

K 61

Biblioteka:
Elit • Medica

Izdavač:
Elit - Beograd, Zmaj Jovina 21

Direktor: Milutin Gavrilović

Glavni urednik:
Mile Medić

Recenzenti:
Dr sci Slobodanka Bakić-Golubović
Dr Milica Kostić

Korektura:
Vid Stambolović

Korice:
Borut Vild

Tiraž: 1500 primeraka

Štampa: Grafokomerc, Beograd, Cerska 53

Vuk Stambolović

POROĐAJ



ELIT - Medica,
Beograd 1996



Inv. br. 12.710

SADRŽAJ

PARADIGMA.....	7
Telo kao mašina	12
Upodobljavanje.....	16
1. Proizvodnja straha.....	17
2. Spoljašnja blokada	25
3. Unutrašnja blokada	30
Obezličenje	38
Intervencionizam	42
PROCEDURA.....	51
Klistiranje	54
Brijanje.....	57
Zabrana vode i hrane.....	61
Prisilno ležanje.....	65
Ubrzavanje porodaja.....	73
Ekranizacija	80
Žurba	86
"Čišćenje palube".....	96
Novi podanik	101
FOKUSI	109
Bol.....	113
Čamljenje	130
Seča.....	142
Pitanje ljubavi	158
1. Ponovni spoj.....	162
2. Gledanje.....	165
3. Dodir	166

4. Zvučne vibracije	170
5. Zibanje	172
6. Preduslovi.....	173
7. Dobrobiti	177
8. Rizici	182
9. U korist primalnog bola	189
KA PROMENI.....	193
Elementi pluralizma.....	197
... Promena ambijenta porađanja.....	197
... Veća prava porodilje.....	199
... Nova uloga oca novorođenčeta.....	204
Porodaj kod kuće	210
1. Opanjkavanje.....	211
2. Prednosti.....	218
3. Neuobičajena koalicija	223
Kvalitet	228
Kontrola	233
ISKUSTVO VRHA	239

PARADIGMA

Naravno, porođaj je biološko događanje, univerzalni potencijal svih ženki sisara.

U slučaju čoveka, međutim, bitna je još jedna njegova univerzalna dimenzija: ona psihosocijalna. Jer, u ljudskome su svetu biološka događanja definisana određenim značenjima koja proističu iz njihovog društvenog karaktera, kao i iz različitih ličnih prelamanja kako u "izvođača", tako i u "učesnika".¹

Ova psihosocijalna dimenzija porođaja, pri tom, jeste vezana za biološku prirodu porođaja, ali ne u potpunosti. Jednim svojim delom ona je i autohtona. Ali ne samo zato što se u slučaju porođaja kontekst biološkog prožima sa kontekstom interakcionog. Autohtonost psihosocijalnog najvećma ishodi iz činjenice da je za ženu porođaj životna prekretnica. I u društvenom, i u ličnom smislu, naime, on je kulminacija jednog od ženinih mogućih životnih preobražavanja.

Društveni odgovor na ovakvu prirodu porođaja ispljava se stvaranjem određenog društvenog matriksa.

¹ Za holističko poimanje porođaja potrebno je da se uzme u obzir i njegova duhovna komponenta.

Njeđa tvori skup metoda i postupaka, verovanja, mitova i preporuka, složenih u standardizovano, pa čak i ritualizovano ponašanje i praksu.

Sasvim je razumljivo da se, od jedne do druge sredine, usled različitih kulturnih i istorijskih faktora i tendencija, ovaj društveni matriks poprilično razlikuje. Ipak, u odnosu na one druge, svaki se pojedinačno smatra superiornim; bez obzira na složenost raspoloživih tehnika i tehničkih pomagala². Šta više, s obzirom da se radi o direktnom izrazu dominantnog kulturnog obrasca određenog prostora i vremena, bilo kakvo mešanje sa strane, ili bilo kakvo osporavanje ove superiornosti, u sredini se osporenog matriksa smatra štetnim, pa i nemoralnim.

U SAD, tako, neprikosnoveni status "Pravog" i "Najboljeg" načina ima onaj porođaj koji je medicinska, pa i hirurška procedura. U Holandiji je to, u velikom delu stanovništva, porođaj koji se odvija kao prirodan proces uz pomoć vanbolničkih institucija. A na Jukatanu, porođaj koji je normalan deo porodičnog života.

Ovako značajne međusobne razlike, međutim, ne znače da ovi, a i drugi "Pravi" i "Najbolji" načini porođanja nemaju zajedničko ishodište.

Doduše, to zajedničko ishodište ne može biti biologija pošto se žene različitih kultura, biološki, ne razlikuju u toj meri.

Isto tako, uz svu našu pristrasnost i predrasude, pojmljivo je da to ne može biti ni neka kombinacija nauke i empirije, tako što bi ova prva bila dominantno ishodište

² Babice Maja Indijanaca, na primer, smatraju da su one tehnički superiornije u odnosu na lekare akušere. Jedan od argumenata im je i to što one znaju da okrenu plod u uterusu dok akušeri to ne umeju. Ovo svoje umeće, inače, one smatraju vrednijim od tehnike carskog reza. Vidi: Jordan B., *Birth in Four Cultures*, Eden Press, Montreal - London, 1983, str. 69.

za takozvane civilizovane, a ona druga za takozvane primitivne sredine. Naučne činjenice, naime, a i empirija, ne spadaju u bazične kategorije nego su izvedene te su kao takve i same veoma nestabilne.

Odgonetka zajedničkog porekla može se naći u domenu kulturne antropologije. Tu se, zapravo, prilično jasno iskazuje da je univerzalno polazište iz koga kreću sve prakse porođanja dominantan odnos prema ženi, a u okviru toga, naročito, odnos prema njenoj seksualnosti. Upravo od tog dvojnog odnosa zavisi da li će porođaj biti tajna u kojoj mogu da učestvuju samo žene, ili će ga oblikovati nasilje muške tehnologije; da li će biti pospešivan seksualnim odnosom porođilje i njenog partnera, ili će biti smatran prljavim tako da će žena biti smatrana nečistom šezdeset dana po rađanju kćeri, a trideset dana po rađanju sina³.

³ Seksualnim opstentjem se prevladavaju zastoji porođaja kod plemena Siorina, dok su ritualu čišćenja čije je trajanje bilo određeno polom novorođenčeta bile podvrgavane žene starih Hebreja. Vidi: Tanzer D., Libman Block J., *Why Natural Childbirth?*, Schoken Books, New York, 1976, str. 8-9. Inače, prema izveštaju Eve Rajh (Reich), vrednost prakse Siorina potvrđuje i iskustvo jedne spiritualne akušerske grupe iz SAD. Naime, prema iskustvu poslenika ove grupe, znatno lakše se porođaju žene kojima, tokom porođaja, njihovi partneri miluju erogene zone. Vidi: Reich E., *Prevention of Neurosis: Self-regulation from Birth On*, Journal of Biodynamic Psychology, No I, Spring 1980, str. 19-49.

Im. br. 12, 710



TELO KAO MAŠINA

Današnja dominantna odrednica zapadnjačke kulture, pa tako i zapadnjačkog načina porađanja jeste kartezijska paradigma. Ova je paradigma zasnovana na ideji mehaničkog funkcionisanja univerzuma, kao i na veri u fizički merljivo koje je, po njoj, isključiva odrednica ne samo svega objektivnog, nego i svega racionalnog. Sve što, pak, nije fizički merljivo (pa tako i sve subjektivno) svrstava se u domen irealnog, a često i iracionalnog.

U takvom određenju čovek je sveden na telo; a ono samo, pak, konceptualizovano je kao mašina.

Međutim, pod uplivom duboko uvrežene patrijarhalne ideologije, udružene sa utilitarnim vrednovanjem polno specifičnih vidova eksploatacije, među ljudima-mašinama uspostavljena je stroga distinkcija. Muško je telo ideal, i kao takvo – norma. Na žensko telo, pak (a samim tim i na ženu), gleda se kao na nešto nesavršeno, maltene kao na komplikaciju bazičnog muškog sistema.

Dakako, žena-mašina se smatra nesavršenom zbog njenih specifičnih izraza seksualnosti. Premda je upravo seksualnost jedno od ključnih izvorišta ženine snage i životnosti, ona ovde slovi kao osnovni uzrok ženske, navodno inherentne, "fragilnosti" i "nepouzdanosti".

Naime, nematerijalni izrazi ženine seksualnosti, redefinisani, a i prošireni kompenzatornim reakcijama, otpisuju se u okviru kategorije (na razne načine još i dodatno opanjkane) "ženstvenosti". Što se pak tiče ženinih

fizičkih seksualnih izraza (njenih polnih organa, menstruacije, trudnoće...), oni se tretiraju kao izvorište neizbežnih zastoja, problema ili, čak, permanentnih smetnji njenog funkcionisanja⁴.

Ovakav koncept žene i njene seksualnosti, razumljivo, određuje i specifično poimanje porođaja.

Pre svega, to znači da se porođaj svodi na materijalan, mehanički problem: "objekt" izvesne veličine treba da, u određenom vremenskom roku, prođe kroz "kanal" specifičnih dimenzija.

Međutim, čak i ako se utvrdi da za ovaj prolazak nema fizičke smetnje, to ne znači da je problem rešen. Jer, u celu se sliku, automatski, uključuje stanovište o inherentnoj manjkavosti žene. A to pak znači da u prvi plan

⁴ O dubljem uzroku ovog tipa redefinisavanja, objašnjavajući ga na primeru menstruacije, piše Paula Vajdeger (Weideger). Prihvatajući nalaze raznih istraživanja (pred)menstrualnih tegoba, ona ih osvetljava iz nemedicinskog ugla. Naime, umesto u hormonima, ona njihovo ishodište vidi u usvajanju mitologije univerzalnog menstrualnog tabua. Tegobe su, prema tome, izraz specifičnog konflikta između ženine povećane seksualne potrebe i emocionalnosti u toku menstruacije, i njenog pounutrenog uverenja da je upravo u tom periodu ona manje vredna, pa čak i nečista. Osim toga, za razliku od Frojda, prema kome su menstrualni tabu nametnuli muškarci zbog toga što žena koja krvari budi u njima strah od kastracije, Paula Vajdeger smatra da je ovaj tabu izraz muškarčevog straha da neće moći da odgovori ženinim povećanim seksualnim zahtevima. To, praktično, znači da je svoju nesigurnost muškarac transformisao u ženinu manjkavost. Inače, s obzirom na duboku ukorenjenost menstrualnog tabua (ne samo u takozvanim primitivnim kulturama gde postoje posebne kolibe u koje se žena zatvara za vreme menstruacije i gde se smatra da menstrualna krv šteti muškarcima – mogu, navodno, da pri pogledu na nju naprasno osede – nego i u takozvanim civilizovanim sredinama gde se, tipično, zaključuje da zbog tog "periodičnog hormonalnog disbalansa" žena nije sposobna za obavljanje ozbiljnih menadžerskih poslova), Paula Vajdeger predlaže ženama da, jednostavno, "prisvoje" menstruaciju. Između ostalog i stvaranjem nove kulture. U okviru ovoga, jedan od lepih i inventivnih predloga je da se, umesto čestog psihičkog šamara koji danas zamenjuje onaj, nekada uobičajeni, fizički šamar majke kćeri, povodom prve menstruacije organizuje vesela proslava. Vidi: Weideger P., Menstruation and Menopause: The Physiology and Psychology, the Myth and the Reality, Alfred Knopf, inc., New York, 1976.

stupaju ženine obznanjene nepouzdanost i fragilnost, opterećene još i ubeđenjem da je njihova osnova upravo onaj deo ženskog organizma u kome se (po redukcionističkim stanovištima kartezijske provenijencije) porođaj i odvija.

Samim tim pak, u okvirima mašinske logike, počinje da dominira atmosfera stalno pretećega "kvara". A šta je tu, onda, prirodnije od potrebe za stalnom kontrolom, pa i intervencijama kojima se proklamovani porođajni deo žene-mašine nadzire, održava u pogonu ili požuruje, a u slučaju težih problema i potpuno isključuje.

I tako, sa svojim specifičnim alatima, kao "neophodni" vršioci intervencija i kontrolori, na scenu stupaju - porođajni "mehaničari".

Isprva, u vreme inaugurisanja kartezijske paradigme, to su berberi-hirurzi koji, kao članovi posebnih gildi, imaju isključivo pravo na korišćenje instrumenata. Njihov se učinak svodi na intervencije u beznadežnim okolnostima: na carski rez (posle koga je porodilja obično umirala) ili komadanje ploda u utrobi žene i izvlačenje njegovih delova⁵. Po uvođenju forcepsa pak, specijalnih klešta za vađenje ploda, opseg kontrole porođajnih mehaničara se naglo povećava da bi danas, razvojem akušerske tehnike i tehnologije, u najdoslednije izvedenim modelima poprimio totalitarne razmere.

Porođaj, naime, biva eksproprisan. Njegov akter postaje porođajni mehaničar, a sama žena nad njime u toj

⁵ Prema podacima za Britaniju i Irsku, prvi carski rez posle koga su preživele i majka i beba uradila je jedna žena. To je bila Meri Daneli (Mary Dunally), nepismena babica iz Irske. Vidi: Rothman Katz B., *Awake and Aware, or False Consciousness: The Cooption of Childbirth Reform in America*, U Romalis S., ed., *Childbirth*, University of Texas, Austin. 1981, str. 157.

meri gubi kontrolu da zapravo ne rađa, nego biva porođena⁶.

Tako, umesto ženinog snažnog ličnog i seksualnog izraza, porođaj postaje neutralna medicinska procedura.

⁶ U skladu sa ovom izmenom sadržaja uloga, naravno, menja se i odnos prema njihovim nosiocima. Tako, na primer, dok Ile iz Severne Rodezije (a i pripadnici mnogih drugih naroda) sva čestitanja, zahvalnost i pohvale upućuju ženi koja je rodila, u SAD (a često i kod nas) akušer kaže: "Ja sam porodio (gospodu) NN"; a muž i porodica će se pre zahvaliti njemu nego porodilji. Vidi: Newton N., Newton M., *Childbirth in cross-cultural perspective*, u Howells (ed.), *Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics*, Oliver and Boyd, London, 1972. str. 155.

UPODOBLJAVANJE

Kontrola nad porođajem je jedan od važnih izraza ženine autonomije s obzirom da se radi o prelomnom procesu, i što se tiče ženinog društvenog statusa, i što se tiče ženinog ličnog razvoja.

Osim toga, porođaj je proces iza koga je velika unutrašnja snaga, snaga koja je usmerena ka ekstatičkom, pa i orgastičkom razrešenju u samom trenutku rađanja.

Da bi se proveo koncept tela-mašine, međutim, neophodno je da se nekako blokiraju oba ova, međusobno prožeta i potkrepljujuća, životonosna entiteta.

Naravno, ni autonomija, a ni snaga životnosti, nisu kategorije koje se lako stavljaju pod kontrolu. Otuda, i u slučaju porođaja, njihova blokada nije izravna nego se uspostavlja posredno, putem suptilnog procesa upodobljavanja.

Najopštije uzevši, ovo se upodobljavanje provodi specifičnim paradigmatiskim mehanizmima.

Na prvi pogled, ovi su mehanizmi izvedeni iz zdravorazumskog tumačenja žene i porođaja. Osim toga, njihov oslonac i pokriće je ortodoksna medicinska nauka koja je, kao ozvaničeni tumač ljudskih bioloških procesa, opuno moćena i za kulturalnu kodifikaciju svih čovekovih funkcija.

“Kvaka” je, međutim, u tome što su i zdrav razum, i medicinska nauka, kulturalne konstrukcije i što proizvodnjom i zdravorazumskih, i naučnih činjenica, dominira skriveni program interesa i od njih zavisnih stručnih i moralnih postulata.

1. PROIZVODNJA STRAHA

Generalni mehanizam upodobljavanja je proizvodnja straha od porođaja.

Ovaj strah, u našoj kulturi, najvećma proizvodi ortodoksno akušerstvo, koristeći se funkcijom označitelja po svim pitanjima trudnoće i porođaja.

Proizvodnja straha, naravno, nije eksplicitna i neposredna. Zastrašivanje baš ne liči medicinskoj profesiji a, osim toga, ortodoksni je akušerskim poslenicima veoma dobro poznato da strah može da ima nepovoljan uticaj na tok porođaja, pa se često može čuti (a i pročitati u akušerskim priručnicima) da je porođaj, u principu, normalan, odnosno fiziološki događaj koji se u većini slučajeva odvija sasvim spontano.

Ovo se stanovište o normalnosti, međutim, može svesti na puku deklaraciju jer, sa iste strane koja proklamuje fiziološku prirodu porođaja, indirektno, ali veoma dosledno i istrajno, ukazuje se na njegovu posve drugačiju prirodu: uzgrednim primedbama, snažnim neverbalnim porukama, savetima i uputstvima koji se posebno naglašavaju, a onda i onim što se izostavlja.

Tako, na primer, tvrdi se da je "sve dok se porođaj ne završi, mudro smatrati da on *ne mora biti normalan*"⁷.

Ovim na izgled zdravorazumskim, pa i brižnim stano-
vištem (čije se znatno "tvrđe" verzije mogu čuti od mno-
gih akušera) poručuje se zapravo da je *svaki porođaj, sam
po sebi, potencijalno patološko događanje*.

Time se podrazumeva da porođaj treba da se odvija
samo u definisanom medicinskom kontekstu, to jest, *pod
nadzorom lekara*.

Porođaj tako, umesto ženinog ličnog doživljaja, po-
staje *usluga koju obezbeđuje medicina*.

Medicina se, opšte je poznato, *bavi bolestima*.

Za porođaj su, dakle, *nadležni eksperti čija su spe-
cijalnost patološki poremećaji*.

S obzirom na rizičnost, optimalno je da se *pod njihovu
kontrolu stave sve porodilje*.

Zbog toga se one *sve i hospitalizuju*.

Bolnica je *krizna institucija*.

Tu postoje mogućnosti da se reaguje na svaku
problematičnu situaciju...

Poruka po poruka, tako, i u svesti porodilja – uz pod-
krepljivanje još mnogo čime što se kulturalno, a i lično,
nadovezuje i podrazumeva – porođaj postaje opasna devi-
jacija. Duboko biva potisnuta njegova slika kao prirodnog
procesa koji se odvija kod zdrave žene i gde je podrška
potrebna, ali samo iznimno u vidu medicinskih inter-
vencija. Umesto nje, pak, u prvi plan istupa inherentna
rizičnost, pa samim tim i neizvesnost u pogledu ishoda.

Jasno, insistiranje na prirodnosti porođaja uz njegovo
istovremeno tretiranje kao ozbiljnog zdravstvenog proble-
ma jeste krajnje nekonzistentno. Ipak, ortodoksno akušer-
stvo ne odustaje ni od prvog, ni od drugog stava. Očigled-

⁷ Barwin B. N., Dempsey A., Ivey B., Labour: When to Worry, Canadian
Medical Journal, 1978. Vol. 118, (February 4), str. 292-294.

nu nekonzistentnost, pak, pokušava da prevlada putem
dva osnovna objašnjenja.

Prvo su – komplikacije.

Pod komplikacijama se podrazumevaju nepredvidiva
odstupanja od uobičajenog toka porođaja. Prema akušer-
skim tvrdnjama, naime, upravo one čine rizičnim svaki
porođaj jer se mogu javiti kod bilo koje porodilje, bilo
kada, i bez prethodne najave, a mogu imati pogubne po-
sledice ukoliko izostane hitna intervencija eksperata.

Proizvodnja se straha dakle i ovde nastavlja s tim što,
uz neočekivanost, naročito obespokojavajuće deluje već i
samo pominjanje komplikacija pošto se, kao najčešće,
predočavaju: jako krvavljenje, pupčanik oko vrata, beba
koja ne diše, iznenadna žutica...

Stvari, međutim, izgledaju drugačije ako se uzme u
obzir nešto što ortodoksija sistematski izostavlja, upravo
u vezi sa komplikacijama. Naime, komplikacije porođaja
su neočekivane tek ako se (po uzansama ortodoksnog me-
dicinskog modela) svedu na iznenadno otkazivanje bio-
loških funkcija shvaćenih kao nekakvih mašinskih meha-
nizama. Ukoliko se, pak, razmatraju uz uključivanje so-
cijalnog i psihološkog konteksta, onda se ispoljavaju kao
logična posledica čitavoga sleda događanja, proizašlih iz
interakcije ličnih svojstava porodilje i okolnosti pod ko-
jima se ona porođa.

