosečnosti porazdeljena med babice in zdravnike.

Alenka K. le na kratko omenja zdravstveno skrb v tem obdobju takole (10–11):

Med nosečnostjo je bilo potrebno tudi do 8 ur (!) čakati na pregled ctg in to je bilo za nosečnice prava muka – toliko ur presedeti v čakalnici!

Kako zagotoviti ženski, da bi med porajanjem kar najbolje uporabila svoj fiziološki potencial? Za dobro potekajoč porod sta z vidika fiziologije pomembna dva povezana pogoja: zmanjševanje aktivnosti neokorteksa (Odent 2001) in hkrati omogočanje čim bolj nemotene delovanja primarnih možganov. Na hormonski ravni je

osnovna formula preprosta: manj adrenalina (ta ustavlja ali preprečuje porodne procese) ter več oksitocina (ta porodne procese omogoča in podpira) in endorfinov (ti pozitivno, spodbudno vplivajo na razpoloženje).<sup>9</sup> V igri obeh pglavitnih in hkrati antagonističnih hormonov, adrenalina – ta je povezan z občutki strahu – in oksitocina, hormona zaupanja, odpiranja navzven in občutkov ljubezni ter s tem povezave med materjo in otrokom oziroma med živimi bitji, se skriva tudi odgovor na vprašanje, zakaj je fiziološki porod v bolnišnici težje zagotoviti.

Kdor se boji, izbira med tremi možnostmi biološkega zapisa: beži, bojuj se, »zmrzni«. Vsaka od teh izbir je lahko odličen izhod iz ogrožajoče situacije, ker bo povečala možnost za preživetje, vsekakor pa (sicer subjektivna) ocena posameznice, da je situacija nevarna, pomeni tudi to, da je treba rojevanje ustaviti, kajti novorojenček za svoj prihod na svet potrebuje varno okolje ter umirjeno in zbrano mater; nesmotrno bi bilo roditi mladička v nevarnost. Kadar sporočila iz okolja zaznamo kot opozorilo na nevarnost, je pglavitno, da je v telesu vse pripravljeno na hitro in učinkovito gibalno akcijo: prebava se upočasni, mišice se boljše prekrvijo, pozornost se usmeri v zunanost. Številne izkušnje kažejo, da se lahko porod začasno ustavi, če mora porodnica zamenjati znano okolje za tujega ali če na primer v porodno sobo stopi neznan oseb ali če kdo poseže v porodni potek, pa prej ni bilo vzpostavljeno zaupanje, kot opisuje naša informatorka (17–23):

Ob 17h me je sprejela sestra, zelo neprijazna in arogantna, ter mi ročno razširila vagino. Ker me ni pripravila na bolečino, ki jo ob tem občutiš, sem močno zakričala. In sem bila za to »kregana«. Po naravi sem precej nežna,

<sup>9</sup> Niles Newton je leta 1955 objavila knjigo *Materinska čustva (Maternal emotions)*. Z njo je napovedala ugotovitve, pozneje potrjene s poskusi na živalih, ki jih tu zaradi njihove etične spornosti ne bomo povzemali, namreč, da oksitocin vpliva na vedènje. Ugledna švedska znanstvenica Kerstin Uvnäs Moberg v publikaciji *Oksitocin kot dejavnik (The Oxytocin Factor)* (2011) predstavlja pomen oksitocina ne le za povezovanje, spolnost, rojevanje, počitek, mir, sprostitve, radost, celjenje in rast, pač pa tudi za zmanjševanje tesnobe, ukrepanje proti stresu in pri blažitvi odvisnosti.

senzibilna in vem, da nisem edina – zato mi je tak grob način pognal prvi strah v kri.

Z vidika zdravstvenega strokovnjaka rutinski in malo pomemben postopek je postal del kaskade dogajanj, ki je porodnico iz njenega »blaženega« (24) razpoloženja postopoma prignal k občutju, ko si popolnoma

nemočen in izpostavljen, odvisen od drugih, in res v ekstremnih bolečinah. (51–53.)

Strahu pri porodu nočemo; kemično vstopno geslo k dobremu in varnemu porodu je torej: (čim) manj adrenalina, (čim) več oksitocina in z njim povezanih naravnih blažilcev bolečin, ki samodejno nastajajo v telesu matere med fiziološkim porodom. Kot pravi Michel Odent (2002: 140):

Vsi, ki skušajo razumeti, kaj pripomore k lažjemu, manj bolečemu in zato manj nevarnemu porodu, soglašajo; vsi poudarjajo pomen domačnostnega okolja, v katerem so navzoče ženske. Vedo, da je navzočnost zdravnikov pogosto zavirajoča. Vedo, da je menjava okolja med porodom lahko moteča. Vedo, da so zelo pomembne pridušena svetloba, tišina, toplota in prostost položajev.

Preučevanje vedënja primatinj je pokazalo, da ne rojevajo, če se počutijo nadzorovane, in podobne zakonitosti veljajo tudi za porod pri ljudeh. Govorimo o doživljanju ženske, njenih občutkih glede porodnih okoliščin. Te naj zagotavljajo toliko varnosti, da se lahko spusti v porodno dogajanje, da je lahko spontana in sproščena; gre za občutljivo razmerje med nujnim nadzorom nad zdravjem ženske in otroka ter prepuščanjem toku poroda. V varnem okolju se ženske tako dobro počutijo, da lahko zaprejo oči, se osredotočijo na druge čute in postanejo dovzetne za sporočila, ki prihajajo iz notranjosti telesa. (Začasno) odrekanje dominantnosti vida<sup>10</sup> je povezano z občutkom zagotovljene zasebnosti, »da se počutimo kot doma«, z intimnostjo spalnice ali kopalnice.

Bolnišnično okolje in v njem uveljavljena porodna pomoč naredita vidno to, kar za dober porod ne bi smelo biti tako izpostavljeno pogledu. Skrbno spremljanje zdravstvenega stanja ženske in otroka se razlikuje od nadzorovanja, povezanega z nadzorujočim pogledom, prepogostim vaginalnim pregledom, ki jih včasih izvedejo neobzirno in boleče, ter od uporabe invazivne tehnologije. Hkrati pa porodnica ne sme biti osamljena, zanjo je pomembno čutiti, da je del skupnosti. Skrbno in pozorno je treba ustvariti in negovati čim preprostejše okolje, ki z udobjem, toplino in toploto, z možnostjo zatemnitve omogoča povezavo navznoter in navzven. Zagotovljena naj bo tišina, ljudje se pogovarjajo le šepetaje, kadar je govorjenje sploh nujno potrebno. V takšnem primeru je ženska lažje prosta kot v tehnologiziranem okolju.

Vidna sporočila so pomembna, preplesti pa jih je treba z ustvarjanjem okoliščin, ki ženski omogočajo povezovanja – kadar jih potrebuje – prek drugih čutil, zato so raba naravnih gradiv in prvin, kot so zemlja, les, kamen, voda v različnih oblikah, stik z naravo v njenih spremembah luči, glasov, živih bitij, igre zraka in glasba tako zelo ključni. Kar zmanjšuje strah in napetost, tisto, kar vodi k sprostitvi, prepuščanju, miru, zaupanju, kar ne spodbuja aktivnosti neokorteksa, kot so mišljenje in argumentacija, vse to blaži porodne bolečine: gibanje od različnih položajev do hoje, zibanja, plesa, raba vode, meditacija, vizualizacija, dihalne tehnike skupaj z vokalizacijo in petjem, različne vrste dotikanja od ljubkovanja do masaž. Naštete procese lahko spodbujajo in krepijo nekatere nefarmakološke metode lajšanja bolečin. Fiziološki porod ima univerzalne značilnosti, ritmiko in vzorce, hkrati pa gre vedno za posebno soodvisnost matere, dojenčka, porodnega okolja, neponovljiv tukaj-in-zdaj.

Kako je porodno pomoč doživljala naša informatorka? Zapisala je (29):

Nihče mi ni povedal, da moraš pri porodu stalno ležati – meni bi veliko bolj ustrezala mirna hoja ali stanje.

In nekoliko pozneje (45):

<sup>10</sup> Več o doživljanju prostora na primer v: Juhani Pallasmaa, *Oči kože* (2007) in *The Thinking Hand* (2009), pa tudi v publikaciji slovenskih avtorjev *Sporočila prostora* (2008).

Hvaležna bi tudi bila, če bi me nekdo bolj spomnil na pravilno dihanje – saj sem sama takrat vse pozabila.

Redki so primeri, ko bi bilo medicinsko upravičeno porodnici svetovati, naj med porodom leži; nasprotno, del babiškega znanja je povezan s poznavanjem prednosti različnih pokončnih porodnih položajev tako za žensko kot za otroka. Alenka K. ohranja vljuden ton in uporablja veliko sporočil v prvi osebi ednine, ki so značilni za sodelovalen odnos, toda vanj njena babica ni aktivno vstopala. V svojih izjavah poudarja, kaj je sama prepoznala kot svoj občutek ali potrebo, kaj bi ji ustrezalo. To poudarja tudi pri omembi ene najbolj nevalgičnih točk sodobnega poroda, pri porodni bolečini oziroma odnosu do bolečine med porodom. Kako je Alenka K. doživljala porodne bolečine? Takole opisuje (50–57):

Vem, da je služba babice zelo naporna, sploh ponoči – rodila sem okoli 1h zjutraj – a meni je zelo pomagalo, da sem ob res hudih bolečinah kričala – babici to niti najmanj ni bilo simpatično. Rada bi, da bi babice vedele, da si ob takih izkušnjah ne moreš pomagati, da si popolnoma nemočen in izpostavljen, odvisen od drugih in v res ekstremnih bolečinah. Zdi se mi, da so vse zaposlene po vrsti na to pozabile. Služba kot služba. Mojo bolečino sem jaz doživljala tako ekstremno, da sem si želela umreti, ker se mi je zdelo, da tega ne bom prenesla.