Margaret Mid (Mead) i Najls Njutn (Niles Newton)
su na primer, u svojoj analizi niza antropoloških istra-
živanja trudnoće i porođaja, zaključile da su u kulturama
gde se na porođaj gleda kao na normalno iskustvo koje se
odvija u poznatoj sredini i porođaj i rađanje netrauma-
tični i bezbedni, dok je u kulturama gde su žene uslov-
ljene da na porođanje gledaju kao na negativno iskustvo –

porodaj i duži, i teži⁸. Prema istraživanjima Monike Lukeš (Lukesch), zatim, za zdravlje su novorođenčeta bila bitna osećanja koja je majka prema njemu gajila dok još nije bilo rođeno. A sličan je i zaključak Gerharda Rotmana (Rottmann) prema kome su lakše porođaje i zdraviju decu imale žene koje su u toku trudnoće i svesno i podsvesno prihvatale svoje dete, za razliku od žena koje dete nisu želele ili su prema njemu imale ambivalentne stavove, i čija su deca bila manje težine i češće se rađala pre vremena. Denis Stot (Stott) osim toga, po izučavanju 1300 dece i njihovih porodica, procenjuje da je u slučaju poremećenih odnosa roditelja rizik da će dete biti ugroženo na porođaju 273% veći nego kada se radi o porođilji čijom vezom sa partnerom dominiraju sigurnost, pažnja i nega⁹. Frederik Nep (Knapp), isto tako, napominje da su, među testiranim psihološkim faktorima, na produženje porođaja najvećma uticali stav porođilje prema materinstvu, njen odnos sa partnerom kao i strahovi i brige¹⁰. Dok Gejl Piterson (Gayle Peterson) i Luis Mel (Lewis Mehl) saopštavaju da su se za predviđanje grupe žena kod kojih se mogu javiti komplikacije tokom porođaja, u populaciji koju su ispitivali, visoko značajnim pokazali: stav prema porođajnom bolu, anksioznost, poštovanje sebe kao žene, napetost između partnera, sklonost ka zavisnosti, način reagovanja partnera na ženinu zabrinutost zbog porođajnog bola, veština razrešavanja konflikata sa partnerom, partnerovo saučes-

⁸ Mead M. and Newton N., *Cultural Patterning of Perinatal Behavior*, u Richardson S. A. i Guttmacher A. F., (eds.), *Childbearing: Its Social and Psychological Aspects*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1967, str. 142-244.

⁹ Istraživanja Monike Lukeš, Rotmana i Stota podrobno se navode u Verny T., Kelly J., *The Secret Life of the Unborn Child*, Sphere Books Limited, London, 1982, str. 32-37.

¹⁰ Knapp F. T., *Some Psychologic Factors in Prolonged Labour Due to Inefficient Uterine Action*, *Comprehensive Psychiatry*, 4:9-17, Feb. 1963.

tvovanje, seksualno zadovoljenje, način prihvatanja pomoći, međusobna ljubav sa partnerom. Što se pak tiče stanja novorođenčeta neposredno po rođenju (izraženog Apgar skorom) značajnim su se pokazali: osećaj uspešnosti u stvaranju doma i porodice, način reagovanja partnera na ženinu zabrinutost zbog porođajnog bola, seksualno zadovoljenje, načini pružanja podrške i pomoći, partnerovo saučestvovanje, način poimanja sebe same, prilagođenost u odnosu na partnera, postojeći stresovi, prepoznavanje sopstvenih osećanja, napetost u odnosu na partnera, seksualna prilagođenost u vezi sa partnerom¹¹.

Naravno, sve su navedene varijable samo naznake životnih procesa koji su suviše duboki i složeni da bi mogli biti u potpunosti obuhvaćeni. Osim toga, nijedna se među njima ne može potpuno izdvojiti od drugih i posmatrati sama po sebi. Ali svejedno, i kao takve, one ukazuju da (kada je reč o komplikacijama) nepredvidivost i neočekivanost nisu nekakve apriorne kategorije nego su, pre svega, rezultat redukcionističkog pristupa.

Drugo, takođe često objašnjenje nekonzistentnosti akušerske fraze sa jedne, i akušerske prakse sa druge strane – poziva se na podatke zdravstvene statistike.

Ukazuje se naime da je, uz svu prirodnost porođaja, upravo usmerenost akušerstva na krizu, odnosno na mogućnost da kod svake porođilje dođe do ozbiljnih komplikacija, dovela do znatnog smanjenja smrtnosti i novorođenčadi i porođilja.

Implicitno, ovim se uzgred poručuje da porođaj nosi sobom smrtnu opasnost te da nju umanjuju tek medicinski nadzor i intervencije.

¹¹ Peterson G. and Mehl L., *Cesarean Birth; Risk and Culture*, Mindbody Press, Berkeley, 1985, str. 461-534.

No, i ovaj argument stoji na prilično klimavim temeljima. Po sredi je, naime, logička greška, nastala usled isključivog oslanjanja na princip "post hoc, ergo propter hoc".¹²

Tačno je, naravno, da su i smrtnost novorođenčadi i smrtnost porodilja znatno smanjene od kako se većina žena porađa u bolnicama. Tom smanjenju, međutim, nije baš nešto naročito doprinela ni gotovo stoprocentna hospitalizacija porodilja. Odlučujuću su ulogu odigrali drugi faktori: viši životni standard, bolja ishrana, manji broj porođaja (naročito u žena koje pripadaju rizičnim grupama), a i činjenica da su žene, u velikom broju, uspostavile kontrolu nad svojom plodnošću.

Ključni uticaj uslova u kojima živi porodilja, inače, nedvosmisleno je, još 1932. godine, utvrdio Komitet za porođajni morbiditet i mortalitet Ministarstva za zdravlje Velike Britanije¹³. A da je ishod porođaja pre svega odraz društvene situacije i raspodele bogatstva, potvrđuju i upečatljive razlike maternalnog i perinatalnog mortaliteta različitih društvenih klasa¹⁴. U Velikoj Britaniji na primer, jednoj od retkih zemalja gde se pokazatelj zdrav-

¹² "Posle ovoga, dakle, zbog ovoga" - pogrešno zaključivanje pri kome se o uzročnoj povezanosti dve pojave zaključuje na osnovu toga što jedna prethodi drugoj.

¹³ Chamberlain G., Davis D. R., Elliot K., Fells C., Hillier S., *Childbirth Today*, Council for Science and Society, London, 1980, str. 15.

¹⁴ Maternalni mortalitet je smrtnost žena usled komplikacija trudnoće i porođaja. Izražava se stopom koja označava broj umrlih žena usled komplikacija trudnoće i porođaja u odnosu na ukupni broj porođaja u određenom vremenskom periodu. Pojam perinatalni mortalitet odnosi se na mrtvorodenu decu i novorođenčad umrlu u toku prve nedelje života. Praktično se inače, kao pokazatelj zdravstvenog stanja stanovništva, češće koristi mortalitet odojčadi. On se izražava stopom koja označava broj umrle dece do navršene godine dana starosti, u određenom vremenskom periodu, a u odnosu prema određenom broju živorođene dece. Vidi: Savić D., Jakovljević D., *Socijalna medicina*, Institut za stručno usavršavanje i specijalizaciju zdravstvenih radnika - Beograd, Institut za zdravstvenu zaštitu - Novi Sad, Beograd, 1971, str. 65-69.

stvenog stanja mogu pratiti prema društvenom statusu, četiri puta je veća verovatnoća da će dete izgubiti žena niskog socijalnog položaja u odnosu na ženu koja pripada sloju na suprotnom kraju društvenoekonomskog spektruma¹⁵, dok je maternalni mortalitet dva puta veći kod pripadnica pete, u poređenju sa pripadnicama prve i druge klase¹⁶. Isto tako, u svom istraživanju perinatalnog mortaliteta "primarnu važnost socijalnoekonomskih faktora" utvrđuju i Doneli (Donnelly) i saradnici¹⁷, a Meri Drilajn (Mary Drillien) ističe da su kod žena niskog socijalnoekonomskog statusa znatno češći još i prevremeni porođaji¹⁸.

Sličnih podataka i rezultata istraživanja koji osporavaju, pa i razobličavaju skriveni program ortodoksnog akušerstva ima, naravno, još¹⁹. Zastrašenost se, međutim,

¹⁵ Kitzinger S., *Birth at Home*, Penguin Books Ltd, Harmondsworth, 1981, str. 30.

¹⁶ Chamberlain G. et al., op. cit., str. 25.

¹⁷ Donnelly J. F., Flowers C. E., Creadick R. N., Greenberg B. G., Wells M. B., *Parental, Fetal and Environmental Factors in Perinatal Mortality*, *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Vol. 74, No 6. Decembar 1957, str. 1245-1254.

¹⁸ Drillien C. N., *Physical and Mental Handicap in the Prematurely Born*, *Journal of Obstetrics & Gynaecology of British Empire*, Vol. 6, (1959), str. 721-728. Rezultate Meri Drilajn treba posmatrati u svetlu činjenice da, prema nekim istraživanjima, preko polovine umrle novorođenčadi na rođenju teži manje od 2500 grama. Vidi: Chamberlain et al., op. cit., str. 21-22. Pored toga, longitudinalne studije ukazuju da su relativno visoke stope perinatalne smrtnosti delimično nastale i zbog grupe žena koje loše ishode svojih trudnoća stalno pokušavaju da kompenzuju novim trudnoćama. Vidi: Bakketeig L. S., Hoffman H. J., *Perinatal Mortality by Birth Order Within Cohorts Based on Sibship Size*, *British Medical Journal*, 1979, II; str. 1228-1230.

¹⁹ U SAD na primer, u vreme kada su lekari počeli da preuzimaju kontrolu nad porođajem, neinterventni pristup babica bio je bezbedniji i za porođilju i za novorođenče. U Vašingtonu je, tako, smanjivanje procenta porođaja koje su prijavljivale babice (od 50% u 1903., na 15% u 1912. godini) koincidiralo sa povećanjem smrtnosti odojčadi. Takođe, dok je između 1914. godine stopa smrtnosti odojčadi za Njuark (Newark) iznosila 8,5 na hiljadu živorođene dece, u Bostonu, u to vreme po mnogo čemu sličnom gradu, ali u kome je rad babica bio zabranjen, stopa

i dalje nesmetano proizvodi i održava. Njen glavni zaštitni bedem, pri tom, jeste princip da sve što nije u saglasnosti sa oficijelom konceptom biva marginalizovano, a potom zaboravljeno ili zanemareno. Tu su, dabome, i istovrsne poruke i pritisci kulturne sredine kojima se uspostavljeni krug straha nadograđuje i popunjava.

I, šta biva kad u njega dopadnu porodilje?

S obzirom da nemaju sopstvenog stručnog uporišta te, kao pripadnice potlačenog društvenog sloja, ni naviku, ni usmerenost da osporavaju postulate vladajućeg oblika života, one prihvataju poruke zastrašivanja i interiorizuju strah od porođaja.

Ovaj strah, dalje, biva povećan i bujanjem fantastičnih priča o tome šta se sve događa u porodilištima, iza bolničkih zidova.

Negativna iskustva, zatim, (pa i primeri užasa) prenošenjem od usta do usta uklapaju se u mitološko nasleđe iz vremena kada se, zbog rahitičnih promena karlica, tragično okončavao veliki broj porođaja, a i iz vremena kada je u bolničkim porodilištima harala puerperalna sepsa²⁰.

Nastalo okruženje, konačno, sužava percepciju i smanjuje i postojeću snagu i mogućnosti otpora tako da

mortaliteta odojčadi bila je 36,4. Vidi: Katz Rothman B., *Giving Birth*, Penguin Books Ltd, Harmondsworth, 1984, str. 41-42.

²⁰ U atmosferi današnje ubeđenosti da je oficijelna procedura porođaja zasnovana na nauci i da je, prema tome, u principu neupitna, nije zgoroga podsetiti se da su svojevremeno puerperalnu sepsu (opštu infekciju babinjare, kod nas poznatu kao trovanje krvi) prenosili upravo akušeri i da im je da to ustanove trebalo više od četrdeset godina. Jednostavno, i pored izričitih tvrdnji i opomena njihovih kolega "Ignaca Semelvajsa (Semmelweis), Tomasa Votsona (Watson) i Olivera Vendela (Wendel) - nisu mogli da poveruju da oni mogu da štete porodiljama. Vidi: Klosterman G. J., *The Universal Aspects of Childbirth; Human Birth as a Socio-psychosomatic Paradigm*, Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, Vol. 1, No 1, 1982, str. 35-43.

mnoge porodilje, u različitoj meri i na razne načine, bivaju "paralisane".

Nekada su, pak, toliko blokirane da i njihova sopstvena tela prestaju da im pružaju osećaj sigurnosti preobraćajući se u izvoriste novih sumnji i novih neizvesnosti, pa tako i dodatnog straha.

2. SPOLJAŠNJA BLOKADA

Spoljašnja blokada je sledeći bitan element koji služi za upodobljavanje žena koje su počele da se porađaju.

Strah, naime, ne mora da poništi autonomne težnje porodilja. Njihova životonosna snaga, pak, može da izmakne zamkama zastrašivanja. Stoga se porodilje i zatvaraju u sredinu koja ih specifičnim, totalnim uticajem dalje sputava, uvećavajući pri tom moć njihovih manipulatora.

Ovaj dvostruki efekat postiže se simultanim uticajem niza faktora karakterističnih za bolnička porodilišta.

Osnovni faktor spoljašnje blokade proističe iz činjenice da je bolnica, za porodilju, nepoznata sredina, daleko od prisne (ili bar poznate) atmosfere njenoga doma. Porodilja je tu okružena prostorom, ljudima, zvucima, predmetima, jezikom, mirisima, koji su joj strani, koji je u najmanju ruku navode na oprez, ako ne i na neke opsežnije samoograničavajuće reakcije.

Dolaskom u bolnicu, zatim, žena koja se porađa stupa na tuđu teritoriju. Samim tim, primorana je da se potčini propisanoj verziji realnosti, a to znači režimu koji je unapred ograničava jer ga, u skladu sa sopstvenim potre-

bama i interesima, proizvodi, reguliše i kontroliše medicinsko osoblje koristeći se raznim lokalno specifičnim mehanizmima i podobnostima.

Poseban deo tog režima je rigidna procedura.

Ulaskom porodilje u bolnicu, naime, prekida se tok njenih manje ili više specifičnih aktivnosti koje se u svakodnevnim okolnostima odvijaju haotično, gotovo same po sebi, i upravo kao takve imaju važnu zaštitnu i stabilizujuću ulogu u stresogenim situacijama. Za ovu vrstu aktivnosti, jednostavno, nema više uslova; ili, bolje rečeno, nema dozvole; jer, porodilja se namah "priključuje" na svojevrsnu pokretnu traku gde su pravila ponašanja određena kalupima propisane tehnologije, a ne njenim željama ili zahtevima, njenim planovima, name-rama ili potrebama. Ovi izrazi lične autonomije ometali bi vođenje porodilje "jedinim ispravnim putem" (a to znači kroz propisani sled intervencija) te se stoga "isključuju" ili, bar, maksimalno ograničavaju²¹.

Propisanom tehnologijom, osim toga, porodilja se "vezuje" za krevet. Vezuje se, dakako, ne samo "prikačijanjem" za razne aparate i pomagala ili pak tehnikom izvođenja pripremnih, dijagnostičkih ili terapijskih procedura nego i psihološki. Samom ulogom koja joj je dodeljena, naime, neprestano joj se ukazuje kako je nemoćna pa i bolesna, tako da je logičan zaključak kako je ležanje njen najprirodniji položaj.

Blokadu postignutu vezanošću porodilje za krevet još većma naglašava gubitak privatnosti. Porodilja je, naime, neprekidno izložena nenajavljenim i samopodrazumeva-jućim povredama svog ličnog prostora tako da, praktično,

²¹ Prema nekim autorima, održavanje rigidne procedure je pre svega potrebno medicinskom osoblju. Njome se, nekako, ublažava sistemska anksioznost koja je, inače, karakteristična za ambijent porodilišta. Samim tim, pak, pospešuju se i sigurnost i samopouzdanje babice i lekara. Peterson G. and Mehl L., op. cit. str. 567-569.

nema kontrolu nad sopstvenim telom a to izravno znači da joj se, u situaciji kad nema kuda da se skloni, oduzimaju i ono najosnovnije uporište i zaštita.

Daleko suptilniji vid spoljašnje blokade, potom, ali ne manje poguban po samoodređenost i slobodu delovanja porodilje, jeste dinamika njenih odnosa sa bolničkim osobljem, pogotovo sa lekarima. Ova se dinamika, naravno, odvija u skladu sa nazorima šireg kulturnog konteksta gde se, snažnim pritiscima (veoma često i interiorizovanim), obezbeđuje pokornost prema profesionalnom autoritetu uopšte. Moć medicinskih poslenika i nemoć na njih upućenih porodilja, međutim, proizvodi se i "na licu mesta", i to transakcijama koje nisu samo medicinske prirode.

Komentarišući rezultate svog istraživanja, na primer, Sandra Klajn Danciger (Klein Danziger) navodi da medicinski poslenici jasno nastoje da uspostave kontrolu nad "socijalnim procesom porađanja"²². U tu svrhu, služe se rutinizovanim transakcijama koje se, bez obzira da li se radi o lakom porođaju ili porođaju koji je okončan carskim rezom, i po stilu i po sadržini veoma malo razlikuju. Njihova je osnovna orijentacija – isključivanje porodilje. Porodiljina potreba da bude obavještena, pak, kao i da joj se objasni šta se sa njom događa, uglavnom se zanemaruje, a štošta se i posebno prikriva²³. Od same se porodilje, zatim, retko traže informacije. Osoblju ostaje

²² Danziger S. K., Treatment of Women in Childbirth; Implications for Family Beginnings, American Journal of Public Health, September 1979, Vol. 69, No. 9, str. 895-901.

²³ Karakteristično je da se uskraćivanje ove vrste informacija obično pravda racionalizacijom prema kojoj takozvani laici ne mogu da razumeju stručna objašnjenja. Žene koje se porađaju, međutim, kao uostalom i druge ljude koji su potražili ortodoksnu medicinsku pomoć, ne interesuju tehnički detalji. One, većinom, žele da im se objasni šta se očekuje s obzirom na dijagnozu koja je postavljena, odnosno postupak koji se planira ili je već primenjen.

nepoznato šta ona oseća, kao da je to potpuno nevažno za tok porođaja. Porođilja ne učestvuje ni u donošenju odluka. Naprotiv. Potkrepljuje se njeno smerno i poslušno reagovanje. A ukoliko zatraži nešto što ne spada u uobičajenu proceduru, to se ne uzima ozbiljno. Eventualno se odgovori neodređeno, a sam se zahtev, potom, sasvim zanemaruje²⁴.

Spoljašnju blokadu, konačno, upotpunjuju razni oblici kažnjavanja.

Na prvi pogled, porođilja biva kažnjena iz različitih razloga: zbog nastojanja da sudeluje u donošenju odluka (ove se odluke, naravno, upravo na nju i odnose), zbog pokušaja da sebi nešto olakša, zbog nedovoljno brzog reagovanja na date naloge, pa i zbog iskazivanja nekih osećaja i osećanja. U suštini, međutim, svuda se radi o istom prekršaju: doveden je u pitanje propisani red, jer je porođilja izašla (ili je pokušala da izađe) iz ustanovljenog stereotipa pasivnosti i pokoravanja.

Ovaj je stereotip određen nepisanim, a nekad i teško dokučivim pravilima i preporukama. Ali, bolničko osoblje nepogrešivo prepoznaje svako "iskakanje" iz njegovih okvira. Etalon koji se pri tom koristi, pak, jeste subjektivna ocena babice ili akušera da je osporen njen, odnosno njegov autoritet premda je, zapravo, samo smanjena njena, odnosno njegova kontrola²⁵.

Kazne su, dakako, razne: od patronizirajućih i/ili seksističkih opaski o ženskoj prirodi, pa do izravnog fizičkog nasilja.

²⁴ Danziger S. K., op. cit.

²⁵ Represivno ponašanje bolničkog osoblja, naravno, ishodi i iz dubljih razloga. Babice su, na primer, nekada brutalnije od lekara ali njihovi postupci, bar delom, mogu da budu izraz njihove povređenosti nasiljem kojem su i one same podvrgnute, budući da je, u bolničkom okruženju, njihov status tek nešto viši od statusa porođilje.

Posebnu težinu, međutim, ima moć lekara da kažnjavaju dijagnozom. Pri tom se, zbog posebne pogodnosti (a verovatno i zbog empirijski ustanovljene efikasnosti), naročito često koriste dijagnoze koje ukazuju da je porođilja koja se ne "uklapa", zapravo, poremećene ličnosti.

Na udaru su pogotovu žene koje bi da se drugačije porođaju.

U časopisu American Journal of Obstetrics and Gynecology, na primer, Dr Flojd Sterling Rodžers (Floyd S. Rogers) piše da ga je "kliničko posmatranje dovelo do ubeđenja kako postoji određena grupa pacijentkinja kod kojih se u priličnoj meri ispoljava psihoneurotski ili psihotični faktor; to su one žene koje su opsednute idejom prirodnog porođaja"²⁶.