Porodna bolečina je bila izjemna, porodnica si je želela umreti in je živo občutila odsotnost sočutnega babiškega pristopa. Alenka K. navaja, da je med porodom v bolnišnici, ki jo je izbrala zaradi slovesa strokovnosti, izgubljala zavest (59):

Večkrat sem tudi padla v nezavest – najbrž samo za trenutek, nihče ni opazil, razen partnerja, ki mi je kasneje rekel, da sem začela gledati »s ta belimi«.

Priče smo enemu od paradoksov sodobne obporodne zdravstvene skrbi, za katero so značilni: deljena skrb med zdravstvenimi strokovnjaki, specifična organizacija babiškega dela, ki otežuje ali celo nemogoča spremljanje posamezne porodnice med celotnim potekom poroda, in pomanjkanje časa za osredotočenje

na celovitost porajanja. Posameznica med daljšim porodom navadno sreča celo več babic in zdravnikov ter drugih strokovnjakov, pa vendarle ostajajo pomembni vidiki podpore neuresničeni, s tem pa so spregledane tudi potrebe ženske, to pa otežuje tudi povezovanje ženske s samim porodnim procesom, s svojim telesom, ki je za porod ključno:

Spomnim se, da sem enkrat »prišla nazaj« in se vprašala »Kaj pa jaz sploh delam tukaj?« in si takoj nato odgovorila »OJOJ, rojevam!« (60)

Alenka K. svojo porodno izkušnjo povzame, ko opisuje potrebo po počitku na oddelku za otročnice, ki je zaradi organizacije poporodne skrbi ni mogla zadovoljiti (83):

[...] [P]o najhujši izkušnji, kar sem je bila deležna v življenju (predstavljajte si, resnično sem bila prepričana, da bom umrla!) [...]

Otrok se izvije iz najtesnejše bližine in notranjosti zamejenega prostor v prostranstvo zunanje narave z njenimi časovnimi in prostorskimi brezmejnostmi in to je sprememba brez primere. Rojstvo otroku omogoči nova občutenja, na primer izkušnjo delovanja težnosti, prihod v ozračje, pridružitve človeštvu in drugim živim bitjem.<sup>11</sup>

Dokler se ne razvije otrokov imunski sistem, je treba zagotavljati optimalne možnosti za odnos med materjo in otrokom z nemotenim usklajevanjem njunih ritmov, tudi z vzajemnimi procesi laktacije in dojenja in neomejenim telesnim stikom tudi ponoči.<sup>12</sup> Navezovanje v času nosečnosti, v prvi uri po porodu je model za navezavo na druge ljudi, živali, predmete.

<sup>11</sup> Z vidika otrokovega zdravja je pomembno, katere bakterije naselijo otrokova prebavila in kožo. To je povezano s tem, kaj otrok zaužije (kolostrum) in katere bakterije so v okolju, domače ali bolnišnične (med njimi so lahko nekatere zelo nevarne). V nosečnosti materina protitelesa prehajajo v plod, po rojstvu pa dojenje pomaga, da dozori otrokov imunski sistem; v materinem mleku so še posebej pomembna protitelesa, ki so tako rekoč individualizirana (IgA). Nekateri pa poudarjajo ugotovitve, da se ob sesanju otroka z okužbo v materinem mleku ustvarijo ustrezna protitelesa.

<sup>12</sup> Večinoma so v sodobnih zahodnih kulturah za dolgotrajen telesni stik dojenčki prikrajšani, še posebej je to z vidika njihovih potreb problematično ponoči.



Ob nujnih zadržkih pred posploševanjem – ljubezen je kompleksna in je ne moremo enačiti z navezovanjem – je ključno sporočilo znanstvenih izsledkov o občutljivem obdobju navezave<sup>13</sup> med novorojenčkom ter materjo in očetom mogoče povzeti: fiziološki potek nosečnosti in poroda in neposrednega časa po rojstvu zagotavlja kar najboljše možnosti za optimalen razvoj novorojenčka, s poseganjem v te procese pa tvegamo kratkoročne in dolgoročne negativne učinke tako za otroke kot za družine, celo več, gre za učinke na kulturo, na oblike sožitja med ljudmi in odnosa do živega:

[...] [P]ogoji za navezavo med materjo in otrokom vplivajo na kulturo prav tako kakor kultura vpliva na te pogoje. Ne glede na to, ali kultura podpira ali ovira navezavo med materjo in otrokom, bo to vplivalo na celotno kulturo. (Odent 2002: 62.)

Ključni sestavni del porodnega okolja so torej ljudje. Prepoznavanje socialnega pomena babištva v zadnjem času dobiva pomembnejše mesto v strokovnih razpravah (Hunt, Symonds 1995), o njem pa moramo razmišljati tudi v okviru aktualnih problemov babiške avtonomije v razmerjih do medicine in do avtonomije žensk v pričakovanju otroka, to pa je povezano tudi s smerjo razvoja poklica v prihodnje. V samem temelju pa je vprašanje obeh avtonomij povezano z etičnimi vidiki babištva kot skrbstvenega poklica.

Vsebinsko ukvarjanje z babiško etiko (Frith, Draper 2004) je pomembnejše kot osredotočanje na formalizacijo s specifičnimi etičnimi kodeksi. Raziskave o pomenu čustvene in socialne podpore pri porodu so jasno pokazale, da pripomoreta ne le k bolj pozitivnemu doživljanju poroda, pač pa tudi izboljšujeta biomedicinske rezultate tako za otroka kot za mater (Klaus *et al.* 1992). Od tod tudi vztrajanje nekaterih avtorjev, da moramo o vlogi porodnega strokovnjaka znova premisliti. Michel Odent (2002: 69) na primer trdi, da je to lahko le materinska figura, ženska, ki pooseblja mamo:

Pristna babica je mama, ki drugim materam pomaga roditi.

Odločilno je ustvarjanje prostora s človeško navzočnostjo, ustvarjanje razmerja. Navzoči ob porodu zagotavljajo varnost otroka in matere, uresničujejo celico človeške skupnosti z vsemi dobrimi stvarmi, ki jih ta prinaša. Hkrati upoštevajo prostor zasebnosti, ki je individualno in kulturno spremenljiv. Islandci so babico poimenovali *ljusmodir*, prinašalka luči, v slovenščini pa rečemo, da z rojstvom otrok prvič ugleda luč sveta. Pretirana osvetljenost moti tako porodnico kot bitjece, ki se po mesecih v svetu zabrisane svetlobe prvič zazre v materine in očetove oči in se začinja učiti gledati ter videti svet in sebe. Z babiško pomočjo je lahko luč blaga in izraža dobrodošlico. Za razliko od poudarjene rabe vida v medicini, ki predpostavlja distanco in torej ločenost zdravnikov od »pacientk«, je najverjetneje ena ključnih nalog babiške nege prav to, o čemer govori strokovno poimenovanje njihovega poklica: upovedovati nežnost v navzočnosti in dotiku, babiški poklic je v tem pogledu izrazito haptičen in taktilen poklic. Za njegovo uresničenje je potreben prenos poudarka na razvoj spretnosti, znanj in sposobnosti, povezanih z medčloveškimi odnosi, in to usmeritev je že mogoče zaznati v sodobnih publikacijah, na primer o čustvih v babištvu (Hunter, Deery 2009) ali izrecno o odnosu med babico in materjo (Kirkham 2010) ter o različnih teoretskih in praktičnih vprašanjih, povezanih z babiško podporo ženski (Mander 2001).

Odnos, ravnanje in vedénje zdravstvenih strokovnjakov pomembno zaznamuje doživetje poroda v slovenskih porodnišnicah: v našem izbranem pričevanju se tretjina izjav nanaša nanje. Alenka K. izrecno omenja primere dobrega odnosa:

Sestra, ki skrbi za klistir in britje, je bila edino sonce tisti večer. (25–26)

Zdravnica, ki me je zašila, je bila zelo prijazna. (72)

Ena [medicinska sestra] je bila res prijazna, ostale pa ne ravno najbolj. (97)

Precej večkrat so navedeni primeri problematičnega odnosa:

<sup>13</sup> Najbolj znana raziskovalca tega področja sta M. Klaus in J. Kennell.

[Medicinska sestra je bila] zelo neprijazna in arogantna. (18)

[...] me ni pripravila na bolečino. (20)

In sem bila zato »kregana«. (22)

[...] tak grob način [mi je] pognal prvi strah v kri. (23)

Babica, ki naj bi skrbela zame, je že od začetka delovala tako neprijazno. (30)

[Babice] niso mogle počakati nekaj sekund, da si malo oddahnem. (38)

[O]b babici, ki je največ časa preživela ob meni, sem imela občutek, da sem »krava«, ki je čisto nič ne razume. (39)

Do mene se je obnašala, kot da jo nalašč »zafkavam«. (43)

[Kričanje babici] niti najmanj ni bilo simpatično. (49)

Pozneje omenja bivanje na oddelku za otročnice, saj je bila zaradi velike izgube krvi zelo šibka in zato ni mogla prevzeti nege novorojenčka. O tem:

[M]e je neka druga sestra osorno vprašala. (100)

Alenka K. je v izhodišču zaupala babicam in zdravnikom in vedno znova kaže razumevanje za njihovo delo in pogoje učenja babiških začetnic:

Ta večer (mogoče je vsak dan tako, ne vem) je rodilo veliko porodnic, okrog 15, tako da razumljivo babice ni bilo vedno zraven. Zdravnica je prišla samo 2-krat – tudi to je najbrž normalno, kaj pa vem. (33–36)

In nekoliko pozneje:

Saj vem, da se morajo tudi mladi naučiti. (64)

Med porodnico in babicami je neuravnoteženo razmerje, kar zadeva sočutje in razumevanje. To je povezano tudi s pomanjkljivim informiranjem porodnic, na primer o organizaciji porodne pomoči. Natančneje bomo pregledali še nekatere navedbe, povezane z babiškim delom:

Babica, ki naj bi skrbela zame, je že od začetka delovala tako neprijazno, da ji tudi nisem upala

predlagati, da naj zavrti moj za to priložnost pripravljeni cd – kot sem brala v raznih knjigah, da je to možno. (30–31)

Informatorka opisuje odnosni vidik babiškega dela, babica je delovala neprijazno, tako da se porodnica »ne upa« predlagati nekaj tako zelo preprostega, kot je poslušanje izbrane glasbe. Ko nadaljuje opis doživljanja babiške dejavnosti, poudari še eno problematično stvar:

Motilo me je, da me je babica ali pa več babic – nisem se dobro zavedala – premikalo in privezovalo ravno med popadki, da niso mogle počakati nekaj sekund, da si malo oddahnem, ampak je bilo treba takoj!? (37–38)

Še vedno govori o kakovosti odnosa in poudarja pomanjkanje razlage in sočutja pri babicah, ob tem pa navaja tudi opažanje partnerja, ki je bil pri porodu navzoč, da bi svoje doživetje potrdila tudi z njegovim opažanjem:

Iskreno rečeno, ob babici, ki je največ časa preživela ob meni, sem imela občutek, da sem »krava«, ki je čisto nič ne razume. Tudi moj partner, ki je bil ves čas zraven, je rekel, da je dajala čudna, ne eksaktna navodila, kaj moram početi, in tudi sam ni vedel, kaj sploh hoče od mene. (39–40)

Nesorazmerje v izraženem sočutju med babico in porodnico je očitno in je vsaj v določeni meri izraz nesorazmerja moči v obstoječi porodni paradigmi. To postane še jasneje v izjavi:

Res sem ji želela ugoditi, saj se ona spozna na porod, jaz pa nimam pojma, a pogosto je sploh nisem razumela. Do mene se je obnašala, kot da jo zanalašč »zafkavam«. (41–43)

Ob iztisu otroka so se odločili za pomoč s pritiskom na vrh maternice, čeprav se po izsledkih raziskav uporablja prepogosto (Wagner 2007: 20), poleg tega pa ga je izvedla mlada začetnica. To naša informatorka opisuje takole (61–64):

Ob koncu poroda se mi je na trebuh »metala« mlada začetnica – babice pa so jo usmerjale in kregale, da tako pa ne, da mora drugače in da se ni vrgla pravi čas. Saj vem, da se morajo tudi mladi naučiti, le bolje bi mi bilo, da ne bi slišala vseh teh pripomb, ker me je resno skrbelo za strokovnost, ki sem je deležna.

Vprašati se moramo, kaj je z babico, ki namesto bližine ustvarja distanco, ki ji daje »čudna, ne eksaktna navodila, kaj moram početi« (40), ob kateri se ženska, ki poraja, počuti, kot »da sem ‚krava‘, ki je čisto nič ne razume« (39), ki se do nje vede, kot »da jo zanalašč ‚zafrikavam‘« (43) in ki v odnosu dobi vlogo tiste, ki ji želi porodnica »ugoditi« ker se babica »spozna« na porod, porodnica pa ne. Ali taka babica resnično opravlja babiško delo, utemeljeno na prepoznavanju potreb ženske in njenega otroka? Kako se izogniti boleči možnosti ponovitve tega, kar je zapisala Alenka K. o svoji babici (44):

Do danes se ne spomnim več, kako je videti, a njen glas imam še vedno v spominu – nočna mora.

Poudarimo, kar ne sme ostati prezrto: v tehnokratskem modelu poroda se babicam izmakne odločilen, konstitutiven element njihovega poklica. Sodobna porodna pomoč spregleda lastni pomen, ki ga ima pri ustvarjanju povezav: med mamo, očetom in otrokom, med ženskami, v družinah, v skupnosti; šibka prepoznavnost bistva babištva odseva širša kulturna sporočila. Če hočemo resnično delovati v smeri zadovoljevanja potreb žensk in otrok, moramo zagotoviti evolucijo v celostni model obporodne skrbi, ki bo smiselno povezoval tako babiški kot medicinski pristop, kadar je ta potreben, in ga nadgradil tako, da bo v kar najboljše kratkoročno in dolgoročno korist žensk in otrok, družin in družbe v celoti. V svetu se dogaja prav to: krepijo se rodni modeli, ki dobro delujejo.<sup>14</sup>