Slično tome, u knjizi "Izazov porođaja: zdravorazumski naspram prirodnih metoda", Filding (Fielding) i Bendžamin (Benjamin) pišu da prirodni porođaj traže žene koje ili žele nešto da "dokažu", ili su granični neuropsihijatrijski pacijenti. Prema ovim autorima, "među psihijatrima još uvek nema saglasnosti o tome šta te poremećene žene traže u 'prirodnom porođaju'. Neki kažu da je to dokaz ženstvenosti, a neki da su ove žene u potrazi za osvajanjem moći ili psihološke muškosti".

²⁶ Primera kakvi su ovaj i još dva koji slede, dakako, ima još. Tipično je, tako, mišljenje Dr Roberta Stjuarta (Stewart) koji pišući o želji žena da porođaju prisustvuje i otac deteta zaključuje da "nije strah taj zbog koga žena želi da njen suprug prisustvuje porođaju, već samo bazični sadistički instinkti. Ona zapravo želi da svoga supruga prisili da shvati šta je uradio njenom telu, da shvati kakvu sve patnju ona može da izdrži, te da se usput ona sama iskaže i moćnijim polom." Debora Tancer (Tanzer) koja navodi ove primere, inače, ispitujući anksioznost, sigurnost i koncepte selfa, zaključila je da između žena koje "biraju" i žena koje to ne čine - nema značajnih razlika. Vidi: Tanzer D., op. cit., str. 84-89.

Ovim se mišljenjima pridružuje i Dr Hari Vajnstok (Harry Weinstock), psihijatar koji smatra da je za porođilju koja traži prirodni porođaj tipično da je oduvek bila gladna moći i dominacije, ali je u životu imala malo mogućnosti da smiri taj svoj apetit. "Porođilja - prema ovom stručnjaku - predviđa da će doživotna rana koju oseća, rana što nije bila dečak, biti paradoksalno isceljena time što će dobiti dete. Otuda je ona agresivna, i u prirodnom porođaju ne traži toliko materinstvo koliko moć koja joj je oduvek nedostajala".

No, uz svu apsurdnost i ponižavajuće efekte celog ovog kaznenog dijapazona kojim raspolaže medicinsko osoblje, u totalnom okruženju porođilišta možda najteže pada kazna koja dolazi od strane drugih porođilja. "Neposlušna" porođilja, naime, ne može da računa ni na podršku žena sa kojima deli iste nevolje; jer, s obzirom na stalno podkrepljivanje submisivnosti, upravo je sa njihove strane, veoma često, izložena pravom barazu raznih neprijateljskih reakcija.

3. UNUTRAŠNJA BLOKADA

Zastrašenoj i skoljenoj porođilji u bolničkom se okruženju ne ostavlja ni poslednje moguće прибежиште: pod blokadu se stavlja i sam njen unutrašnji svet.

Mehanizam putem koga se uvodi ovaj vid blokade poznat je kao "dvostruki spreg" (double bind)²⁷. Njime

²⁷ Dvostruki spreg (kod nas se prevodi i kao dvostruka veza) podrazumeva specifičnu komunikaciju dve ili više osoba od kojih je jedna u poziciji žrtve, jer je suočena sa dva seta poruka koje se međusobno isključuju.

se veoma delotvorno sapinju i snaga životnosti i autonomija, pa je stoga i logično što u tipičnom bolničkom porođilištu takozvana situacija dvostrukog sprega dominira odnosom koji se uspostavlja sa porođiljom.

U odnos određen situacijom dvostrukog sprega, inače, porođilju nije potrebno ni nagoniti, ni nagovarati. Ona u njega, sama, hrli.

Porođilji je, naime, od vitalne važnosti da precizno protumači poruke bolničkog osoblja. Shodno tome, ona teži odnosu koji je veoma intenzivan. Sva je usredsređena da uspostavi što bolju komunikaciju, da što tačnije utvrdi šta joj se poručuje kako bi mogla da što adekvatnije odgovori. Svim tim, međutim, sama se i zapegljava. Jer, ulazeći u komunikaciju oblikovanu po meri bolničkog osoblja, zapada u mrežu međusobno opovrgavajućih poruka.

Međusobno opovrgavanje poruka bitnih za porođilju počinje već od opšteg okvira porođaja, određenog dvostrukom ulogom nadležnih medicinskih poslenika. U ulozi tumača materinstva kao institucije, tako, ovi poslenici o porođaju govore u hvalospevima: kao o ispunjenju poslanja žena, kao o najpotpunijem izrazu ženskosti, kao o ključnom doprinosu žene Porodici i Naciji. U ulozi kontrolora porođanja kao lične i društvene tranzicije, međutim, isti nadležni svode porođilju na status medicinskog problema.

Normativno, zatim, sa jedne se strane govori kako "uspešan porođaj zahteva zdravu ličnost, ženu sa jakim egom... koja je smela, misaona, neinhibirana i spontana... koja zna kako da ispuni svoje životne ciljeve i po-

Drugi od tih setova (takozvana sekundarna naredba) sa onim prvim se kosi na višem, apstraktnom nivou i obično je neverbalne prirode. Bateson G., Jackson D. D., Haley J., Weakland J. N., Ka teoriji šizofrenije, Gradina, God. XVIII, broj 10-11, str. 73-91.

trebe..."²⁸. Praktično, međutim, s obzirom da su u bolničkom porođištu reč i volja osoblja više nego zakon, jedini ispravan stav porodilje je pokornost. Porodilja za koju se eufemistički (ali, sa stanovišta osoblja, afirmativno!) kaže da "sarađuje", zapravo je sputana, pasivna i zavisna²⁹.

Ovo uzajamno negiranje prakse i norme već je dovoljno ozbiljno, ali nije i presudno. Prava unutrašnja blokada pak, po tipu dvostrukog sprega, nastaje onda kada se poruke koje se međusobno opovrgavaju upućuju u okviru iste interakcije i to, praktično, u isto vreme. A upravo to je specifična karakteristika tri komunikaciona seta koji čine osnovu odnosa porodilje i akušerskog osoblja.

Prvi od ovih setova ishodi iz toga što u centru pažnje ortodoksnog akušerskog pristupa nije porodilja, nego porođaj kao tehnološka procedura. Samim tim, osnovni je prioritet svakog akušerskog poslenika da utvrdi da li postojeći simptomi variraju u okvirima uobičajenih granica, ili poprimaju karakteristike klinički signifikantnih poremećaja³⁰.

²⁸ Shodno situaciji dvostrukog sprega, ove postulate (u istim rečenicama!) relativizira i sam njihov autor tvrdeći da za uspešan porođaj žena treba da "kontrolise svoje primitivne instinkte, da ostane u granicama realnosti... i da (održava) emocionalnu samokontrolu." Vidi: Pajntar M., *Psychosomatic Disturbances in the Course of Labour*, u Prill H. J. and Stanber M., eds., *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Springer Verlag, Berlin - Heidelberg, 1982, str. 445.

²⁹ Sputanost, zavisnost i pasivnost su, dakako, osnovni elementi takozvane ženstvenosti. A da upravo ovakva ženstvenost ne odgovara situacijama poput porođaja, ukazuje i studija Dajane Brin (Breen) prema kojoj su, u svom porođaju, najviše uživale i najviše učestvovala baš žene koje su (u odnosu na tipizirani kulturni kalup) bile najmanje ženstvene. U poređenju sa ostalima, isto tako, one su bile najzadovoljnije i u odnosu sa svojim detetom. Vidi: Breen D., *The Birth of a First Child*, Tavistock, London, 1975.

³⁰ Uzroci ove orijentacije sežu dublje od pukih naloga usvojene tehnologije. Primat procedure, naime, uz odbacivanje porodilje u drugi plan, ishodi iz seksističkog stava prema kome je, u poređenju sa aktivnošću muškarca,

Nasuprot tome, osnovna orijentacija porodilje određena je njenim subjektivnim osećanjem neugodnosti, pa i subjektivnim osećanjem patnje. Za nju su ta osećanja neodvojiva ne samo od porođaja, nego i od nje same; tako da ona sasvim legitimno očekuje da se baš njima, pa samim tim i njoj kao takvoj, posveti dužna pažnja.

I, šta biva?

Da bi se usredsredili na proceduru, a da ih porodilja u tome ne bi ometala, medicinski se poslenici od nje distanciraju. Praktično, to znači da postaju nepristupačni i za njene subjektivne žalbe, a nekmoli za neke njene posebne zahteve.

Međutim, pošto ovakvo distanciranje nije u skladu sa opštim moralnim nazorima (pa ni sa proklamovanom medicinskom etičnošću), medicinski ga poslenici pokrivaju raznim evazivnim tehnikama: od onih kojima ukazuju na svoju izuzetnost, pa do onih kojima saopštavaju kako su prezaposleni te kako, navodno, samo zbog toga za dotičnu porodilju nemaju vremena³¹.

U još većoj meri, zatim, distanciranost medicinskih poslenika pokriva se povremenim pregledima i intervencijama putem kojih se odaje utisak nekakve njihove posebne brige. Ali i ovo se pokriće iskazuje kao polovično jer ga, u osnovi, stalno potkopava činjenica da je (u odnosu na subjektivnost porodilje) brižnost simulirana. Umesto na ličnost, naime, glavna je pažnja usmerena na tehničku proceduru.

žena kao takva - sekundarna. Vidi: Daniels A. K., *Feminist Perspectives in Sociological Research*, u Millman M. and Kanter R. M., eds., *Another Voice: Feminist Perspectives in Social Life and Social Science*, Doubleday, New York, 1975, str. 345-347

³¹ Karakteristično je da najveću distancu uspostavljaju upravo oni koji su za zdravlje porodilje i njenog deteta najodgovorniji. A koliko su ti najnepristupačniji svoju distanciranost učinili samorazumljivom pokazuje i prividni paradoks da se i najpovršnija njihova komunikacija sa porodiljom često tumači kao poseban angažman i briga.

Iz spleta ovih međusobno suprotstavljenih poruka, porodilji nema izlaza.

Prvo, ona ne može da prihvati distanciranje medicinskih poslenika jer bi je, u situaciji u kojoj joj je komunikacija neophodna, svesno prihvatanje njihove nepristupačnosti najdirektnije ugrožavalo.

Isto tako, međutim, ona to i ne sme da prihvati. Sledstveno njeno reaktivno distanciranje, naime, moglo bi da bude shvaćeno kao poruka da ona ne ceni trud osoblja, pa i kao poruka da osoblje ne brine dovoljno. A tome bi, kao što je porodilji dobro poznato iz već doživljenih situacija dvostrukog sprega, moglo da usledi kažnjavanje ili neprijatno ubeđivanje. Ovom prilikom i u vidu dodatnih medicinskih intervencija.

Sa druge strane, opet, distanciranje osoblja porodilja ne sme ni da zanemari. Ne sme, naime, da simuliranu brigu prihvati kao stvarnu. Jer, bilo kakav njen pokušaj približavanja, i bilo kakav njen zahtev za dodatnom negom (koji se inače podrazumevaju, a i poželjni su u odnosu sa nekim ko je brižan), automatski bi doveli do još izraženije distanciranosti osoblja. A to, opet, porodilja ne bi ni mogla ni smela da prihvati.

I onda, iznova, u krug...

Drugi komunikacioni set kojim se porodilja zapliće u situaciju dvostrukog sprega zasnovan je na premisi da osoblje "zna najbolje".

Naravno, u odnosu na većinu porodilja, to može da bude i tačno, ali samo kada je reč o tehničkom znanju.

Problem, međutim, nastaje zbog toga što, kao oni koji "znaju najbolje", nadležni poslenici određuju i šta porodilja - oseća.

Bolovi, tako, nisu bolovi, nego kontrakcije. Kažnjavanje (u bilo kom vidu) nije kažnjavanje, nego nešto što

se čini "za dobro" porodilje. Porodiljin ponižavajući status, pak, nije ponižavanje, nego nekakvo poželjno stanje.

Porodilja, dakako, veoma dobro zna šta doživljava. Zna to daleko bolje od osoblja, a sposobna je, pa oseća i potrebu, da svaki svoj doživljaj na odgovarajući način izrazi. Međutim, njena lična interpretacija, a pogotovo lično izražavanje doživljenog, smatraju se neprihvatljivim. Ona, tako, ne sme da jauče zbog bolova, ne sme da protestuje zbog kažnjavanja, ne sme da se bori za lično dostojanstvo u ponižavajućim okolnostima...

Šta više, porodilji nije dozvoljeno ni korišćenje metakomunikativnih nivoa. Ona, naime, ne sme da komunicira ni o komunikaciji, to jest da razjašnjava tuđe i svoje poruke³².

U okvirima uspostavljene konstelacije moći, zapravo, prostor je otvoren samo za jedno "rešenje". Antagonizam između onoga što osoblje "zna", i onoga što porodilja oseća, jednostavno se ne priznaje. A ovo se nepriznavanje "verifikuje" time što se porodilja namorava da i sebe i druge - obmanjuje.

Naime, da ne bi bila kažnjena, porodilja mora da i sebi i drugima pruža lažnu sliku o svom unutrašnjem svetu. Time se, iznutra, dalje blokira. Jer, podržavajući osoblje i njegovu poziciju moći sa jedne strane, a pokušavajući da otpiše sopstvene sudove sa druge strane, ona zapada u krajnje ozbiljnu dilemu: da li da veruje u sopstvene osećaje, ili u procene nadležnih poslenika.

Iz ove dileme, takođe, nema izlaza.

Porodilja je, naime, povećane osetljivosti tako da su njeni osećaji suviše snažni da bi se mogli odbaciti.

³² Korišćenje metakomunikativnih nivoa (oni su, inače, neophodni za pravilno opažanje "komunikacijskog ponašanja") onemogućava se, po pravilu, onda kada se nudi samo jedno, a striktno poriče svako drugo značenje određene poruke. Vidi: Bateson G., Jackson D., Haley J., Weakland J. H., op. cit., str. 83-84.

Istovremeno, međutim, ona je u toliko velikoj zavisnosti od nadležnog osoblja da im nikako ne sme neverovati.³³

Treći komunikacioni set koji, putem dvostrukog sprega, uslovljava unutrašnju blokadu porodilja ishodi iz jednog ideološkog falsifikata kojem je, po apsurdnosti, teško naći para.

Naime, dominantnim akušerskim modelom, porodilja i njeno nerođeno dete gurnuti su jedno protiv drugog. Umesto kao na celinu koja ima dosta protivrečnosti ali je u isto vreme i komplementarna, na njih se dvoje gleda kao na suparnike koji se međusobno bore u nekakvom specifičnom dvoboju.³⁴

Beba je tako, za porođilju, štetna; pa i opasna. Po porođaju se hitno uklanja "kako bi se majka odmorila". A mora se paziti da je i ne povredi pa se, stoga, pravi "preventivni" rascep makazama koje, tako, ispadaju nežnije od bebine glave.

Isto tako, porodilja je opasna za bebu. Može, na primer, da je zgñječi, pa se stoga porođaj rutinski ubrzava, a čak se i porođajna klešta smatraju blažim od porođiljine vagine.

Ova suprotstavljenost, u porodilja, pobuđuje treću nerešivu dilemu: da li da se opredeli za sebe, ili za sopstveno dete?

³³ Osim toga, i sama "bolesnička uloga" koja porođilju obavezuje da se podvrgne tehnički kompetentnoj pomoći, podrazumeva da je ona nesposobna da procenjuje tu pomoć te da u nju mora bezrezervno verovati. Vidi: Rosengren W.R., *Sociology of Medicine*, Harper & Row, Publishers, New York/ Hagerstown/ Philadelphia/ San Francisco/ London, 1980. str. 285-289.

³⁴ Porođilja i plod su međusobno suprotstavljeni zato što se trudnoća definiše sa stanovišta patrijarhalne ideologije. Tu je muškarac centar i svekoliko ishodište tako da žena (kako se to, uostalom, i kod nas često kaže) "nosi njegovo dete". Samim tim, logično je da joj se ovo dete, kao kakav uljez, tokom trudnoće, a naročito tokom porođaja, i suprotstavlja. Vidi: Rothman Katz B., op. cit., str. 275.

Ni tu, naravno, nema konačne odluke.

Najčešće, porodilja samu sebe čini taocem svojevrstne klackalice. Postaje naime raspeta između bazične potrebe za očuvanjem sopstvene fizičke sigurnosti, i svoje emocionalne opredeljenosti, odnosno iz nje izvedene spremnosti na sve rizike radi očuvanja detinje dobrobiti.

I tako, prvim, drugim i trećim komunikacionim setom dvostrukog sprega, združenim u raznim kombinacijama, unutrašnji svet porodilje biva uhvaćen u mrežu u kojoj nema oduška. Čak ni putem reaktivnih osećanja. Ali ne samo zato što je u celom kontekstu porođaja na osećanja stavljena zabrana. Sopstveno emocionalno ospoljavanje blokira i porodilja sama. Jer, ukoliko bi ispoljila strah ili srdžbu (koje situacija dvostrukog sprega najčešće i provocira) to bi značilo da sama priznaje sopstveni neuspeh.

U okolnostima zagušenih osećanja, tako, uz nemoć, nedoumicu i neizvesnost, nastaje svojevrstni vakuum. A u njega se, kao neki nadomestak iščileloj životnoj snazi i skršenoj autonomnosti, usađuje strepnja.³⁵

³⁵ Na specifičan način o strepnji porodilja piše i Seren Kjerkegor. "Da je porodilja obuzeta strepnjom, to je dovoljno poznato - kaže on... - U trenutku rađanja strepnja dostiže svoj vrhunac drugi put kod žene... Kao porodilja žena je ponovo na krajnjem vrhu jednog pola sinteze i zato duh drhti; jer on u tom trenutku nema svog zadatka, on je tako reći suspendovan." Vidi: Kjerkegor S., *Pojam strepnje*, Srpska književna zadruka, Beograd, 1970, str. 70.

OBEZLIČENJE

Porodilja koja je zakočena strahom, koja je sputana okruženjem i raspinjana protivrečnim porukama – tek je upodobljena.

To znači da je izgubila onaj svoj uobičajeni stepen autonomije, odnosno da joj je sužena kontrola nad sopstvenim svetom: i što se tiče samoodređenosti, i što se tiče slobode delovanja.

Isto tako, u upodobljene je porodilje suzbijena i životnost. A naročito ona ključna, seksualna komponenta životnosti, s obzirom da se veliki deo porodiljine životne energije, preusmeravanjem "sa periferije prema centru", kvalitativno menja i iskazuje kroz strepnju³⁶.

No, u bolničkim se porodilištima transformacija porodilje ne zaustavlja na ovome. Od upodobljenosti se ide dalje: ka depersonalizaciji.

Bitnu ulogu, pri tom, ima niz kulturalnih konstrukcija koje, putem predodređenih očekivanja, određuju percepciju realnosti, a onda i samu realnost, diktirajući i promovišući model tipizirane, pa tako i obezličene porodilje.

Među ovim konstrukcijama, jedna je od najtipičnijih ona o ženama kao o "slabijem polu", o ženskoj "prirodnoj zavisnosti, a onda i tobožnjoj potpunoj bespomoćnosti u teškim situacijama.

³⁶ Radost i zadovoljstvo, kao izraz biološke ekscitacije koja se kreće iz centra ka periferiji, ustupaju pred dominacijom kontrakcije iskazane povlačenjem u sebe, odnosno napetošću i anksioznošću. Vidi: Reich W., *The Function of the Orgasm*, World Publishing, New York, 1971, str. 234-238.

Tu je, zatim, i poimanje porodilja kao bolesnica. Time se zapravo, svakoj od njih askriptivno pripisuju uobičajeni atributi "bolesničke uloge" što posebno podrazumeva oduzimanje raznih vidova odgovornosti³⁷.

U potpunoj saglasnosti sa prvom i drugom konstrukcijom je i treća, prema kojoj porodilje nisu sposobne da donose ispravne odluke te je stoga najbolje da budu pasivne i prepuste se kontroli akušerskih eksperata.

Jedna od specifičnih konstrukcija je i posebna dinamika odnosa akušera i porodilja. Akušer je spasilac. A to, uz sve elemente pripisane mu grandioznosti, a i socijalne prihvatljivosti, znači da je, u isto vreme, i otimač lične moći porodilja. Porodilje su, pak, u poziciji "Ja nisam uredu" (I am not OK).³⁸ U toj poziciji one, u osnovi, teže da zadovolje sve oko sebe te se time i same svode na okvire zadane uloge.³⁹

U funkciji depersonalizacije je, dalje, i svođenje porodilja na nekakve aseksualne spodobе. Naime, u atmosferi bolničke sterilnosti i prividne profesionalne neutralnosti, seksualnost porodilja se redukuje na deo koji je, po mehanističkom tumačenju (!), klinički relevantan. Kao takva, seksualnost nije više lični izraz žene koja se porađa nego, svedena na svoje fizičke elemente koji se ne mogu

³⁷ Prema Tolkotu Parsonsu (Talcott Parsons), u osnovne elemente "bolesničke uloge" spadaju izuzimanje od odgovornosti koja proističe iz društvene uloge obolelog, odnosno obolele, kao i izuzimanje od odgovornosti za sopstveno stanje. Vidi: *Mechanic D., Medical Sociology*, Secod Edition, the Free Press, New York/London, 1978, str. 417-418.