Za oživitvev babištva danes potrebujemo pot v mojstrstvo, ki bo uravnotežilo teoretsko znanje s pridobivanjem izkušenj najprej s spremljanjem samostojnih babic pri fizioloških nosečnostih, porodih in v skrbi za zdrava dojenčka in mamo, potem z učenjem z aktivno udeležbo. Krepitev babiške avtonomije temelji na prepoznavanju zakonitosti rojevanja in doumevanju prvin babiškega poklica. To ustvarja poglobljena znanja ter spretnosti in vnašanje

teh znanj in spretnosti v vsakdanjo babiško prakso, ne glede na institucionalne okvire. Zaradi hitrega izginjanja starodavnih kultur je vsak ohranjen drobec vednosti posamezne porodne kulture dragocen, ker nam odpira okenca v pojmovanje življenja, hkrati pa pripomore h korpusu znanja o rojevanju.

Z možnostmi, ki jih omogoča informacijska globalizacija, se napredne babice ter znanstvenice in znanstveniki še tesneje povezujejo, zbirajo, pregledujejo in preverjajo različne vidike babiške vednosti.<sup>15</sup> Ob tem pa babištvo razvija zmožnosti sodelovanja, predvsem sodelovanja s posamezno, vedno povsem posebno žensko, ki rojeva, otrokom, ki potuje na svet, njenimi bližnjimi in drugimi strokovnjaki, ki se po potrebi vključujejo v obporodno skrb ter v skupnemu prizadevanju za zagotavljanje pogojev za uresničitev te skrbi. Sodelovanje pomeni tudi uravnovešanje pretirane zavezanosti doktrini in zunanjim pravilom, ki bi lahko postali ovira pri zagotavljanju odlične obporodne skrbi.

Osnovna naloga babištva kot skrbstvenega poklica je torej rahločutno iskanje ravnovesja med usmerjenostjo navznoter – v razvoj stroke in k pretehtani meri formalizacije delovanja – ter usmerjenostjo k tistim, zaradi katerih so babice upravičene do svojega imena: ženskam, otrokom, družinam, ki se rojevajo prav pred njihovimi očmi. Med odpiranjem in prepuščanjem v porodnem dogajanju ženska upravičeno pričakuje zagotovilo skupnosti, utelešeno v njenih predstavnicah, babicah, da je vse, kar je navidezni kaos, v redu, v naravnem redu stvari.

Babice, sodobne porodne pomočnice, potrebujejo čimprejšnje prepoznanje in upoštevanje modrosti rojevanja, ki je vpisana v presečno množico narave in kulture; tistega najboljšega, kar lahko daje kultura, in tistim dobrim, kar je zapisano v naravne zmožnosti žensk in otročičkov in omogoča porod. Z (bodočimi) materami niso na nasprotnih bregovih, njihova naloga ni, da jih poučujejo in nadzirajo; povabljene so k sodelovanju in povezovanju ljudi v obdobju, ko

<sup>14</sup> Več o konkretnih predlogih za Slovenijo gl. *Porodno pobudo* (Drglin, Šimnovec 2010). Pomembna in navdihujoča je publikacija *Birth Models that Work (Učinkoviti rodni modeli)*, ki so jo uredile Robbie E. Davis-Floyd, Lesley Barclay, Betty-Anne Daviss in Jan Tritten in je izšla leta 2009.

<sup>15</sup> Med drugim organizacije: Gentle Birth, International Mother-Baby Childbirth Organisation, Midwifery Today, Association of Radical Midwives.

se rojeva družina; ženske vedo, kakšne babice imajo in kakšne potrebujejo, in to ubesedijo kot naša Alenka K.: »Želela bi, da se stvari spremenijo.« (104)