³⁸ Schiff J. L., *Cathexis Reader*, Harper & Row, Publishers, Inc. New York, 1981, str. 49-54.

³⁹ Tipično je da u poziciji "Ja nisam u redu" (da bi zadovoljila nadležne akušerske poslenike i time, eventualno, od njih dobila priznanje da je ipak OK) porodilja spremno pristaje i na postupke, odnosno intervencije koje ne želi, ili ih čak smatra štetnim.

izbeći, postaje puki predmet (za sve jednako propisane) institucionalne procedure⁴⁰.

Sve ove kulturalne konstrukcije, naravno, uz psihološku, imaju i političku dimenziju.

Naime, paraleleno sa depersonalizacijom, putem njih se pospešuje i proces depotestatizacije porodilja, proces kojim one bivaju lišene snage da brane sopstveni interes.

Na taj način, nadležnim se ekspertima još većma olakšava kontrola. Jer, lišene sopstvene moći, a u situaciji u kojoj im je bekstvo onemogućeno a pomoć bliskih osoba zabranjena, porodilje veoma često zapadaju u stanje "naučene bespomoćnosti"⁴¹. U tom stanju, pak, one više ne mogu da se brinu o sebi pošto su ih ubedili da su ne samo nekompetentne, nego i da bi sve što bi one mogle lično da urade ostalo bez i malo uticaja: kako na situaciju u kojoj se nalaze, tako i na krajnji ishod porođaja.

Štaviše, mnoge porodilje osećaju kako je stanje depotestatizacije u koje su dopale – njihova prava priroda. A svoju nemoć eufemistički sagledavaju kao iskazivanje poverenja u nadležne eksperte⁴².

⁴⁰ Citirajući podatke iz niza etnografskih studija, Najls Njutn (Niles Newton) piše da seksualni aspekt porođaja opažaju pripadnici mnogih kultura, ali da u američkoj kulturi (a to znači i u zapadnjačkoj kulturi uopšte) postoji tabu pobuđivanja seksualnih osećaja u toku porođaja, kako u porodilja, tako i u onih koji u raznim funkcijama prisustvuju porođaju. Vidi: Mead M., Newton N., op. cit., str. 172-173.

⁴¹ Feldman S., *Choices in Childbirth*. Grosset & Dunlap, New York, 1980. str. 13-14. Stanje "naučene bespomoćnosti" se, inače, može razviti i u ranijim kontaktima sa akušerskim poslenicima, to jest pre ulaska u bolničko porođilište, kao što to, prisećajući se svog iskustva, piše Sjuzan Arms: "Ušla sam u bolnicu nesvesno očekujući da će mi moju bebu isporučiti doktor i njegovo osoblje... Bila sam zavisna od višeg autoriteta, da me zaštiti i od intenziteta iskustva, i od mog sopstvenog straha od nepoznatog. Vidi: Arms S., *The Immaculate Deception*, Bantam Books, Toronto, New York, London, Sidney, 1981. str. XIII.

⁴² Dakako, ceo ovaj proces depotestatizacije, odnosno gubljenja lične moći, uveliko pospešuje samonegacija žena kao potlačenog društvenog sloja, samonegacija indukovana sistematskim podirivanjem njihovog samopouzdanja.

Ekspertima se tako pruža mogućnost da, određujući osnovne konture iskustava porodilja, kao i modalitete i granice njihovog ponašanja, "kreiraju" i porodilje kao takve. A s obzirom na ortodoksnu medicinsku logiku prema kojoj je čovek tipizirani mehanički sklop, kao i ortodoksni medicinski metod prema kome je svaki pacijent tek predmet ekspertske obrade⁴³, krajnji proizvod ove "kreacije" su: porodilje-objekti.

Porodilje-objekti, bez obzira što je ključno događanje, i dalje, njihov sopstveni porođaj, mogu da imaju samo epizodnu ulogu.

One su, zapravo, svedene na nekakvu "maternalnu sredinu"⁴⁴, na telo iz kojega, kao iz kakve specijalne ambalaže, dete mora biti odstranjeno.

⁴³ Stambolović V. i sar., *Alternativna medicina*, Beograd, 1987, str. 10.

⁴⁴ Harrison M., *A Woman in Residence*, Penguin Books Ltd, Harmondsworth, 1983, str. 132.

INTERVENCIONIZAM

Porodilji – objektu, a to znači porodilji koja je učinjena nemoćnom i zavisnom te joj je time i porođaj oduzet kao lično delanje i iskustvo, nije više dovoljna primalja.

Primalja je (kako to veoma jasno ukazuje već sam koren ovog pojma) žena koja se porodilji našla da, pre svega, primi novorođenče. Njeno mesto u kontekstu porođaja, dakle, podrazumeva porodilju koja je samostalna i aktivna.

Porodilji koja je svedena na objekt, međutim – uz to objekt čiji se sklop zbog njegove ženske prirode askriptivno smatra nepouzdanim, odnosno sklon “kvarovima” – potreban je, pa i neophodan neko potpuno drugačiji: umesto osobe koja će primiti novorođenče, osoba koja će nju poroditi.

Saobrazno tome, ne samo u neposredno zainteresovanim akušerskim krugovima, nego i široko van njih, uvrežilo se ubeđenje da takozvana moderna žena, jednostavno, nije sposobna da svojom snagom i sposobnostima rodi zdravo dete.

Samim tim, pak, uvrežilo se i stanovište da je za uspešno okončanje porođaja neophodna neka fizička intervencija.

Akušerska fizička intervencija promovisana je, tako, u *conditio sine qua non* spasavanja porodilje i njenoga deteta od opasnosti indukovane porodiljinom navodnom nesposobnošću da se porodi.

Naravno, tu nije bilo mnogo razmišljanja. Niti se brižljivo tragalo za odgovorima na pitanja kao: koja je dobrobit određene fizičke intervencije? Ima li ona štetnih posledica? Da li je korisna u nekim, a štetna u drugim slučajevima? Da li za sobom povlači druge intervencije, pa samim tim i moguće dodatne komplikacije?

Glavni oslonac, a istovremeno i vodilja, bila je pretpostavka o porodilji kao o nekakvom mehaničkom entitetu, a to znači zatvorenom sistemu koji funkcioniše po principu monokauzalnosti.

Tako je i postalo moguće da se za svaki porođajni fenomen traže i nalaze jednostavna mehanistička objašnjenja, a onda i ista takva “rešenja”.

Razumljivo, s obzirom na to da su u porodilje-objekta individualne posebnosti zanemarene, a ona sama lišena mogućnosti da bira, ova se objašnjenja i “rešenja” poopštavaju. U principu, naime, primenjuju se kod što većeg broja porodilja⁴⁵. A to, u okolnostima porodiljine nemoći i ekspertskoga svestvašća, vodi do takve standardizacije i rutinizacije da porođaj počinje da liči na nekakav proizvodni proces gde je input “NN sa ispupčenjem”, a autput “NN sa novorođenčecom”.

Ovde se radi o važnome obrtu, jer, time što se porođaj transformiše u proizvodni proces, menja se njegova ključna odrednica.

⁴⁵ Težnja da se što veći broj porodilja podvrgne određenim mehanističkim “rešenjima” u neposrednoj je vezi sa potrebom da se naglasi patološka priroda porođaja te da se, samim tim, učvrsti i ideja o nezamenljivosti akušerskih eksperata. Sporadična primena ovih “rešenja”, naime, otvorila bi mogućnost za drugačiju konceptualizaciju porođaja. Izravno bi se pokazalo, najpre, da postoji velika verovatnoća da se porođaj uspešno okonča i bez posebnih intervencija, a onda i da (u najvećem broju slučajeva) eksperti (u funkciji aktera, a ne pomagača) i nisu tako neophodni.

Naime, umesto: "Da li je porođaj normalan?", osnovno pitanje postaje: "Da li je izbacivanje ploda dovoljno efikasno?"

Normalnost se, zapravo, više i ne opaža. Ona se jednostavno gubi, zatomljena navalom mehanističkih "rešenja" integrisanih u zadanu proceduru kojoj se podvrgava svaka porodilja⁴⁶.

Efikasnost, pak, zadobija centralnu poziciju. Postaje nepobitan kriterijum. iz nje se čak izvodi i nova definicija normalnosti tako da normalan porođaj postaje porođaj koji je efikasno obavljen⁴⁷.

No, centralni efekat ove premoći efikasnosti jeste ustoličenje intervencionizma.

Akušerski intervencionizam podrazumeva atmosferu u kojoj "više" znači "bolje". Tu se, naime, ne razmatra mogućnost da se neka, već ustaljena intervencija izostavi, čak i ukoliko postoje indicije (pa i dokazi) da to ne bi značajno izmenilo tok porođaja. Naprotiv. Legitimno postaje svako novo mešanje u tok porođaja, čak i ako je potpuno neizvesno da li će to doprineti i samoj efikasnosti. Otuda i stalna usmerenost akušerskih poslenika na takozvanu modernizaciju opreme i uvođenje tehnologija, a i dosta jaka tendencija da se postupci uvedeni zbog visoko-

⁴⁶ Normalnost podrazumeva da se porođaj odvija spontano, u smislu da porodilja ima nekog ko joj pomaže ali da je taj ne podjarmiljuje nametanjem intervencija koje je, kao takvu, poništavaju. Logično je, otuda, da formacijskim uvođenjem intervencija koje nisu potporene nego supstitucione, normalnost biva ukinuta.

⁴⁷ To je porođaj koji se odvija prema proceduri određenoj spoljnom slikom efikasnosti, a i u skladu sa (prema ovoj proceduri!) statistički definisanim normama kojima su propisani kako trajanje porođaja (odnosno trajanje njegovih pojedinih faza), tako i parametri kojima se određuje fizičko stanje porodilje, odnosno ploda. Poželjno je inače da, uz efikasnost, spoljnom slikom dominira i efektnost. Jer, onda je u još većjoj meri istaknuta važnost aktualnog izvođača, odnosno kontrolora porođaja.

rizičnih porođaja ustale i van njihovih prvobitnih indikacija⁴⁸.

Na taj način porođaj se svodi na programiranu manipulativno-hemijsku proceduru koja, nasuprot opšte uveštenom mišljenju, nije određena brižljivo odmerenom ravnotežom blagotvornosti i mogućih škodljivih uticaja, nego je u priličnoj meri osamostaljena.

Naime, u atmosferi intervencionizma, već sama činjenica da neka intervencija postoji, odnosno da je na raspolaganju, stvara snažan pritisak da se ona i primeni. Dakako, jedna intervencija povećava verovatnoću da neophodna (pa i "neophodna") postane i druga, što otvara mogućnost da neophodna (opet u oba smisla) postane i ona treća intervencija, pa i čitav jedan samoindukovani intervencijski lanac.

Dakako, pogotovo među porodiljama i njihovim bližnjim, retki su oni koji dovode u pitanje eskalaciju intervencionizma. Sve su intervencije unapred učinjene nedodirljivim time što slove kao neodvojivi deo "proverene bolničke prakse", kao "medicinsko poboljšanje", ili pak kao "naučno dostignuće". Uz to, bez obzira kako se pojedina intervencija predstavljala, za svaku se podrazumeva da sprečava neku opasnost, pa čak i da bez nje

⁴⁸ Paradigmatičan primer akušerskog intervencionizma, inače, predstavlja takozvana partografska kontrola porođaja, intervencija nastala po obrascu da se i manja nelagodnost akušera može transformovati u potrebu za medicinskim posredovanjem. Radi se o metodi koji je razvio Emanuel Fridman (Friedman). Posmatrajući porođaje i mereći njihovo trajanje, on je konstruisao "idealnu" krivu cervikalne dilatacije; najpre za prvoročke, pa onda i za višoročke. Odstupanja od ovih "ideala" ukazivala su, navodno, na potencijalne probleme koje je, onda, nadležni ekspert trebalo da "preduhitri" odgovarajućim intervencijama. Uredaj kojim je merena dilatacija grlića materice kasnije je, čak, po principu fidbeka, povezan sa pumpom za infuziju medikamenata, tako da su se kontrakcije materice mogle automatski "regulisati". Prema: Arney W. R., Power and the Professions of Obstetrics, The University of Chicago Press Chicago and London, 1985. str. 143-145.

porodaj ne može biti uspešno okončan. Kao najjači argument, pak, potrže se zdravlje novorođenčeta. Reči "Dobro je za bebu", čak i kada su pritvorne, učutkuju najglasnije proteste i krše najsnažnije otpore⁴⁹.

Ipak, kao i uvek kada je ljudsko biće objektivizovano, i u ovome su slučaju povodi veoma profani.

Intervencionizam, naime, pre svega odgovara potreba sistema: i u njegovom širem smislu koji se poklapa sa vladajućim oblikom života, i u njegovom užem smislu koji obuhvata tek područja akušerskog zabrana.

Tako, što se tiče vladajućeg oblika života, intervencionizam predstavlja krunu procesa kojim se porodaj, od šanse za lični razvoj žene, preobraća u sredstvo njenog, najopštije rečeno, "stavljanja na svoje mesto".

Što se pak akušerskog miljea tiče, tu je uputno istaći nešto više elemenata.

Pre svega, eskalacija intervencija je u službi medicinsko-industrijskog kompleksa. Za proizvođače akušerske tehnike, na primer, ona je (u najmanju ruku) važna kompenzacija jer se pad prodaje, uslovljen velikim padom nataliteta u većini razvijenih zemalja (koje su, inače, i glavni potrošači), može nadoknaditi samo povećanjem intenziteta, a i učestalosti usluge.⁵⁰

Na sličan način, intervencionizam koristi akušerskim bolnicama kojima je, za popunu kapaciteta skupe aparature i tehnoloških procedura, povećanje obrta takođe važan prioritet.

⁴⁹ Dokle, u atmosferi intervencionizma, može da odvede mehanističko definisanje onoga što je "dobro za bebu" vidi se, na primer, iz predloga po kome bi sve porodilje morale da budu pod dejstvom epiduralne anestezije, jer taj tip anestezije uslovljava njihovo ravnomernije disanje pa samim tim omogućava i bolji "acido-bazni status" novorođenčeta. Vidi: Peterson G. H. and Mehl L., *Pregnancy as Healing*, Mindbody Press Berkeley, 1985, str. 16.

⁵⁰ Intenzitet usluge je pokazatelj koji je određen brojem i složenosti preduzetih intervencija i angažovanih sredstava.

Najneposrednije koristi, međutim, vezane su za skrivene interese lekara akušera.

U atmosferi intervencionizma, najpre, raste moć akušera. Njihovo ih tehničko umeće, naime, čini nezamenljivim arbitrima, a onda i neophodnim izvršiocima. Zatim, s obzirom da se čak i intervencija sa malim izgledom na uspeh ceni više nego neaktivnost, akušerima se široko otvara mogućnost da svoju nesigurnost (nastalu iz raznih razloga, od stručnih pa do onih emocionalnih) pokriju hitnom "potrebom" da se nešto preduzme. Intervencionizam, osim toga, stvara okolnosti u kojima su porodilje u toj meri poništene da, u odnosu na manipulaciju njihovim raznim funkcijama i organima, akušeri imaju potpuno slobodne ruke; kao da rade na stvarima. To nekad dovodi i do neprimerenih zahvata. Ali, svejedno. Akušerima opet pripadaju sva slava i hvala. Čak i ukoliko je zahvat koji su preduzeli doveo do (novih) komplikacija. Jer, i nepovoljan ishod intervencije slovi kao dokaz da je ona bila neophodna⁵¹.

Naravno, što se tiče porodilja, praksa zasnovana na intervencionizmu, na određen način, mnogoj među njima može i da pomogne.

Mnogoj, međutim, i odmaže. Pa i prilično šteti:

- porodiljama kojima je stručna pomoć neophodna zato što omogućava da olako bivaju podvrgnute veoma agresivnim intervencijama.

- porodiljama kojima nikakva intervencija nije potrebna, pak, zato što su zarobljene i ugrožene akušer-

⁵¹ Prema Kloostermanu (Kloosterman), akušeri (eskalacijom intervencija) prisvajaju porodaj iz ljubomore, zato što je žena ta koja stvara novi život. Jedino što im preostaje, naime, jeste da pretvaranjem porodilje u objekt preuzmu kontrolu nad činom rađanja i tako, makar simbolički, osvoje priželjkivanu nemogućnost. Kloosterman G. J., *Obstetrics in the Netherlands: a Survival or a Challenge*, Prema: Beels C., *The Childbirth Book*, Granda, London/Toronto/Sydney/New York, 1980. str. 72.

stvom koje bi se moglo označiti kao: akušerstvo "za svaki slučaj",⁵².

U sredinama gde se intervencionizam najviše razmahao, i gde je shodno tome moć intervencionista najveća, najočitije su i posledice.

Prema studiji "Žene i njihove trudnoće" (rađenoj pod sponzorstvom Nacionalnog instituta SAD za neurološke bolesti), u okviru koje je praćeno preko 50.000 novorođenčadi belih i crnih parova, utvrđeno je da su neurološka oštećenja bila nešto češća kod bele dece.

Zaključak autora je bio da, i pored toga što u crnoj populaciji novorođenčad češće ima malu težinu, i što su češći prevremeno rađanje i podhranjenost, ovaj podatak nije neko veliko iznenađenje.

Crne su porodilje, naime, ređe u prilici da budu podvrgnute akušerskim intervencijama.⁵³

Ne mora se, međutim, ići tako daleko.

Štetno deluju i blaži oblici intervencionizma.

Pa i oni koji se mogu svesti tek na rutinsku seriju manjih intervencija planiranih iz raznih "bezbednosnih" razloga.

Štaviše, moguće je da su upravo oni i najškodljiviji.

Prvo zbog toga što su toj, "blagoj" formi intervencionizma podvrgnute praktično sve žene koje se porađaju u bolničkim ustanovama.

⁵² Akušerstvo "za svaki slučaj" jeste akušerstvo zasnovano na praksi da se veliki deo dijagnostičkih i terapijskih procedura preduzima tek da bi se, eventualno, nešto ponovo proverilo, ili da bi se, opet eventualno, nešto nepovoljno izbeglo. Usmerenost određena principom "za svaki slučaj", međutim, najčešće ne vodi do nekog novog saznanja, pa ni nekoj većoj izvesnosti, odnosno sigurnosti. Može, pak da (usled dodatnih intervencija) uslovi razvoj raznih komplikacija.

⁵³ Haire D., The Cultural Warping of Childbirth, International Childbirth Education Association, Inc. Minneapolis, 1976, Postscript, str. 36.

A drugo, zbog toga što se na taj način ne samo nefiziološka, nego i nehumana praksa - trajno prihvata kao norma.

Neposredne su posledice:

- da porođaj, premda je prirodan životni proces, via facti postaje bolest, uz utehu da akušerski poslenici mogu da "izleče" gotovo svaku porodilju,

- da porodilja ne može da računa na akušersku pomoć ukoliko, prethodno, ne pristane na objektivifikaciju, a to znači na odustajanje od svog ljudskog dostojanstva.



PROCEDURA

PROCEDURA

Dopadanjem u nadležnost medicinske institucije, porodilje su, univerzalno, postale posebno podoban objekt intervencionizma.

Takvim ih je učinilo sažimanje dva vida postvarenja.

Naime, s obzirom da nisu samo pacijenti nego i žene, i to u sred autentične ženske funkcije, njihovoj se medicinskoj depersonalizaciji namah pridružuje i ona seksualistička.

Otuda je, veoma lako, akušerski intervencionizam eskalirao: od pojedinačnih dodatnih intervencija u rutinsku seriju posredovanja.

Ovom serijom posredovanja, od fiziološkog događanja, porodaj je transformisan u medicinsku proceduru.

Zaman se, tokom vremena, pokazalo da su za veliki broj žena i njihovu novorođenčad pojedini osnovni elementi ove procedure nepotrebni, pa i štetni.

Budući izraz paradigmatških stereotipa, a i bitan činilac institucionalne kontrole, oni su se svejedno održali.

Prevashodno kao elementi upodobljavanja, a ne kao elementi očuvanja zdravlja.

KLISTIRANJE

Već sama procedura prijema u bolnicu predstavlja svojevrsno programiranje porodilje, programiranje u predmet obrade podoban za ubacivanje u institucionalnu mašineriju i podvrgavanje propisanoj proceduri.

Porodilja se, naime, odvaja od bližnjeg, ili bližnjih, a onda se, po tipičnom obrascu totalnih institucija, lišava i ličnih stvari kako ove ne bi mogle da joj posluže kao uporište samoidentifikacije.