## VIRI

- DAVIS-FLOYD, R. (2001), The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, 1: 5–23.
- DAVIS-FLOYD, R., ST. JOHN, G. (2001), *From doctor to healer: The transformative journey*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press (2. izdaja).
- DOWNE, S., McCOUR, C. (2004), From being to becoming: Reconstructing childbirth knowledges. V: Downe, S. (ur.), *Normal childbirth: Evidence and debate*. London, New York: Churchill Livingstone (3–24).
- DRGLIN, Z. (1995), Roditi v medicino: Ženske pravice in skazice. *Delta*, 1, 3–4: 41–65.
- (1997 a), *Vloga šole pri konstituciji spolov: Ženske, rojevanje, ideologije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta (magistrsko delo).
- (1997 b), Dva obraza zgodovine ginekologije na Slovenskem. *Delta*, 3, 1–2: 65–74.
- DRGLIN, Z., ŠIMNOVEC, I. (2010), *Porodna pobuda odlična obporodna skrb*. Dostopno na: <http://www.mamazofa.org> (2. 3. 2012).
- FLEMING, V. (2008), Babiška Evropa. V: Drglin, Z. (ur.), *Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Založba Annales (31–46).
- FRITH, L., DRAPER, H. (2004), *Ethics and midwifery*. London, New York: Books for Midwives (2. izdaja).
- HUNT, S., SYMONDS, A. (1995), *The social meaning of midwifery*. New York: Palgrave MacMillan.
- HUNTER, B., DEERY, R. (2009), *Emotions in midwifery and reproduction*. New York: Palgrave MacMillan.
- JORDAN, B. (1993), *Birth in four cultures: A cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States*. London: Waveland Press (4. izdaja).
- KIRKHAM, M. (ur.) (2010), *The midwife-mother relationship*. New York: Palgrave MacMillan (2. izdaja).
- KLAUS, M., KENNEL, J., BERKOWITZ, G., KLAUS, P. (1992), Maternal assistance and support in labor: Father, nurse, midwife, or doula. *Clinical Consultations in Obstetrics and Gynecology*, 4: 211–217.
- MANDER, R. (2001), *Supportive care and midwifery*. London: Blackwell Science.
- NEWTON, N. (1955), *Maternal emotions*. New York: Hoeber.
- ODENT, M. (2001), *The scientification of love*. London, New York: Free Association Books (2. izdaja).
- (2002), *Primal health: Understanding the critical period between conception and the first birthday*. East Sussex: Clarendon Books.
- PILLEY EDWARDS, N. (2005), *Birthing autonomy*. New York, London: Routledge.
- POLLOCK, D. (1999), *Telling stories, performing birth*. New York: Columbia University Press.
- TREVANTHAN, W. R. (1997), An evolutionary perspective on authoritative knowledge about birth. V: Davis-Floyd, R., Sargent, C. F. (ur.), *Authoritative knowledge*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press (80–88).
- (2011), *Human birth*. New Brunswick, London: Aldine Transaction (2. izdaja).
- UVNÄS MOBERG, K. (2011), *The oxytocin factor*. London: Pinter & Martin Ltd.
- WAGNER, M. (2007), Evolucija k žensko osredišeni obporodni skrbi. V: Drglin, Z. (ur.), *Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Založba Annales (17–30).



Mirjana Ule

### **DRUŽBENI VIDIKI ZDRAVJA IN MEDICINE**

Prepričanja o zdravju in bolezni so del širšega razumevanja sveta, v katerem živimo. So del znanja o boleznih, telesnih znakih, socialni vlogi bolnika. Smo ne le zdravi ali bolni, temveč se tudi počutimo zdrave ali bolne. V članku je kot nasprotje prevladujočemu medicinskemu pogledu na zdravje in bolezen predstavljen socialni model zdravja in bolezni, ki ni osrediščen samo na fizične simptome bolezni, ampak na samooceno zdravja in počutja. Predstavljeni so podatki javnega mnenja o samoocenah zdravja in posledice družbenih neenakosti na zdravje in dobro počutje ljudi.

**KLJUČNE BESEDE:** medicinski pogled, javno zdravje, medikalizacija družbe, oblagovljenje zdravja.

Mirjana Ule je redna profesorica in predstojnica Centra za socialno psihologijo na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Kontakt: mirjana.ule@fdv.uni-lj.si.

Irena Eržen

### **SOCIALNO DELO V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI STANDARDI IN NORMATIVI**

Socialne delavke in delavci v zdravstveni dejavnosti zagotavljajo podporo in pomagajo pacientom in njihovim bližnjim pri reševanju različnih socialnih stisk v času zdravstvene obravnave. S svojim specifičnim znanjem in spretnostmi dopolnjujejo zdravstveno obravnavo pacienta. Pri reševanju socialnih težav je treba izhajati iz potreb in želja pacientov, postopke je treba nenehno prilagajati spremembam njihovega zdravstvenega stanja ali drugim okoliščinam. Poklic socialnih delavk v zdravstveni dejavnosti je specifičen, zahteva veliko fleksibilnosti in potrpežljivosti, tako s profesionalnega vidika kot z vidika timskega dela. Področje socialnega dela v zdravstveni dejavnosti nima oblikovanih standardov in normativov. Šele nacionalni pravni okvir socialnega dela v zdravstveni dejavnosti bo pacientom omogočal enako multidisciplinarno obravnavo in enako dostopnost ter največjo možno kakovost storitev, zaposlenim pa ustrezno mero avtonomnosti in varnosti, predvsem ob delovni preobremenjenosti.

**KLJUČNE BESEDE:** socialne storitve v zdravstvu, multidisciplinarna obravnavo, zakonska ureditev, enaka dostopnost.

Irena Eržen, univ. dipl. soc. del., je zaposlena v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Kontakt: irenaerzen@gmail.com.