Isto tako, porodilja biva lišena i svojih nematerijalnih posebnosti, od imena pa do socijalnog statusa, tako što se osoblje, pošto ih je proceduralno registrovalo, na njih više ne obazire.

Prvi element upodobljavanja koji ima specifično stručno utemeljenje, međutim, jeste klistiranje⁵⁴. Njime najčešće i započinje "interpersonalna kontaminacija"⁵⁵, odnosno serija nasilnih ili iznuđenih povreda ličnog prostora porodilja.

Klistira se formacijski. Dakle, svaka porodilja. A za takvu se praksu, sa stručnog stanovišta, navodi više razloga.

Pre svega, tvrdi se da se na taj način sprečava kompresija porođajnog kanala pošto po praznjenju creva ima

⁵⁴ Naravno, elementi specifične, stručno verifikovane standardizacije porodilja obično se primenjuju već tokom prenatalnog perioda, a jedan je od njih i sam pregled pri prijemu u bolnicu. Ovde se, međutim, detaljnije navode samo elementi koji su, po sebi, intervencionističke prirode. A to znači, elementi proistekli iz procesa medikalizacije i seksističke konotacije porođaja.

⁵⁵ Goffman E., *The Inmate World*, u Cox C. & Mead A., eds. *A Sociology of Medical Practice*, Collier-Macmillan, London, 1975. str. 241.

više prostora za silazak i rotaciju prednjeg dela ploda. Tvrdi se, zatim, da se na taj način skraćuje trajanje porođaja jer se, zbog povezanosti nervnih spletova, refleksno stimuliše aktivnost materice. Ukazuje se, takode, i na potrebu da se održi nekontaminiranost "porođajnog polja" kako bi se smanjila opasnost od infekcija. A kao još jedan razlog navodi se i izbegavanje neugodnosti koje bi izbacivanje izmeta moglo da načini akušerskome osoblju ili porodilji.

Rezultati nekih istraživanja, međutim, ukazuju da su najvažnija među ovim obrazloženjima data napamet. Romni (Romney) i Gordn (Gordon) su na primer, poredeći grupu žena koje su klistirane (njih 125) sa odgovarajućom grupom žena kod kojih ova intervencija nije bila primenjena (njih 149), ustanovile da, što se tiče trajanja porođaja, između njih nije bilo značajne razlike. Prema istom istraživanju, klistiranje nije umanjilo ni učestalost fekalne kontaminacije. Do kontaminacije je, naime, došlo kod 34% klistiranih i 38% neklistiranih porodilja. Što se pak tiče novorođenčadi, iz obe je grupe po njih sedmero imalo znake infekcije. A među njima, crevni su mikroorganizmi izolovani kod dvoje novorođenčadi iz grupe klistiranih, i kod četvoro njih iz grupe neklistiranih žena.⁵⁶ U sličnom istraživanju, Vajtli (Whitley) i Mek (Mack) su ustanovile da je u grupi neklistiranih do fekalne kontaminacije došlo kod 59%, a u grupi klistiranih kod 38% žena, ali da je u ovoj drugoj grupi, zbog tečne stolice, kontaminaciju bilo mnogo teže ukloniti.⁵⁷

⁵⁶ Romney M. L., Gordon H., *Is your enema really necessary?*, *British Medical Journal*, Vol. 282, 18 April 1981, str. 1269-1271.

⁵⁷ Whitley N., Mack E., *Are enemas justified for women in labour*, *American Journal of Nursing*, Vol. 80, 1980, str. 1339-1343.

Praksu rutinskog klistiranja još većma stavlja pod pitanje česta pojava nepovoljnih propratnih efekata. Na primer, u slučaju primene klizmi koje nisu neutralne prirode, može doći do iritacije rektalne sluzokože, pa i do alergijskih reakcija. Najveći problem, međutim, (uz to oficijelno neprepoznat!) predstavlja prisilno narušavanje privatnosti. Mnoge porodilje, naime, klistiranje može da uznemiri ili iritira. A većina ga doživljava kao neprijatno iskustvo, pogotovo ukoliko se nepažnjom osoblja poklopi sa porođajnim bolovima.

U celoj ovoj situaciji, međutim, najprotivurečnije je to što je u slučaju prirodnog ponašanja porodilje klistiranje, najčešće, potpuno nepotrebno. Naime, usled refleksnog podražaja creva materičnim kontrakcijama (o obrnutome se uticaju ne samo špekuliše nego se on i uvažava, dok se na ovaj smer uticanja i ne pomišlja), već sam početak porođaja navodi porodilju na spontano pražnjenje; ili sukcesivno, ili u vidu lakog proliva. Dovoljno je, stoga, ne primoravati porodilju da leži, odnosno ne oduzimati joj pravo da sama reguliše svoje fiziološke potrebe.⁵⁸

⁵⁸ Dakako, u tom bi se slučaju izgubio veoma važan inhibirajući efekat koji se postiže nagonjenjem porodilja na stalnu strepnju od grdnje ili poniženja ukoliko im se desi da, samom logikom porođaja, a zapravo krivicom nametnute im akušerske procedure, nevoljnom defekacijom naprave "neugodnosti" akušerskom osoblju.

BRIJANJE

Brijanje stidnih dlaka takođe spada u takozvanu pripremu porodilja. Primenjuje se rutinski, a objašnjava se potrebom da se smanji rizik infekcije i da se olakša zašivanje rane napravljene epiziotomijom.

Međutim, još početkom ovoga veka, kada je kao deo mera protiv sepse ovo brijanje masovno uvedeno u akušersku praksu, pokazalo se da je njegova bitna funkcija zapravo saobražavanje porodilja kulturalnoj normi "dobrog pacijenta". Naime, u to su vreme brijane samo takozvane pacijentkinje sirotinjskih fondova, odnosno porodilje koje su poticale iz siromašnih društvenih slojeva. U slučaju takozvanih privatnih pacijentkinja, pak, korišćeni su posebni klipsevi.⁵⁹

Kasnije, kada je uvedeno rutinsko sečenje međica, brijanje porodilja jeste olakšavalo zašivanje nanete rane, ali imalo je smisla samo ako je smisla imala i sama epiziotomija; pa i onda, samo ako se radilo o brijanju perineuma.

A što se tiče zaštite od infekcija, ovo je obrazloženje direktno opovrgnuto mnogim istraživanjima.

Još 1921. godine, tako, Džonston (Johnston) i Sajdel (Sidall) su ustanovili da je samo kod četiri, od ukupno četrdesetičetiri porodilje koje nisu bile podvrgnute brijanju, po porođaju došlo do povišenja telesne temperature. Pošto je kod njihovih pacijentkinja uobičajeni

⁵⁹ Mahan C. S., McKay S., Preps and enemas - keep or discard?, Contemporary Obstetrics and Gynecology, reprint, Medical Economics Company, Oradell, 1983, str. 1.

procenat postpartalne febrilnosti bio oko 19%, Džonston i Sajdel su u istraživanje uključili još 389 porodilja. Među njima je, po porođaju, povišenu temperaturu imalo 16,3% obrijanih i samo 12,4% neobrijanih žena⁶⁰.

Četrdeset godina kasnije, pošto je primetio da kod žena koje su stigle u bolnicu u poodmaklom stadiju porođaja, kad više nije bilo vremena za brijanje, ipak nema infekcija, Barčel (Burchell) je odlučio da promeni praksu. Ukinuo je brijanje porodilja i, u toku sledeće četiri godine, kod njih 7600, primenjivao je samo dezinfekciju aseptičnim rastvorom. Prema njegovim rezultatima, učestalost infekcija je na taj način bila smanjena⁶¹.

Nešto kasnije, Kantor, Rember i Tejbior (Tabio) su takođe utvrdili da "brijanje porodilja ne obezbeđuje efikasnu perinealnu sterilizaciju"⁶².

Adeleje (Adeleye) je zatim, 74 porodilje, Nigerijke veoma niskog socijalnoekonomskog statusa, podelio u dve grupe. Njih 40 je bilo obrijano, a 34 ne. Konstatovao je da u grupi žena koje nisu bile obrijane puerperalni morbiditet nije bio povećan⁶³.

Konačno u grupi od 693 porodilje koje je pratila Romni (Romney) i u kojoj je genitalni predeo 228 žena bio potpuno obrijan, dok je kod 240 žena bila obrijana samo medica, a njih 225 ostalo neobrijano – nije bilo

⁶⁰ Johnston R. A., Sidall R. S., Is the Usual Method of Preparing Patients for Delivery Beneficial or Necessary, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 4, 1922, str. 645-650. Prema: Inch S., Birthright, Pantheon Books, New York, 1985, str. 25.

⁶¹ Burchell R. C., Predelivery removal of pubic hair, Obstetrics and Gynecology, 1964. Vol. 24, str. 272-273.

⁶² Kantor H. I., Rember R., Tabio P., Value of shaving the pudendal-perineal area in delivery preparation, Obstetrics and Gynecology, 1965. Vol. 2, str. 509-512.

⁶³ Adeleye J. A., perineovulvovaginal preparation for surgery, Int. Surgery, 1977. Vol. 62, str. 106. Prema: Mahan C. S., Mc Kay S., op. cit., str. 3.

nikakvih razlika što se tiče učestalosti infekcija⁶⁴. Romni je uz to naglasila da je u provedenoj anketi 98% žena koje su bile obrijane izrazilo nezadovoljstvo što su bile podvrgnute ovom postupku.

Na nezadovoljstvo žena ukazivali su i drugi autori. Pre svega navodima da brijanje narušava integritet kože, da za njim ostaju ogrebotine i oguljotine koje objektivno povećavaju rizik od infekcije, dok su subjektivno uzrok svraba i drugih iritirajućih osećaja, naročito prilikom znojenja i u toku ponovnog rasta dlaka. Još se izrazitiše, međutim naglašavaju psihičke neugodnosti, uz obrazloženje da je za žene brijanje stidnih dlaka neprijatno i ponižavajuće iskustvo, te da se ovaj opšti osećaj neposredno prelama individualno, kroz razne psihičke reakcije.

Naravno, nezadovoljstvo porodilja nije bilo dovoljno snažan argument da bi scenaristi i kontrolori akušerske procedure odustali od rutinskog preporođajnog brijanja.

Karakteristično je, međutim, da do izmene ustanovljene procedure nije došlo ni pošto je nizom egzaktnih istraživanja nepobitno utvrđeno da se brijanjem porodilja ne postižu proklamovani efekti.

Pokazalo se naime, na izravan način, da su akušerski poslenici prilično probirljivi; odnosno da, uz sve priče o suprotnom, njihova praksa ne ishodi iz naučnog istraživanja kao takvog, nego tek iz onog selekcioniranog.

Princip odabira pri tom, nije zasnovan na egzaktnosti nego na podobnosti, tako da istraživanja čiji rezultati

⁶⁴ Romney M. L., Predelivery shaving: an unjustified assault?, Obstetrics and Gynecology, 1980. No. 1. str. 33-35. Inače, rezultate ovoga, a i drugih navedenih istraživanja, potvrđuje i Kruzova (Cruse) longitudinalna studija. Kruz je, naime, pošto je pratio postoperativni ishod 55. 000 hirurških intervencija, ustanovio da je učestalost infekcija bila 2,7 % kod obrijanih pacijenata, 1,7 % kod onih kod kojih je bio primenjen klips, a 0,9 % ukoliko je brijanje bilo izostavljeno. Vidi: Mahan S. C., McKay S., op. cit. str. 3-4.

nisu u funkciji postojeće procedure, ili bar skrivenog programa na kojem je ona zasnovana, ostaju zanemarena⁶⁵.

⁶⁵ U ovome smislu tipičan je stav Vitridža Vilijemsa (Whitridge Williams), autora jednog od najpoznatijih američkih udžbenika akušerstva, koji je, suočen sa istraživanjima prema kojima takozvana priprema porodilja nema one efekte koji joj se pripisuju, jednostavno izjavio da on nema hrabrosti da zagovara pristup koji je drugačiji od već uobičajenog. Vidi: Arney W. R., op. cit., str. 95. No, da stvar nije samo u "nemanju hrabrosti", nego da za ostajanje pri ovoj vrsti slepila ima i dubokih razloga, ukazuje, na primer, Gejl Piterson (Gayle Peterson). Prema njoj, brijanje porodilja je samo još jedan način da se, svođenjem odraslih žena u okvire sindroma "malih devojčica", i od njih samih, i od osoblja, na neki način sakrije seksualna priroda porođaja. Vidi: Peterson G., *Birthing normally*, Mindbody Press, Berkeley, 1982. str. 133.

ZABRANA VODE I HRANE

Akušerski intervencionizam ne podrazumeva samo razne mere činjenja.

Osim novouvedenim i u odnosu na prirodni porođaj vanrednim postupcima, porodilje se standardizuju i nekim merama nečinjenja.

Sa porodiljama se, tako, ne komunicira kao sa odraslim osobama; ne pruža im se emocionalna podrška; ne stimuliše se njihovo samoispoljavanje; a u okviru njihovog opšteg zanemarivanja, u toku višecasovnog trajanja porođaja, ne daju im se ni voda, ni hrana.

Što se tiče ovog poslednjeg vida lišavanja, u pitanju je, de facto, zabrana zadovoljenja bazičnih ljudskih potreba. A jedini stručni argument kojim se obrazlaže provođenje ove drastične mere jeste: smanjenje rizika od aspiracije povraćenog želudačnog sadržaja, ukoliko bi, u slučaju carskog reza na primer, bilo neophodno da se primeni opšta anestezija.

Dakako, ova se zabrana ne odnosi samo na žene koje su, od samog početka procedure kategorisane kao "(vi-soko) rizične". U skladu sa programom standardizacije, i uz racionalizaciju prema načelu "za svaki slučaj", žedanju se, a i osećaju gladi, izlažu sve porodilje.

Porođaj je, međutim, iscrpljujuća aktivnost; ne samo zato što često zahteva napor sličan onome koji treba uložiti pri težem vežbanju ili fizičkom radu, nego i zbog toga što su porodilje, obično, pod prilično snažnim stresogenim uticajima. Otuda, zabrana vode i hrane može da pospeši razvoj nekih ozbiljnih poremećaja.

Najčešće, radi se o dehidraciji, izraženoj u različitom stepenu, u vidu žeđi, suvih usta, pa i opšte slabosti.

Sledeća je, pak, po učestalosti metabolička acidoza. Ona je posledica potrebe da se kao energetska izvor koriste rezerve masti. Metabolička acidoza slabi mišićne ćelije porodilje pa time i kontrakcije materice⁶⁶, a u određenoj je meri odgovorna i za kasnije detinje psihomotorne poremećaje⁶⁷.

Stoga se, naročito zbog rizika koji predstavlja acidoza - acidoza se, prema nekim istraživanjima, javlja kod 20% porodilja i predstavlja veću aktualnu opasnost nego eventualna aspiracija želudačnog sadržaja⁶⁸ - u velikom broju bolničkih porodilišta preduzimaju i specifične preventivne mere.

Karakteristično je, pri tom, da se preduzimanjem ovih mera ne odustaje od zabrane da se žedne porodilje napoje, a gladne prihrane. Kao elemenat strukture, naime, ova je zabrana praktično nedodirljiva. Otuda se, i pored toga što je izravno odgovorna za nastanak komplikacija koje treba preduprediti, ona i dalje primenjuje. A, u skladu sa intervencionističkim načelom da "više znači bolje", akušerskoj se proceduri pridodaje novi elemenat: intravenska infuzija rastvora glikoze⁶⁹.

⁶⁶ U studiji u okviru koje su posmatrali 3.500 porodilja, Folkis (Faulkes) i Dimulen (Dumoulin) su našli visoku korelaciju između pojave metaboličke acidoze i abnormalnog porođaja. Vidi: Foulkes J., Dumoulin J. G., Metabolic acidosis and abnormal labour, British Journal of Hospital Medicine, June 1983, str. 562-564.

⁶⁷ Pajntar M., Sever A., Čuk M., Rojšek J., Smetnje psihomotornog razvoja deteta i biokemijski status kod porođaja, Deveti perinatalni dani 1980., Sekcija za perinatalnu medicinu, Zbor liječnika Hrvatske, Zagreb, 1980, str. 207-211.

⁶⁸ Ettner F. M., Comparative Study of Obstetrics With Data & Details of a Working Physician's Home Ob Service, u Stewart D. & Stewart L. (eds.), Safe Alternatives in Childbirth, NAPSAC, Inc., Chapel Hill, 1978, str. 37-66.

⁶⁹ Intervencionističko načelo da "više znači bolje" utemeljeno je i u nepisanom pravilu prema kome, ukoliko se ukaže potreba za promenama,

Rutinska primena intravenske infuzije rastvora glikoze praktično znači da se svaka porodilja uvodi u sferu visokorizičnog porođaja.

Ovaj je novi status porodilje, pre svega, posledica snažnog psihološkog uticaja. Naime, veoma je dobro poznato da je intravenska infuzija intervencija koja se preduzima u kritičnim situacijama: u odeljenjima za intenzivnu negu, pri operacijama, u lečenju veoma teških bolesnika. Otuda, sama po sebi, ona stavlja porođaj u sasvim drugačiji kontekst te i porođaju i akušersko osoblje podstiče na potpuno drugačija osećanja, stavove i tumačenja, pa i logiku ponašanja.

Osim toga, intravenska infuzija glikoze nosi sobom i neke objektivne tegobe, a i mogućnost ozbiljnih komplikacija. Već je igla u veni dovoljna trauma, čak i bez dodatnih oštećenja usled "teškog nalaženja vene" ili paravenske infuzije zbog izlaska igle iz "nađenog" krvnog suda. Sa iglom u veni, zatim, porodilja je nekoliko sati imobilisana, a u izvesnoj meri i ukočena. Javljaju se, takođe, metabolički poremećaji. A može biti ugroženo i zdravlje novorođenčeta. Naime, kada se po rođenju prekinе dotok krvi iz majke, povećana količina insulina u krvotoku novorođenčeta može dovesti do hipoglikemije uz opasnost od konvulzija, pa i moždanih oštećenja⁷⁰.

Cela ova intervencionistička eskalacija, sa ortodoksnog medicinskog stanovišta može izgledati zasnovana, pa i vredna rizika.

dominantni označitelji ne odustaju ni od jednog elementa kontrole nego samo, već postojećim elementima, dodaju nove. Ovi se novi elementi, pak, obično prikazuju kao nekakva spasilačka intervencija, pa samim tim i kao nekakvo pomeranje nabolje.

⁷⁰ Kao kritična granica preko koje hiperinsulinizam ploda vodi postpartalnim komplikacijama navodi se 25 grama glikoze. Vidi: Enkin M., Keirse M. J. N. C., Chalmers L., A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford/New York/Tokyo/Toronto, 1990. str. 186.

Ruši je, međutim, već sama neutemeljenost njenog jedinog obrazloženja.

Naime, nema nikakve garancije da se prisilnim žeda-
njem i gladovanjem može obezbediti da, u slučaju potre-
be za primenom opšte anestezije, želudac porodilje bude
prazan.

Osim toga, u drugim granama urgentne hirurgije, od-
go varajućom se reanimacionom negom sasvim lepo izlazi
na kraj čak i sa povređenima koji se stavljaju direktno na
operacioni sto, stomaka prepunjenih hranom i alkoho-
lom.

U ovome svetlu, mudriji je običaj koji je na snazi u
plemenu Hotentota. Tu se porodiljama, kako bi bile snaž-
nije, daje specijalno pripremljena supa⁷¹.

⁷¹ Neki britanski autori, umesto intravenske infuzije, preporučuju voćne
sokove, med, čaj i kompote; a u Švedskoj, s obzirom na relativno veliki broj
carskih rezova, gladnim porodiljama daju koncentrisanu hranu za
novorođenčad. Vidi: Jordan B., op. cit., str. 132-133.

PRISILNO LEŽANJE

Klistirana i obrijana, porodilja se stavlja u ležeći po-
ložaj.

Ovaj element upodobljavanja nije poduprt nikakvim
stručnim obrazloženjem. Da porodilja mora da leži, mal-
tene nepokretno sve vreme porođaja, jednostavno se pod-
razumeva⁷².

Dakako, premda se ortodoksno porodiljstvo često po-
ziva na svoju naučnu zasnovanost, činjenica da jedan
važan element akušerske procedure nije čak ni stručno
utemeljen, sama po sebi, ne mora da znači nešto loše.
Problema međutim, i to prilično ozbiljnih, ima zbog ne-
čeg drugog. Naime, postoji obilje podataka (između osta-
log i naučne prirode) prema kojima ležanje na leđima ne
samo što nije najudobniji, a ni najefikasniji položaj poro-
dilje nego je, po mnogo čemu, najnepovoljniji, pa i naj-
opasniji.

Svrishodnost ležanja u toku porođaja dovode u
pitanje, pre svega, studije kulturne antropologije.