Zalka Drglin

### **IZMERA POKLICA: OD VODNIŠTVA K SOPOTNIŠTVU**

**BABICA KOT SKRBBSTVENI POKLIC IN POTREBE  
ŽENSKO, KI POSTAJA MATI**

Medikalizacija materinstva na samem začetku – v nosečnosti, pri porodu, hranjenju dojenčka, dojenju, negi dojenčka – je značilna za drugo polovico 20. stoletja. Kako se iz nje izvijamo, kje so pasti in katere so obetavne poti za povečanje moči mater/žensk? Z analizo izbranega pričevanja o doživljanju poroda in porodne pomoči zdravstvenih strokovnjakov je prikazana problematika zapletenih in v nekaterih primerih težavnih razmerij med zdravstvenimi strokovnjaki in porodnicami. Babičevanje je povezano s poglobljenim razumevanjem nosečnosti in porodnega procesa kot prepletov narave in kulture in s prepoznavanjem potreb ženske in otroka. Z izmero poklica, s pregledom profesionalizacije podpore, nege in sočutja in s premislekom o formalizaciji zunanje in »notranje« podobe babice se usmerjamo h ključnima nalogama: koncipirati babištvo kot sodobni skrbstveni poklic in udejanjati ga v praksi skrbi za ženske in dojenčke.

**KLJUČNE BESEDE:** materinstvo, babištvo, nosečnost, porod, dojenček, paradigme o rojstvu.

Zalka Drglin, doktorica ženskih študij in feministične teorije, raziskovalka na Inštitutu za varovanje zdravja, se posveča kulturi rojevanja, babištvu, različnim vidikom materinstva in starševstva in duševnim stiskam žensk ob porodu. Je aktivna članica Naravnih začetkov, združenja za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva. Kontakt: zalka.drglin@ivz-rs.si.

Mirjana Ule

### **SOCIAL ASPECTS OF HEALTH AND MEDICINE**

Our views on health and illness are an integral part of our worldview. These include our understanding of the bodily signs of illnesses, as well as the social role of a patient. Not only can we be physically healthy or sick, but we can also feel healthy or sick. In the article the established medical view of illness, which is limited to the physical symptoms, is contrasted with the social model, which includes the self-evaluation of health and mood. The research of the public opinion on the self-evaluation of health is presented. In addition, the consequences of social inequalities on the health and *well-being* of individuals are emphasized.

**KEY WORDS:** medical view, public health, medicalization of society, comodification of health.

Mirjana Ule is a professor and the head of the Centre for Social Psychology at the Faculty of Social Science, University of Ljubljana. Contact: mirjana.ule@fdv.uni-lj.si.

Irena Eržen

### **SOCIAL WORK IN HEALTH CARE**

#### **STANDARDS AND CRITERIA**

Medical social workers provide support and help to patients and their relatives or caretakers in dealing with different social distress during medical treatment. With their specific knowledge and skills they complement the medical treatment of the patient. For solving patients' social difficulties it is important to know and respect their needs and wishes. Medical social worker must constantly adapt her activities to changes of patient's health or to other circumstances. The profession of social workers in health care is specific, requiring a lot of flexibility and patience, both from a professional point of view and from the point of view of teamwork. The problem is, that medical social workers in Slovenia still haven't formed and written down standards and criteria. But only the national legal framework of social work in health care could guarantee patients the same multidisciplinary treatment and equal access and maximum quality of service. On the other hand, with precise

standards and criteria, medical social workers could get the appropriate degree of autonomy and security, especially when overburdened with work.

**KEY WORDS:** social services in health care, multidisciplinary treatment, regulation, equal access.

Irena Eržen, B. S. W., is employed at University Medical Centre Ljubljana, Social Counselling Service. Contact: irenaerzen@gmail.com.

Zalka Drglin

### **MEASURING THE PROFESSION: FROM LEADERSHIP TO COMPANIONSHIP**

#### **MIDWIFERY AS CARING PROFESSION AND THE NEEDS OF MOTHERS-TO-BE**

Medicalization of motherhood in the very beginning – in pregnancy, childbirth, postpartum – is typical for the second half of the twentieth century. What are the promising ways to achieve empowerment of mothers/women? An analysis of the selected testimony of the childbirth experience reveals complex issues regarding contemporary relationships among birthing women and health care professionals, midwives especially. Midwifery is tied to deeper understanding of the birthing process as intersection of nature and culture and of the basic needs of women and babies in perinatal period. Midwifery as profession, processes of professionalization of support, care and compassion and problematical images of midwives, are carefully analysed. The focus is on the actual task: it is essential to conceptualise midwifery as contemporary caring profession and to provide circumstances for its realisation in maternity care practices.

**KEY WORDS:** maternity, midwifery, pregnancy, childbirth, baby, birth paradigms.

Zalka Drglin, PhD in women studies and feminist theory, is a researcher at the Institute for health protection in Ljubljana. She is interested in childbirth culture, midwifery, different aspects of maternity and parenthood, and psychic distresses of women while giving birth. She is an active member of Naravni začetku (Natural beginnings), association for informing, free choice and support in the field of pregnancy, birth and parenthood. Contact: zalka.drglin@ivz-rs.si.