Pre više od jednog veka, na primer, Džordž Engelman
(George Engelmann) je sačinio katalog položaja u kojima
se, obično, porođaju žene iz preko stotine različitih kul-
tura. U komentaru je naglasio da se, "u sredinama gde
ljudi žive prirodno, još uvek vođeni svojim instinktima,
izbegavši uticaj civilizacije i modernog porodiljstva, retko
zauzima ležeći položaj... te da je "pažnja sa kojom poro-
dilje necivilizovanih naroda izbegavaju ležanje na leđima

⁷² Intravenska infuzija samo još većma prikliva porodilju uz ležaj. Kao dodatna
intervencija, ona nije argument kojim bi se mogla braniti neminovnost
ležanja tokom porođaja. Njenim se uvođenjem samo potvrđuje već
postojeća praksa.

pri kraju porođaja dovoljan dokaz da je, od svih mogućih položaja, ovaj najnepoželjniji⁷³.

Do sličnih su rezultata došli Forest Hauard (Howard) i Frida i Raul Nerol (Naroll). Pošto su pregledali izveštaje o načinima porođanja u 76 vanevropskih kultura, oni su ustanovili da se u 62 kulture žene porođaju u jednom od uspravnih položaja tela (odnosno da kleče, čuče, stoje ili sede), a da samo u 14 kultura (uglavnom u Aziji i Severnoj Africi) pretežno zauzimaju "neutralan" položaj, to jest, leže ili se oslanjaju na kolena, ruke, odnosno laktove⁷⁴.

Istovetna logika, osim toga, bila je svojstvena i evropskoj kulturi. Na primer, s obzirom na judeohrišćansko ishodište ove kulture, veoma je indikativan podatak da se u Bibliji izričito pominje uspravan stav pri rađanju: "Eto robinje moje Vale. Lezi s njom, neka rodi na mojim koljenima..."⁷⁵. A karakteristično je takođe da su, pre apsolutne prevlasti medikalizovanog porođajstva, deo opreme mnoge primalje bile specijalne stolice za porođanje⁷⁶.

⁷³ Engelmann G. L., *Labor among Primitive Peoples*, prema: Arney W. R., op. cit., str. 63.

⁷⁴ Kao "uspravan" bio je definisan onaj položaj gde je zamišljena linija između centra trećeg i centra petog lumbalnog pršljena porođilje bila bliže vertikalni nego horizontalni, pri čemu je treći lumbalni pršljen bio iznad petog. Naroll F., Naroll R., Howard F. H., *Position of women in childbirth*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 82. No. 4. October 1961. str. 943-954.

⁷⁵ Biblija ili celo Sveto Pismo Staroga i Novoga Zavjeta, Izdanje Britanskog i inostranog biblijskog društva. Beograd, 1922. str. 32...30. 3. Položaj koji pominje Rahilja u razgovoru sa Jakovom, inače, poznat je i u drugim kulturama. Porođilja, tu, sedi na koljenima osobe koja joj pomaže obgrljujući je s leđa.

⁷⁶ To su bile niske stolice, sa naslonom i potkovičastim sedištem, a ponekad i posebnim držačima za ruke i uporištima za noge. Vidi: Caldeyro-Barcia R., *The influence of Maternal Position on Time of Spontaneous Rupture of the Membranes, Progress of Labor and Fetal Head Compression*, Reprint. *Birth and the Family Journal*, Berkeley, 1977. str. 11.

Da ova značajna prevaga uspravnog položaja nije nikakva posebnost egzotičnih krajeva, a ni navika preživelih vremena, pokazuje istovrsna opredeljenost porođilja današnje zapadnjačke civilizacije.

Majtri (Mitre), na primer, zaključuje da je porođiljama ugodnije da sede nego da leže⁷⁷. Mendez-Bauer i njegovi saradnici zatim, pošto su uporedili kako na iste porođilje deluje uspravljenost, a kako ležanje, saopštavaju da se uspravljenost pokazala kao mnogo udobnija⁷⁸. A Dun (Dunn), čak, opisuje da su tokom ove studije istraživači imali velike teškoće da navedu porođilje da ponovo legnu⁷⁹. U još jednom južnoameričkom istraživanju, osim toga, od 145 porođilja kojima je bilo dozvoljeno da po volji biraju položaj, njih 95% je odabralo da sedi, stoji ili šeta⁸⁰. Dok, prema Mišelu Odanu (Michel Odent) – u čijem porođilištu u Pitivieru (Pithiviers) porođilje takođe mogu da biraju položaj koji im je najudobniji – do kraja prvog porođajnog doba porođilje obično šetaju, potom najčešće kleče oslonjene na ruke, a u toku samog rađanja deteta čuče dok ih pridržavaju otac deteta ili babica⁸¹.

Zatim, i mudrost prakse takozvanih necivilizovanih naroda, i osećaje zapadnjačkih porođilja nespunitih pro-

⁷⁷ Mitre I. N., *The influence of maternal position on duration of the active phase of labor*, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1974. Vol. 12. str. 181-184.

⁷⁸ Mendez-Bauer C., Arroyo J., Garcia Ramos C., Mendez A., Lavilla M., Izquierdo F., Villa Elizaga I., Zamarrigo J., *Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor*, *Journal of Perinatal Medicine*, 3. (1975.) str. 89-100.

⁷⁹ Prema dizajnu studije, naime, porođilje su morale da svakih pola sata promene položaj. Vidi: Dunn P. M., *Obstetrics delivery today*, *The Lancet*, April 10. 1976., str. 790-793.

⁸⁰ Caldeyro-Barcia R., op. cit., str. 13.

⁸¹ Odent M., *Genese de l'homme ecologique*, prema: Klaus H. M., Kennel J. H., *Bonding*, Mosby, New York and Scarborough, Ontario, 1983. str. 34.

ceduralnim pravilima, izravno potvrđuju neki elementi puke porođajne mehanike.

Recimo, pri uspravnom položaju porodilje sila ekspulzije je sinergična sa silom gravitacije. Tu se pritisku glave na grlić pridružuje najveći deo težine ploda što znači da se sili ekspulzije dodaje ekvivalent od 30 do 40 mm Hg kontraktilnog pritiska materice, i to ne samo kontinuirano, nego i bez ikakvih posledica po zdravlje ploda⁸². Osim toga, u ovome je slučaju rezultanta pritiska usmerena ka vagini, dok je u ležećem položaju, kada je silazna putanja ploda upravna na silu gravitacije, rezultanta dejstvenih sila porođaja usmerena ka medici.

Pored toga, za razliku od ležećeg položaja gde se gornji deo krsne kosti i susedni pršljen isturaju napred (odnosno na gore) pritiskajući matericu, pri uspravnom se položaju, prirodnim sagibanjem, obezbeđuje neprekinuta zakrivljenost pa time i "izravnatost" porođajnog trajektorijuma. U tom smislu je i karakteristično da se, u srediinama gde je pri porođanju dominantan uspravan položaj, porodilja ne oslanja samo na svoje noge nego obgrljuje oko vrata nekog od svojih pomagača (kao kod Irokeza), ili se hvata za tradicionalni šal, odnosno konopac koji visi sa stropa⁸³.

U poređenju sa ležanjem, dalje, u uspravnom se položaju, usled povećane efikasnosti mišića trbuha i dijafragme, stvara veći intraabdominalni pritisak, i to uz ulaganje manje snage⁸⁴.

⁸² Mendez-Bauer C., Arroyo J., Garcia Ramos C., Menedez A., Lavilla M., Izquierdo F., Villa Elizaga L., Zamarrigo J., op. cit., str. 133.

⁸³ El Hakim S., Sudan: replacing TBA's by Village midwives. u Mangay-Maglacas A. & Pizurki H., eds. The traditional birth attendant in seven countries: Case studies in utilization and training. World Health Organization, Geneva, 1975. str. 133.

⁸⁴ Newton M., Newton N., The propped position for the second stage of labor. Obstetrics and Gynecology, 1960. Vol. 15., str. 20.

No, možda je najeklatantnija činjenica da je u uspravnom položaju, usled specifičnosti anatomskih odnosa i svojstvenosti, povećana širina karličnog otvora. Radiografskim merenjem, naime, Rasel (Russell) je utvrdio da se prelaskom iz ležećeg u sedeći položaj biishijalni dijametar⁸⁵ karlice trudnice povećava, u proseku, za 7,6 milimetara.⁸⁶ Rasel dalje ukazuje da se ovim povećanjem od sedam milimetara karlični izlaz proširuje za oko 20 do 30%, s tim što se ujedno proširuje i subpubični ugao, a to je naročito važno kod androidnih ženskih karlica⁸⁷.

Prednost uspravnog položaja potvrđuju, takođe, i mnoga ortodoksna naučna istraživanja.

U već navedenoj studiji, na primer, Mendez-Bauer i njegovi saradnici izveštavaju da je, u grupi porodilja koje su posmatrali, po zauzimanju uspravnog položaja dolazilo do ublažavanja porođajnih bolova ali da se, u isto vreme, povećavao intenzitet materičnih kontrakcija, poboljšavala njihova koordinacija i smanjivalo trajanje porođaja⁸⁸. Slično njima, i Liu konstatuje da su kod porodilja koje su bile u uspravnom položaju kontrakcije bile intenzivnije i regularnije, opuštanje između kontrakcija potpunije, a sam porođaj kraći⁸⁹. Prema studiji organizo-

⁸⁵ Biishijalni, odnosno transversalni dijametar predstavlja razdaljinu između dve spine ishijadike, a meri se Tomsovim (Thoms) pelvimetrom. Dužine preko 8 santimetara smatraju se normalnim. Vidi: Eastman N. J. and Hellman L. M., Williams Obstetrics. Thirteenth Edition. Appleton-Country-Crofts. New York. 1966. str. 291-292.

⁸⁶ Russell J. G. B., Moulding of the pelvic outlet, Journal of Obstetrics and Gynecology of British Commonwealth. September, 1969. Vol. 76. str. 817-820. Ovde je potrebno napomenuti da, premda liči na čučajući položaj pomenen za 90 stepeni, zabacivanje bedara porodilje na trbuh (što je, inače, česta praksa u završnici porođaja) nema nijednu od niza prednosti čučanja. Naprotiv. Time se umanjuje efikasnost trbušnih mišića, sužava se otvor karlice i zatežu mišići medice.

⁸⁷ Ibid. str. 820.

⁸⁸ Mendez-Bauer i sar., op. cit., str. 99.

⁸⁹ Liu Y. C., Effects of an upright position during labor. American Journal of Nursing, 1974. Vol. 74., str. 2203.

vanoj u 11 bolnica iz sedam južnoameričkih zemalja, kod porodilja iz "vertikalne grupe" kontrakcije materice su bile 1,7 do 1,9 puta efikasnije tako da je, u proseku, prvo porođajno doba kod svih ispitanica bilo kraće 45 minuta (25%) u odnosu na kontrolnu grupu. Još veća razlika bila je kod prvorotki – u proseku 78 minuta ili 36%⁹⁰. Da uspravni položaj porodilje vodi skraćenju porođaja ukazuje i Erstrom (Erstrom)⁹¹. A Flin (Flynn), zajedno sa još troje saradnika, izveštava da su porodilje kojima je bilo dozvoljeno da se kreću, u poređenju sa onima kojima je bilo naloženo da leže, imale kraći porođaj i primile manje lekova, dok su njihove bebe (na osnovu procene Apgar skorom) bile zdravije⁹².

Uz sve to, uspravni se položaj pokazao posebno pogodnim u slučajevima neuobičajenih prezentacija ploda. U Kini je, tako, uobičajeno da se porodilja postavi "četvoroonoške", odnosno na ruke i kolena, kako bi se okrenuo plod koji napreduje zadkom, a ima izveštaja da se na taj način mogu izvršiti i druge korekcije⁹³.

Sa druge strane, pak, ima činjenica koje ukazuju da ležeći položaj porodilje, sam po sebi, uzrokuje nepovoljne efekte.

Najozbiljniji među njima je takozvani hipotenzivni sindrom koji može da se javi već u kasnoj trudnoći ali naročito izražen može da bude tokom porođaja kada, pri ležanju porodilje na leđima, već i usled same težine gravidnog uterusa, dolazi do snažnog pritiska na donju šuplju venu i trbušni deo aorte. Otuda, usled smanjenog

⁹⁰ Caldeyro-Barcia R., op. cit., str. 15-17.

⁹¹ Erstrom C., Maternal position during labor and birth, prema: McKay S. and Mahan C. S., Laboring patients need more freedom to move, reprint. Medical Economics Company Inc., Oradell, 1984. str. 12.

⁹² Flynn A. M., Kelly J., Hollins G., Lynch P. F., Ambulation in labour. British Medical Journal, 1978. II. str. 591-593.

⁹³ McKay S., nad Mahan C. H., op. cit., str. 9.

dotoka krvi, materične kontrakcije slabe, mogu da postanu nepravilne, a smanjen priliv kiseonika može da ugrozi i zdravlje ploda⁹⁴.

Naravno, ima još dosta podataka koji upozoravaju na prednosti uspravnog položaja porodilja.

No, zvanična je akušerska doktrina ostala nepokolebljiva. Jedini učinjeni ustupak bilo je mestimično prihvatanje "leve lateralne pozicije", to jest ležanja pobočke, čime su manjkavosti standardnog ležećeg položaja tek nešto malo otklonjenje⁹⁵.

Ukoliko se uopšte i objašnjava, obavezno se ležanje porodilja mahom stavlja u kontekst raznih pogodnosti. Kaže se, na primer, da ležeći položaj omogućava redovne preglede radi praćenja toka porođaja; da je porođaj zamo-

⁹⁴ Marx G. F., Aortocaval compression: incidence and prevention. Bulletin of the New York Academy of Medicine. April 1974. Vol. 50, No. 4. str. 443-446. Bieniarz J., Maqueda E., Caldeyro-Barcia R., Compression of aorta by the uterus in late human pregnancy, American Journal of Obstetrics and Gynecology, July 15. 1966. Vol. 95. No. 6, str. 795-807. Caldeyro-Barcia R., Noriega-Guerra L., Cibils L., Alvarez H., Poseiro J. J., Pose S. V., Sica-Blanco Y., Mendez-Bauer C., Fielitz C., Gonzales-Panitza V., Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor, American Journal of Obstetrics and Gynecology, August 1960., Vol. 80, No. 2, str. 284-290. Scott D. B. and Kett M. G., Inferior vena caval pressure in late pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynecology of British Commonwealth. Decembar 1963. Vol. 70, No. 6, str. 1044-1049. Ueland K., Hansen J. M., Maternal cardiovascular dynamics, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Januar 1. 1969. Vol. 103, No. 1, str. 1-7. Hymphrey M. D., A decrease in fetal pH During the second stage of labour when conducted in dorsal position, Journal of Obstetrics and Gynecology of British Commonwealth, 1974. Vol. 81, str. 600.

⁹⁵ Čučević se položaj, na primer, pokazao prilično povoljnijim od ležanja na boku. Prema istraživanju Videma (Vedam) i Gouleja (Golay) – koji su poredili dve slične populacije porodilja – kod žena koje su čučale, u poređenju sa onima koje su ležale na boku, bilo je manje perinealnih rasepa koje je trebalo ušivati (1% prema 14%) manje epizotomija (7% prema 37%), više nepovredjenih medica (45,5% prema 18%), a drugo porođajno doba je bilo značajno kraće (23 minuta kod prvorotki, a 17 minuta kod višerotki). Vidi: Simkin P., Review of Research Findings. 1984-1985., u Kitzinger S. and Simkin P., Episiotomy and the Second Stage of Labor, Pennypress, inc., Seattle. 1986. str. 111.

ran pa se, ležeći, porodilja bolje odmara; da su bolnički ležajevi suviše visoki i uski tako da nikakav uspravan položaj nije bezbedan; da se u uspravnom položaju ne mogu primeniti neki aparati pomoću kojih se registruju određeni parametri toka porođaja; a i da su zapadnjačke žene drugačije razvijene tako da uspravan položaj za njih nije više prirodan⁹⁶.

Razlog koji je možda presudan, međutim, uopšte se ne pominje: uspravljanje porodilje narušilo bi apsolutnu kontrolu koju sada, po osnovi uspostavljene procedure, nad njom ima akušersko osoblje.

Naime, uspravna porodilja ne bi više bila ni statična ni pasivna. U najmanju ruku, otvorila bi joj se mogućnost da se, tražajući za položajem koji njoj lično najviše odgovara, upravlja prema svojim osećajima.

⁹⁶ Lloyd D. & Remington D., *Options in Childbirth*, Sphere Books limited, London and Sidney, 1985. str. 13-14. Inače, što se tiče tvrdnje da uspravan položaj ne odgovara konstituciji "zapadnjačkih porodilja", uputno je imati na umu da je ležanje tokom porođaja prvi put zvanično preporučio Fransoa Moriso (Francois Mauriceau) 1738. godine, u svojoj raspravi o porodiljstvu. Kao akušer francuske kraljice, Moriso je, verovatno ovu svoju inovaciju mogao da odmah primeni na porodiljama bliskim dvorskim krugovima. Sigurno je, međutim, da su se do ostvarivanja kakve-takve prevlasti ortodoksne medicine - a to znači još dobrih 150 godina - žene i dalje, u velikom broju, porađale u nekom od uspravnih položaja. Štaviše, u jednom udžbeniku porodiljstva, štampanom 1936. godine, izričito se kaže da će "žena instinktivno pokušati da zauzme čučajući položaj u toku drugog stadijuma porođaja... ali da, u ispravno vođenom porođaju, akušer treba da eliminiše instinkt i uspostavi red tako što će simulirati prirodni način na akušerskom ležaju... njegovi pomoćnici treba da saviju noge porodilje ka trbuhu i da ih drže jako zabačene". Schumann E. A., *A Textbook of Obstetrics*, prema: Arney W. R., op. cit., str. 63.

UBRZAVANJE POROĐAJA

Pošto je postavljena poleđuške i prikačena za stalak za infuziju, porodilja je, gotovo u potpunosti, dovedena u "red". Mogućnost autonomnog ponašanja, zapravo, do krajnosti joj je sužena. Zaprečen joj je čak i uvid u bilo šta što se zbiva sa donjim delom njenog tela od koga je, s obzirom na nemogućnost vizuelne komunikacije, praktično odeljena.

U isto vreme, pak, akušerskim su poslenicima stvorene sve pogodnosti za nesmetanu manipulaciju.

Na taj način, zaokružuju se okolnosti u kojima "sve" postaje moguće. A, s obzirom na dominaciju principa efikasnosti, prva je neposredna posledica: prisilno ubrzavanje porođaja.

Naime, mnogi akušerski poslenici zanemaruju činjenicu da je porođaj individualan proces, proces koji se menja i razvija idiografskim ritmovima. Još manje im je blisko saznanje da je prirodni tok porođaja već poremećen njihovim prethodnim formacijskim interven-

cijama. U maniru karakterističnom za medikalizaciju uopšte, oni ubrzavaju porođaj pokrivajući usput, ovim novim nasiljem, i niz posledica svojih ranijih, nesagledanih pogrešaka i zabluda.

Nasilje putem koga se porođaj ubrzava, inače, neposredno je usmereno na matericu. Obuzeti seksističko-mehanističkim poimanjem žene (a samim tim i porođaja) akušerski poslenici gotovo da ništa drugo porodiljino i ne vide. Materica je za njih neka vrsta mašine čija je funkcija izgurivanje ploda i oni se na nju kao takvu i usredsređuju. I tako, u nameri da povećaju efikasnost porođanja, oni "poboljšavaju" materično funkcionisanje time što svim porodiljama raskidaju plodove ovojnice i ubrizgavaju sintetske hormonske preparate.

Premda se koriste i pojedinačno (jer obe pojačavaju kontraktilnost materice), ove su dve intervencije najčešće udružene u jedan jedinstveni element akušerske procedure, a njihova se rutinska primena tumači kao preventivno delovanje čija je svrha sprečavanje "neadekvatnog napredovanja" porođaja⁹⁷.

Raskidanjem ovojnice i ubrizgavanjem sintetskog oksitocina, istina, "neadekvatno se napredovanje" u velikom broju slučajeva sprečava.

Osim toga, postiže se i velika ušteda vremena⁹⁸.

⁹⁷ Kao razlog kojim se objašnjava rutinsko nasilno raskidanje plodovih ovojnice navodi se još i takozvana nepristupačnost glave ploda. Naime, pri očuvanim se ovojnicama za glavu ploda ne može prikačiti elektroda aparata za praćenje njegovog srčanog ritma. A ne može se prići ni poglavini iz koje se uzima krv ploda radi raznih analiza.

⁹⁸ Prema podacima o bolničkim porođajima, 1948. godine, u proseku, prvo porođajno doba prvorotke trajalo je 12,5, a višerotke 7,3 časova. Godine 1980., međutim, prvo porođajno doba prvorotke trajalo je (u proseku) 8, a višerotke 5 časova. Logično, za te tri decenije skraćeno je i drugo porođajno doba. Kod prvorotki sa 80 na 30 minuta, a kod višerotki sa 50 na 20 minuta. Pritchard J. A., McDonald P. C., (eds.), Williams Obstetrics, prema: Katz Rothman B. op.cit., str. 263-265.

U isti mah, međutim, svaki se porođaj preobraća u abnormalan. I to ne samo zato što se, faktički, svaki porođaj tretira kao produženi porođaj⁹⁹, nego i zbog toga što se, uz pokoji abnormalan, i svaki prirodan, autonomni porođajni ritam zamenjuje ritmom koji je nametnut, odnosno heteronoman te kao takav remeti specifičan sklad i u drugim domenima.

Masovno transformisanje normalnih porođaja u abnormalne ne dotiče se akušerskih poslenika. Oni se mahom ponašaju kao da se to ne događa. Delom zbog toga što su za ovu proizvodnju abnormalnosti sami odgovorni, ali svakako i zbog toga što se tu radi o argumentu koji nije usmeren samo protiv ubrzavanja porođaja, nego i protiv njihovih važnih profesionalnih interesa. Ubrzavanje porođaja, naime, nije tek još jedna u nizu običnih intervencija. Zahvaljujući hemijskoj komponenti ubrzavanja, odnosno sintetskim materičnim stimulansima, njime se obezbeđuje kontrola kojoj se (svesno) ne može odupreti nijedna porodilja. A povrhu toga, usled složenosti interakcija izazvanih ubrizgavanjem sintetskih hormona, te usled neophodnosti prethodnih procena i provera, počinjeno nasilje poprima izgled naučnog poduhvata; a time se, dakako, povećavaju i važnost i status akušera.

Logično, prevaga profesionalnih interesa očituje se i u domenu istraživanja. Istraživačka je aktivnost, naime, gotovo isključivo orijentisana na ocenu najboljih metoda za ubrzavanje porođaja. Mnogo važnije pitanje: da li je bolje da se porođaj ubrzava ili da se odvija spontano? –

⁹⁹ Produženi se porođaj definiše, okvirno, trajanjem takozvane latentne i aktivne faze porođanja. Latentna faza traje od početka materičnih kontrakcija do početka brisanja i širenja grlića; ali, s obzirom da od žene do žene znatno varira teško ju je normirati. Aktivna se faza, pak, određuje stepenom dilatacije grlića, a kao odrednica se, često, navodi 12 sati trajanja, odnosno dilatacija od pola do jednog santimetra na sat. Vidi: Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 206.

postavlja se veoma retko. Ipak, odgovori malobrojnih istraživača koji su dobrobit porodilja i njihove novorođenčadi prepostavili nepisanim esnafskim zakonima, ukazuju da je sistematsko ubrzavanje porođaja ishodište niza neprijatnosti i komplikacija.

Ubrzavanjem porođaja, pre svega, porodiljama se dodatno pojačavaju bolovi. Posebno su bolne materične kontrakcije uzrokovane sintetskim oksitocinom. Naime, postojeći fidbek sistemi kojima se količina oksitocina koji se ubrizgava u krv porodilje određuje prema intenzitetu materičnih kontrakcija ne mogu ni približno da oponašaju prirodnu regulaciju. Osim toga, od žene do žene, osetljivost na oksitocin veoma varira tako da ga je još i teško dozirati. Otuda su kod ubrzanih porođaja bolovi intenzivniji i češći, a imaju i poseban kvalitet jer, umesto da se javljaju u vidu talasa (a i uz postepeno pojačavanje), oni naprosto "zgrabe" porodilju¹⁰⁰. U jednom od retkih istraživanja te vrste tako, preko 80% anketiranih žena žalilo se da im je primena oksitocina bila neprijatna i da im je uvećavala bolove¹⁰¹; a do sličnih je rezultata došla i En Kartrajt (Ann Cartwright) kojoj je, u uzorku od 2182 žene čiji je porođaj bio ubrzan, samo njih 17% izjavilo da bi se i sledeći put porađale na isti način¹⁰².

Dakako, ubrzavanje porođaja nepovoljno deluje i na plod, najvećma zbog toga što ga izlaže dejstvu naglih, intenzivnih i čestih materičnih kontrakcija, a da mu pri

¹⁰⁰ Ovo su objašnjenje dale žene koje su se, prethodno, porađale i spontano i ubrzano. Vidi: Brackbill Y., Rice J. D., Young D., Birth Trap, Warner Books, Inc., 1985. New York, Str. 8.

¹⁰¹ U kontrolnoj grupi u kojoj su bile žene koje su se tokom porođaja kretale, na pojačane se bolove žalilo njih 20%. Vidi: Enkin M., Keirse Mark J. N. C., Chalmers I., op. cit. str. 209.

¹⁰² Cartwright A., Mothers' experiences of induction, British Medical Journal, 1977. II, 17. September, 745-749.

tom nije više obezbeđena zaštita amnionskog "okeana"¹⁰³.

Zbog novonastalog, neravnomernog i povećanog pritiska ugrožena je naročito detinja glava. Naime, iščezavanjem kontrapritiska takozvanih prednjih plodovih voda, dolazi do izmeštavanja pljosnatih lobanjskih kostiju, pa i do deformacije lobanje ploda. Uz to, izmeštene kosti zatežu moždane pregrade i opne tako da su moguće intrakranijalne ozlede i krvavljenja. Spolja, inače, ovu sliku upotpunjuje otok poglavine nastao usled pritiska cervikalnog dela materice i sledstvenog zastoja venske krvi¹⁰⁴.

Ubrzavanje porođaja, zatim, može dovesti do poremećaja u sistemu fetalnog krvotoka. Već raskidanjem ovojnice, naime, privremeno se smanjuje protok krvi kroz matericu zbog čega se preporučuje da se sačeka naj-

¹⁰³ Pojedini istraživači smatraju da je ova zaštita veoma značajna i zalažu se da se plodove ovojnice ostave cele bar do kraja prvog porođajnog doba. Pri tom, ukazuju da do spontane rupture ovojnice češće dolazi u kasnijim stadijima porođaja. Švarc (Schwarcz) i njegovi saradnici, na primer, navode da je u njihovom istraživanju kod 34% porodilja (od ukupne 517) do prskanja ovojnice došlo u periodu dok je grlić bio otvoren između 4 cm i 9 cm, kod sledećih 33% pri punoj dilataciji grlića, a kod 20% tokom drugog porođajnog doba. Fridman (Friedman) i Zahleben (Sachtleben), takode, konstatuju da je, u grupi porodilja koje su oni posmatrali, kod 46,4% prvorođi i 61,8% višerođi do prskanja ovojnice došlo tek pošto je grlić bio otvoren 8 santimetara. A njihove nalaze potvrđuju i drugi istraživači. Vidi: Schwarcz R. I., Diaz A., Belizan J. M., et al., Influence of amniotomy and maternal position on labor, Proceedings. of the VIII World Congress of Gynecology and Obstetrics, Mexico, 1976., prema: McKay S. and Mahan C. S., How worthwhile are membrane stripping and amniotomy?, reprint, Medical Economics Company Inc., Oradell, 1983. str. 5.; Friedman E. A., Sachtleben M., Amniotomy and the course of labor. Obstetrics and Gynecology, 1963. 22:755.; Stewart P., Kennedy J. H. Calder A., A. Spontaneous Labour: when should the membranes be ruptured?, British Journal of Obstetrics and Gynecology, 1982. 89:39.; Wetrich D. W., Effect of amniotomy upon labour, a controlled study. Obstetrics and Gynecology, 1970. 35:800.

¹⁰⁴ Prema nekim mišljenjima poremećaj cirkulacije može zahvatiti i dublje strukture, odnosno moždano tkivo ploda. Vidi: Caldeyro-Barcia R., Some Consequences of Obstetrical Inference, reprint, Birth and Family Journal, Berkely, 1977. str. 1-5.

manje 40 minuta, pa da se tek onda otpočne sa infuzijom oksitocina¹⁰⁵. Isto tako, usled refleksnih reakcija, kao i usled pojačanog pritiska na pupčanu vrpцу, kod ubrzanih se porođaja češće javlja takozvano rano usporavanje fetalnog srčanog ritma¹⁰⁶.

Remećenjem krvotoka, dalje, remeti se dotok kiseonika. A to, namah, pokreće i poremećaje metabolizma ploda¹⁰⁷.

Naravno, sve se ove komplikacije ne javljaju kod svakog ubrzanog porođaja. Potencijalno, međutim, njihovim je raznim kombinacijama ugroženo svako novorođenče i pogođena svaka porodilja. I to sasvim nepotrebno, na šta ukazuje niz veoma dobro poznatih činjenica.

Pre svega, nije svaki porođaj produženi porođaj¹⁰⁸. Produženi porođaj, osim toga, ne mora biti obavezno abnormalan. Prema nekim stanovištima, čak, on se u 50 % slučajeva može uspešno okončati i bez upotrebe materičnih stimulansa¹⁰⁹.

Produženi se porođaj, zatim, može preduprediti, ili transformisati u porođaj uobičajenog trajanja ukoliko se

¹⁰⁵ Ova se preporuka, u uobičajenoj akušerskoj proceduri veoma retko poštuje. Vidi: Brotanek V., Hoder J., Fetal distress after artificial rupture of the membranes, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1968. 101:542.

¹⁰⁶ Schwarcz R. L., Belizan J. M., Cifuentes J. R., Cuadro J. C., Marques M. B., Caldeyro-Barcia R., Fetal and maternal monitoring in spontaneous labors in elective inductions, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 120. No. 3. October 1. 1974. str. 356-362.

¹⁰⁷ Prema jednom istraživanju, na primer, u slučaju kasnog raskidanja plodovih ovojnica pH venske krvi pupčane vrpce bila je 7,31, a u slučaju ranog raskidanja 7,26 što ukazuje na nastajanje acidoze. Vidi: Caldeyro-Barcia R., op. cit., str. 5.

¹⁰⁸ S obzirom da se radi o truizmu, iznošenje ove tvrdnje ponekome može izgledati bizarno, ali aktualna akušerska procedura i tako nešto čini potrebnim. Inače, prema nekim računima, produženi se porođaj javlja kod 5-15 % prvorođi i 2-5 % višerođi. Llewellyn-Jones D., *Fundamentals of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 1: Obstetrics, prema: Inch S., op. cit., str. 63.

¹⁰⁹ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 210.

odustane od nekih elemenata ustanovljene akušerske procedure. Na primer, ukoliko se porodiljama dozvoli da se kreću, odnosno da zauzimaju položaje koji im najviše odgovaraju, te ukoliko je uz njih neka bliska osoba. Prema jednom istraživanju, žene koje su bile ohrabrivane da se tokom porođaja kreću, da sede ili stoje, u proseku su se porodile za kraće vreme od žena iz kontrolne grupe koje su se porođale pod dejstvom oksitocina¹¹⁰.

Isto tako, kao blagi i neškodljivi, a istovremeno i uspešni stimulatori porođajnog toka, pokazali su se: akupunktura, stimulacija grlića materice vibriranjem ili injekcijom hijaluronidaze¹¹¹, a i neki preparati homeopatske medicine.

Uz to, poznato je da na porođaj pozitivno deluje i stimulisanje erogenih zona porodilje. Naime, s obzirom da pojačavaju lučenje oksitocina, milovanje bradavica, masturbacija i seksualni odnos mogu da značajno podstaknu kontrakcije već senzitivisane materice. Prema istraživanju Džajveda (Jhivad) i Voga (Vaog), čak i po naizmeničnoj stimulaciji dojki posebnom električnom pumpom, 95% porodilja kod kojih je bilo došlo do zastoja porođaja nanovo su dobile kontrakcije dok je kod 63% porodilja sa prenesenom trudnoćom porođaj započeo¹¹².

No, najveći se broj akušerskih poslenika ponaša kao da ima po par posebnih zaziraka.

Ne vide ništa drugo do ono što je propisano aktuelnom akušerskom procedurom.

¹¹⁰ Ibid., str. 208.

¹¹¹ Ibid., str. 210.

¹¹² Jhivad A., Vaog T., Induction of labor by breast stimulation, *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, prema: Kitzinger S., *Birth at Home*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, 1981, str. 133. Inače, i u metodologiji ovog istraživanja se pokazuje da dehumanizacija ide naporedo sa deseksualizacijom porođaja. Erogene zone porodilja, naime, nisu stimulisale ni one same, ni neka njima bliska osoba, nego je u tu svrhu korišćena mašina.

EKRANIZACIJA

Po obrascu karakterističnom i za druge modernizovane industrijske pogone, u sve većem broju bolničkih porodilišta "proizvodni proces" se kontroliše preko posebnih ekrana.

Naime, porodilje se prikopčavaju na elektronske monitore koji kontinuirano odslikavaju rad fetalnog srca, kao i ritam i snagu njihovih materičnih kontrakcija¹¹³.

Prema objašnjenjima akušerskih zvaničnika, cilj ove intervencije je da se pravovremeno otkriju problemi koji bi, ukoliko se ne otklone, mogli da dovedu do oštećenja zdravlja, pa i do smrti ploda.

Međutim, i u ovom slučaju, radi se o tvrdnji koja nije nepobitno potvrđena.

Štaviše, oko dileme: da li je ekranizacija ritmova dva organa, kao element akušerske procedure, korisna ili ne? – ne postoji saglasnost ni u uskim stručnim krugovima. A niz činjenica sasvim jasno ukazuje da bi mnogim porođljama (pa time i njihovoj novorođenčadi) bilo bolje bez ove inovacije.

Sistematska ekranizacija, najpre, deluje negativno time što pojačava atmosferu krize.

Uz treperava svetla i zelene odsjaje sa ekrana, uz brojčanike, žice i cevi, uz 150 stakato zvukova u minutu,

¹¹³ Sem indirektnog registrovanja gde se detektori posebnim pojasom pričvršćuju za trbuh porodilje, i onog direktnog, preko elektrode ušrafljene u poglavinu ploda, koriste se i monitori sa telemetrijskim prenosom. Postoje, osim toga, i centralizovani sistemi. Tu se porođaj prati na ekranu koji je van prostorije u kojoj je porođilja. Vidi: Gilgoff A., *Home birth*. Coward, McCann & Geoghegan, Inc., New York, 1978. str. 78-79.

porodilište zapravo poprima izgled jedinice za intenzivnu negu.

Nekog neutralnog posmatrača to može da impresionira, pa i zaseni. Mnoge porodilje, međutim, isto okruženje može da duboko uznemiri, pogotovo što sa jedne strane doprinosi da se osećaju još bolesnijim i nemoćnijim, a sa druge strane podržava njihove strahove kako im je beba u opasnosti.

Rutinska primena monitora, zatim, guši socijalnu interakciju. Redukuje, zapravo, i onako već smanjeni "kontingent" kontakata i pažnje usmerene na porođilju. Jer – slično poznatom fenomenu da, ukoliko je u nekoj prostoriji upaljen televizor, maltene svi prisutni zure u njega kao hipnotisani – i u ekranizovanim se porodilištima gotovo sva pažnja akušerskih poslenika usredsređuje na monitore.

"Prikopčala sam ženu na monitor – piše Dr Mišel Harrison (Michelle Harrison) – i posle toga niko je više nije ni pogledao"¹¹⁴. A tačnost njene opaske potvrđuju i izveštaj Centralnog babičkog odbora Londona (iz 1973. godine), kao i postupak Dr Klostermana (Kloosterman), upravnika porođiljstva i ginekologije Univerzitetske bolnice u Amsterdamu. Naime, u izveštaju babičkog Odbora konstatovano je da "primena monitoringa ne pruža dobre uslove za učeničku praksu jer učenice više pažnje posvećuju monitoru nego što razgovaraju sa porođiljom i ne guju je"¹¹⁵. Dr Klosterman je pak, pošto je posle nekoliko meseci "monitoringa" uvideo da se porođljama posvećuje sve manje pažnje, sve monitore uklonio iz porodilišta¹¹⁶.

¹¹⁴ Harrison M., op. cit., str. 90.

¹¹⁵ Romalis S., *Natural Childbirth and the Reluctant Physician*, u Romalis S., (ed.), op. cit., str. 73-74.

¹¹⁶ Arms S., op. cit., str. 77. Na određeni način, od "monitoringa" se ogradio i Dr Kaldejro Barsia (Caldeyro-Barcia), inače jedan od njegovih

Sigurno je da, za razliku od Dr Klostermana, veliki broj akušera ne pridaje važnost ni uznemirenosti porođilja, ni činjenici da se centralnom ulogom monitora porođilje praktično svode na puke generatore električnih impulsa.

Očito je, međutim, da pripadnicima dominantne akušerske struje ne smeta ni to što, nasuprot proklamacijama, sistematska ekranizacija ne doprinosi egzaktnosti njihovog rada. Uvođenjem ekranizacije, doduše, dolazi se do više podataka. Ali, očitavanje ovih podataka podložno je znatnim varijacijama. Različita tumačenja se, pri tom, mogu dobiti ne samo od različitih eksperata nego i od jednog istog, ukoliko je između njegove dve procene protekao izvestan period vremena¹¹⁷.

Mogućnost različitog tumačenja podataka, pa prema tome i mogućnost pogrešne procene toka porođaja, zvanično se zanemaruje. Posledice se, međutim, ne mogu sakriti. Ustanovljeno je, na primer, da se rutinskom primenom "monitoringa" povećava broj porođaja koji se okončavaju ili uz pomoć porođajnih klešta, ili putem carskog reza. Naime, prema rezultatima devet kontrolisanih kliničkih eksperimenata, u okviru kojih je bilo posmatrano preko 17. 000 porođilja, u grupama koje su bile kontro-

utemeljitelja. Naime, kada su ga na svetskom kongresu akušera, u Parizu, 1972. godine, upitali da li bi sve porođaje trebalo nadgledati pomoću monitora, i da li bi trebalo osnovati nekakvu svetsku fondaciju kako bi se monitoringom obuhvatio što veći broj porođilja i u siromašnijim zemljama, on je odgovorio da bi eventualno prikupljeni novac bio mnogo bolje iskorišćen ukoliko bi se upotrebio za ishranu trudnica. Prema: Arms S., str. 78.

¹¹⁷ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 192.

lisane putem monitora, operativno je porođanje bilo češće za jednu trećinu¹¹⁸.

Ima svakako više razloga zbog kojih se, pod uticajem monitora, akušeri češće opredeljuju da porođaj završe ovako ozbiljnim intervencijama.

Prema nekim mišljenjima, na primer, "kriva" je povećana anksioznost porođilje (izazvana nizom faktora, od povećane sputanosti, pa do veće zainteresovanosti nadležnih poslenika za monitor nego za nju) i sledstvena stresogena reakcija koja remeti kontrakcije njene materice¹¹⁹.

Prema drugima, opet, akušeri su skloni intervencijama uopšte, jer njihovi se uspešnost i status ne mere brojem prirodnih, odnosno nekomplikovanih porođaja nego dostignutim stepenom kontrole uspostavljene nad porođiljom i njenim funkcijama kao i ekshibicionističkim intenzitetom same kontrolne akcije¹²⁰.

Pored toga, ne bi trebalo smetnuti s uma ni strah, odnosno nesigurnost akušera; pa ni sklonost da se – kao, uostalom, i poslenici drugih specijalnosti ortodoksne medicine – za dodatne intervencije opredeljuju po principu "za svaki slučaj", ili, kako se to eufemistički kaže – "preventivno".

No, sve ovo razmatranje se pokazuje izlišnim u svetlu činjenice da su monitori još i suvišni.

¹¹⁸ Ibid. str. 192

¹¹⁹ Eksperimentima na životinjama, utvrđeno je da povećano lučenje katecholamina remeti materični i placentarni krvotok, kao i da sam psihogeni stres noseće majmunice dovodi do fetalne asfiksije. Vidi: Meyers R. E., Maternal psychological stress and fetal asphyxia: a study in the monkey, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1975. Vol. 122. str. 47-59.

¹²⁰ Dakako, kontrola i ekshibicionizam su izraženiji u slučaju operativne intervencije. Vidi: Stambolović V., Uloge u medicinskoj hijerarhiji, u Stambolović V., prir., Drugo lice medicine, Književna zajednica Novog Sada. Novi Sad, 1989. str. 111.

Naime, kada se radi o pravovremenom otkrivanju problema koji bi mogli da ugroze zdravlje ploda, monitori nisu efikasniji od običnog stetoskopa, dakle od već postojećeg, potpuno neškodljivog metoda, namenjenog za istu svrhu.

Louenson (Lowensohn) i saradnici su, na primer, ustanovili da ni prema jednoj karakteristici fetalnog srčanog ritma nije moguće predvideti stepen hipoksije ploda izražen pH vrednošću krvi uzete iz fetalnog skalpa¹²¹.

A Hejverkemp (Haverkamp) je sa grupom istraživača, čak, pokazao da je upotreba stetoskopa primerenija i u slučaju visokorizičnih porođaja. Oni su poredili dve grupe porođilja. Prva je grupa bila pod kontrolom monitora, a u drugoj su srčane tonove ploda auskultirale babice. U prvoj grupi, 16,5% porođaja završeno je carskim rezom, a u drugoj samo 6,8%, dok između vrednosti ostalih posmatranih parametara nije bilo značajnih razlika. Istraživači su, pri tom, posebno istakli da je na povoljniji ishod porođaja u drugoj posmatranoj grupi uticala "smirujuća atmosfera stvorena ličnom interakcijom babica i porođilja"¹²².

Naravno, u arsenalu promotora sistematske primene ekrinizacije ima i dodatnih argumenata.

Tvrdi se, na primer, da se ovom intervencijom postižu uštede u vremenu i osoblju. Dakle, nasuprot iskustvu Hejverkempove grupe (a i iskustvu drugih istraživača), kao nekakva prednost, ističe se i zagovara dalje smanje-

¹²¹ Lowensohn R. I., Yeh S. Y., Forsythe A. and Hon E. H., Computer-Assessed Fetal Heart Rate Patterns and Fetal Scalp pH, *Obstetrics and Gynecology*, (1975), Vol. 46, str. 190-193.

¹²² Uz način okončavanja porođaja poredeni su i sledeći parametri: Apgar skor, perinatalni mortalitet i morbiditet, kao i vrednost kiseonika i ugljendioksida u venskoj krvi pupčane vrpce. Vidi: Haverkamp A. D., Thompson H. E., McFee J. G., Cetrulo C., The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high risk pregnancy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, June 1. 1976. Vol. 125. str. 310-320.

nje komunikacije sa porođiljama. No i ovaj je argument neutemeljen. Već i velike varijacije u tumačenju rezultata monitorske kontrole ukazuju da monitor može da bude samo dodatak, a ne i zamena za praćenje toka porođaja. A zbog "lažnih pozitivnih" i "lažnih negativnih" rezultata, preporučuje se da se, uz monitoring, povremeno uzima krv ploda radi odgovarajućih analiza¹²³.

Na sličan način mogli bi se pobiti i neki drugi argumenti o korisnosti opšte primene akušerskih monitora.

Ipak, jedan argument ostaje neoboriv.

Na njega se, međutim, akušerski poslenici ne pozivaju jer se nesumnjiva korist na koju ukazuje tiče jedne, ne samo njihove, tek malo skrivene interesne veze.

Naime, akušerski su monitori (kao i ostala medicinska elektronska oprema) važan proizvod medicinsko-industrijskog kompleksa; i to još od vremena kada su bitno doprineli finansijskom oporavku velikih proizvođača elektronske opreme, pogođenih otkazivanjem vojnih porudžbina posle okončavanja Vijetnamskog rata¹²⁴.

Jednostavno rečeno, nuđenjem novog načina socijalne kontrole, finansijski se interes uklopio u potrebe drugoga esnafa.

I – ova se sprema pokazala jačom od svih drugih razloga¹²⁵.

¹²³ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op., cit. „s tr. 198.

¹²⁴ Millman M., *The Unkindest Cut: Life in the Backrooms of Medicine*, Morrow, New York, 1977, str. 245.

¹²⁵ Pred ovom spregom, nikakvu praktičnu snagu nije imao ni izveštaj američkog Nacionalnog centra za istraživanje zdravstvene službe. U ovom je izveštaju naime, još 1978. godine, konstatovano da "elektronski fetalni monitoring može da donese više štete nego dobra", te da se primenjuje iako, prethodno, "nije medicinski proveren". Prema: Katz Rothman B., op. cit., str. 45. Inače, snaga finansijskog interesa pokazala se i time što se monitoring proširio i na period trudnoće. Uveden je, naime, takozvani non-stres test putem koga se, krajem trudnoće, trideset minuta posmatra rad srca ploda, "kako bi se utvrdilo njegovo stanje". Vidi: Nochimson D. J., Turbeville J. S., Terry J. E., Petrie R. H., Lundy L. E., *The Non-Stress*

ŽURBA

U prvom delu porođaja, onome koji je nazvan prvim porođajnim dobom, dominiraju razne mere uspostavljanja kontrole nad porođiljom. U drugom delu pak, onom koji sledi punoj dilataciji grlića materice i okončava se rođenjem deteta, dominantna postaje – žurba.

Oficijalno, žurba se objašnjava potrebom da plod bude što kraće vreme izložen rizicima prolaska kroz takozvani porođajni kanal. Ukazuje se, naime, da je produženo drugo porođajno doba (kako se označava ovaj deo porođaja) udruženo sa neurološkim komplikacijama kod novorođenčadi te sa češćim krvavljenjem i febrilnim stanjem porođilja. Međutim, nema dovoljno dokaza da je uzrok ovih tegoba upravo duže trajanje drugog poro-

Test. *Obstetrics and Gynecology*, (1978) Vol. 54, str. 419. Pratt D., Diamond F., Yen H., Bieniarz J., Burd L., Fetal Stress and Non-stress tests: An Analysis and Comparison of Their Ability to Identify Fetal Outcome, *Obstetrics and Gynecology*, (1979) Vol. 54, str. 419-423.

đajnog doba.¹²⁶ A niz činjenica sugerise da žurba tu nije baš potrebna, pa ni uputna.

Pre svega, potrebu za žurbom (a i njenu uputnost tokom drugog porođajnog doba) osporavaju već sami povodi zbog kojih je ona uvedena u akušersku praksu.

Požurivanje drugog porođajnog doba ustalilo se, naime, krajem prošlog i prvih decenija našeg veka, istovremeno sa razvojem koncepta “aktivnog vođenja porođaja”. “Aktivno vođenje” pri tom, pa tako i ubrzavanje porođaja nisu bili zasnovani na relevantnim naučnim istraživanjima. Njihovo ishodište, a onda i glavni oslonac, bile su posebne ideološki utemeljene pretpostavke koje su promovisali moćni i ugledni akušeri. U skladu sa mehanističkim i seksističkim poimanjem žene i porođaja, ovi su uglednici, tako, o glavi ploda govorili kao o “ovnu” – to jest napravi za probijanje utvrda – čiji je zadatak da “skrši otpor izlaza”¹²⁷; opominjali da je pri spontanom porođaju “fetalni mozak izložen prolongiranom udaranju i kongestiji”, pa tako i “ozbiljnim oštećenjima”¹²⁸; smatrali plod, uopšte, suviše krhkim, “porođajni kanal” suviše rigidnim, a žene “inherentno slabim”, a onda i “nervoznim i neefikasnim produktima moderne

¹²⁶ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 228.

¹²⁷ Ovo poredenje datira iz 1918. Godine (Pomeroy R. H., Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara?, *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Child*, 1918. 78:211-220.), ali se obnavlja 1950-te, u desetom izdanju poznatog Vilijemsovog udžbenika akušerstva Eastman N. J., ed., *Williams Obstetrics*. Appleton-Century-Crofts, New York, 1950, a onda i u svih sledećih šest izdanja. Vidi: Simkin P., *Active and Physiologic Management of Second Stage: A Review and Hypothesis*, u Kitzinger S. & Simkin P., (eds.), *Episiotomy and the Second Stage of Labor*, Pennypress Inc., Seattle., 1986. Str. 10.

¹²⁸ DeLee J., The prophylactic forceps operation, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1:34, 1920.

civilizacije”¹²⁹. Žurba im je, stoga, izgledala spasonosnom.

No, uz svu njihovu današnju dominantnost, pokazalo se da obavezno spasavanje žurbom nije samo sumnjivih ishodišta nego je, što se tiče većine “spasениh” porodilja, još i izlišno. Naime, kod većine žena drugo porođajno doba već spontano traje uglavnom onoliko koliko je propisano – u proseku, 57 minuta kod prvorotki, a 14, 4 minuta kod višerotki¹³⁰. Zatim, drugo porođajno doba može skratiti sama porodilja: kretanjem, ili izbegavanjem ležećeg položaja, a i stimulacijom bradavica uz primenu toplih vlažnih obloga¹³¹. A osim toga, produženo drugo porođajno doba ne vodi izravno predpostavljenim komplikacijama. Koen (Cohen) je na primer, posmatrajući preko 4400 prvorotki, utvrdio da se pri spontano produženom drugom porođajnom dobu (kod 28,65% posmatranih žena drugo porođajno doba je trajalo od 90-180 minuta) ne povećavaju ni mortalitet ni morbiditet novorođenčadi, te da nisu češće ni niske vrednosti Apgar

¹²⁹ Rothman S. M., *Women's Proper Place*, Basic Books, Inc., New York, 1978. Str. 24.

¹³⁰ Ovo je podatak do koga su došli Fridman i Krol, posmatrajući spontane porođaje preko 59.000 žena (Freedman E. A., Kroll B., Computer analysis of labour progression, *Journal of Obstetrics and Gynecology of British Commonwealth*, 1976. 76:1075.). Prema drugim istraživačima, u najvećem broju slučajeva, drugo porođajno doba kod prvorotki traje između 25 i 75, a kod višerotki između 13 i 20 minuta. Jedna od priznatih propisanih granica trajanja drugog porođajnog doba je, inače, 45 minuta kod prvorotki i 30 do 35 minuta kod višerotki. Vidi: Wood C., Ng K., Hounslow D., Time – an important variable in normal delivery, *Journal of Obstetrics and Gynecology of British Commonwealth*, 1973. 80:295., Bergsjö P., Halle C., Duration of the second stage of labor, *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 1980. 59:193., Agboda A., Agobe J., A reappraisal of the duration of labor, *Obstetrics and Gynecology*, 1976. 48:724., VanCoeverden, De Groot H. A., Vader C., The duration of normal labour in Cape Town Whites, *South African Medical Journal*, 1978. 54:1125.

¹³¹ Mahan C. S., McKay S., Are we overmanaging second-stage labor?, *Contemporary Obstetrics and Gynecology*, reprint Medical Economics Company Inc., Oradell, 1984. Str. 6-8.

skora.¹³² Nisvanda (Niswander) i Gordn (Gordon) su ustanovili da se učestalost nepovoljnih efekata povećava tek kada drugo porođajno doba traje duže od tri sata¹³³. A u sedmogodišnjoj prospektivnoj studiji 17000 “donesene” novorođenčadi, Butler (Butler) nije našao korelaciju između dužine trajanja drugog porođajnog doba (u posmatranoj populaciji najduže je trajalo dva i po sata) i učestalosti neuroloških komplikacija¹³⁴.

“Zacrtanu” obaveznost žurbe opovrgavaju i druga istraživanja. Utvrđeno je, na primer, da u drugom porođajnom dobu poremećaji srčanog ritma ploda (ukoliko se tu javljaju po prvi put) nisu udruženi sa niskim Apgar skorom, odnosno sa lošim stanjem novorođenčeta¹³⁵. A izučavanje takozvanog kateholaminskog odgovora ukazuje da zdrav plod raspolaže značajnim rezervama kao i delotvornim zaštitnim reakcijama¹³⁶.

Svojom kontraproduktivnošću, zatim, požurivanje drugog porođajnog doba negiraju čak i njegovi konstitu-

¹³² Cohen W. R., Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity, *Obstetrics and Gynecology*, Vol. 49. No. 3. 1977. Str. 266-269.

¹³³ Niswander K. R., Gordon M., *The Collaborative perinatal Study of the National Institute of Neurological Diseases and Stroke: The Women and Their Pregnancies*, W. B. Saunders Company, Philadelphia/London, 1972.

¹³⁴ Butler N., *National Long-term Study of Perinatal Hazards*, Sixth World Conference, Federation of International Gynaecology and Obstetrics. Prema: Inch S., op. cit., str. 113.

¹³⁵ Katz M., Shani N., Meizner I., et al., Is end-stage deceleration of the fetal heart ominous?, *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 89, No. 3, str. 186-189. March 1982.; Gatziano E. P., Freeman D. V., Bendel R. P., FHR variability and other heart rate observations during second stage labor, *Obstetrics and Gynecology*, July 1980, 56:42.

¹³⁶ Kao reakcija na stres, u okviru kateholaminskog odgovora dolazi do preraspodele krvi kako bi se obezbedio rad vitalnih organa, zatim do mobilizacije energetskih rezervi, kao i do poboljšanog korišćenja kiseonika. Phillippe M., Fetal catecholamines, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 146 (7): 840-855, 1. August 1983.; Jones C. M., Greiss F. C., The effect of labor on maternal and fetal circulating catecholamines, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 144 (2): 149-153, 15. September 1982.

tivni elementi kao što je to prisilno napinjanje porodilja. Uobičajeno prisilno napinjanje na komandu babice, uz dubok udah i duže zadržavanje daha, uz stisnutu vilicu pa prema tome i bez glasa, pre svega je uludo trošenje porodilji toliko potrebne snage. Naime, merenjem ekspanzije grudnog koša pri teškim fizičkim poslovima ustanovljeno je da je maksimalan napor udružen sa plićim udahom,¹³⁷ a onda i da je "aktivnost trbušnih mišića jača" ukoliko napinjanje sledi plitkom udahu, umesto udahu "punim plućima".¹³⁸

Uz to, pokazalo se da je prisilno napinjanje štetno po plod. Prema nekim istraživanjima, ono obično traje duže od devet sekundi, a u tom slučaju produženim prekidima disanja porodilje pridružuje se smanjena prokrvljenost posteljice, jer duže trajanje povišenog intratorakalnog pritiska dovodi do lokalnog nakupljanja krvi (nekad vidljivog po crvenilu lica i grudi porodilje), pa samim tim do smanjenog priliva krvi u srce i sledstvenog pada krvnog pritiska u tkivima i organima koji su distalno od blokade¹³⁹. Otuda, dolazi do takozvanog kasnog usporavanja

¹³⁷ Blankfield A., The Optimum Position for Childbirth, Medical Journal of Australia, 16. October 1965, str. 666-668.

¹³⁸ Gibbs C. P., Maternal Physiology, Clinical Obstetrics and Gynecology, 1981, vol. 24, str. 538-542; Campbell E., Green J., The expiratory function of the abdominal muscles in man - an electromyographic study, Journal of Physiology, 1953, 1120:409.

¹³⁹ Caldeyro-Barcia R., The Influence of Maternal Bearing-down Efforts during Second Stage on Fetal Well-being, Birth and the Family Journal. Vol. 6, No. 1. Spring 1979, reprint, str. 19-23. Inače, pominju se i druge posledice prisilnog napinjanja - od nabora vaginalne sluzokože (koji se javlja ispred glave ploda ukazujući na zategnutost pa tako i na mogućnost povreda mišićnog i vezivnog tkiva, i koji iščezava ukoliko se napinjanje prekine tokom samo nekoliko kontrakcija), pa do iscrpljenosti porodilja i refleksne zategnutosti perineuma.

srčanog ritma ploda, a mogući su i fetalna hipoksija i acidoza¹⁴⁰.

Na sličan način, po plod je štetan još jedan postupak kojim se "ubrzava" drugo porođajno doba. To je pritisivanje na materično dno, u pravcu vagine. Ovom agresivnom intervencijom - tipičnom za mehaničku pamet i logiku pa usled toga, za svrhu u koju se primenjuje, potpuno neefikasnom - zbog remećenja placentarnog krvotoka i priliva kiseonika, zapravo se doprinosi "gušenju" ploda. Porodilji se, pak, nanosi bol, a nekad i unutrašnje povrede¹⁴¹.

No, ceo spasilački koncept, sve zajedno sa žurbom, u samoj njegovoj osnovi osporava stanovište prema kome je spontano odvijanje drugog porođajnog doba za plod - i dobro i korisno.

Prema ovom stanovištu, plod nastavlja dozrevanje i tokom samog porođaja. Za kontinuum njegovog individualnog razvoja, pri tom, jedna od ključnih potreba je primanje nadražaja preko kože. Opsežna stimulacija kože do koje dolazi još tokom prvog, a naročito tokom drugog porođajnog doba, zapravo priprema plod za postnatalni život jer se na taj način, vezom preko autonomnog nervnog sistema, aktiviraju, odnosno podražuju na adekvatno funkcionisanje njegovi vitalni sistemi - od respiratornog, do eliminatornog¹⁴².

U potvrdu ovog stanovišta podseća se da ženke većine vrsta sisara, s obzirom da im porođaji traju znatno kraće,

¹⁴⁰ Kod napinjanja dužeg od devet sekundi, posle kontrakcije, srčani ritam ploda može pasti na 100 do 130 otkucaja, sa prethodnih 160 otkucaja u minuti. Ibid.

¹⁴¹ Cooperman N., Rubovitz F. and Hesser F., Oxygen Saturation in the Newborn Infant, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 81. (1961.) str. 385-394.

¹⁴² Montagu A., Touching, Harper & Row, Publishers, New York/Hagerstown/San Francisco/London, 1978. Str. 37-58.

neizostavno ližu svoju mladunčad¹⁴³. A poziva se i na rezultate nekih istraživanja. Ukazuje se, na primer, da novorođenčad rođena carskim rezom umiru od bolesti hijalinih membrana (radi se o sindromu koji ukazuje na nepripremljenost respiratornog sistema) deset puta češće nego novorođenčad rođena vaginalnim putem¹⁴⁴.

¹⁴³ Poznato je da ženke većine vrsta sisara, od samog momenta rođenja, ližu svoju mladunčad. Nizom istraživanja utvrđeno je da tome posvećuju dosta vremena (mačka, na primer, 27% do 53%. Vidi: Scheirla T. C., Rosenblatt J. S. and Tobach E., *Maternal Behaviour in the Cat*, u Rheingold H. L., /ed./, *Maternal Behaviour in Mammals*, Wiley, New York, 1963. Str. 123.), da lizanje ima određeni ritam (Schaffer R. W. and Premack D., *Licking Rates in Infant Albino Rats*, *Science*, Vol. 134. (1962.) str. 1980-1981.), kao i da je selektivno usmereno, na predodređene delove tela: najčešće na perineum i predeo genitalija, onda na predeo gubice, a potom na trbuh, leđa i bokove (Rosenblatt J. S. and Lehrman D. S., *Maternal Behaviour of the Laboratory Rat*, u Rheingold H. L., (ed.) op. cit., str. 14.). Razumljivo, zbog uvrženosti dihotomije "prljavo-čisto", kao i zbog zaziranja od prljavog (ne samo kao takvog, nego i usled njegovog povezivanja sa seksom), podrazumeva se da je svrha tog lizanja čišćenje, odnosno pranje mladunaca. Međutim, pravi je razlog stimulacija kože, neophodna za adekvatni organski i bihevioralni razvoj mladog organizma. Mladunče koje je lišeno ove stimulacije veoma brzo skapava usled funkcionalnog poremećaja urinarnog i/ili gastrointestinalnog sistema. Džejms Rejnir (James Reniers), na primer, izveštava da je njegova istraživačka grupa uzaludno pokušavala da odgaji životinje koje bi bile sterilne, to jest bez mikroorganizama. Eksperimente nisu mogli ni da započnu jer su mladunci koje su neposredno pošto su se okotili odvajali od majke, i pored nege koju su istraživači smatrali odgovarajućom, listom skapavali. Konsternaciju istraživača razrešio je tek jedan pomoćni radnik (prethodno zaposlen u zoološkom vrtu) poukom da mladunce treba stimulisati trljanjem, naročito u predelu perineuma i genitalija. Vidi: Reyniers J. A., *Germ-Free Life Studies*, *Lobund Reports*, University of Notre Dame. No. 1. 1946. Inače, osim u toku prvih dana života kada je od vitalne važnosti, stimulacija kože je nužna i u drugim razvojnim periodima: u toku trudnoće, u toku porođaja i dojenja. Vidi: Roth L. L. and Rosenblatt J. S., *Mammary Glands of Pregnant Rats: Development Stimulated Bylicking* *Science*. Vol. 151. (1965.) str. 1403-1404.

¹⁴⁴ Kimbal A. P. and Oliver R. J., *Extra-Aminotic Caesarean Section in the Prevention of Fetal Hyaline Membrane Disease*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 90. (1964.) str. 919-924. S obzirom da je ovo istraživanje radeno pre iznalaženja preciznih načina za utvrđivanje njihove plućne zrelosti, postoji mogućnost da su posmatrana novorođenčad (rođena carskim rezom) u većem procentu bila nedonesena.

Navodi se, zatim, istraživanje Majera (Meier) koji je, u seriji eksperimenata na makaka majmunima, našao da su vaginalno rođeni mladunci aktivniji, da primerenije reaguju na zadatu situaciju, kao i na njeno obogaćivanje dodatnim stimulansima¹⁴⁵. Poziva se i na zaključke pedijataru prema kojima su za novorođenčad rođenu carskim rezom karakteristični veći stepen letargije, smanjena reaktivnost i ređe plakanje¹⁴⁶. A citiraju se i razlike u biohemijskim nalazima. Novorođenčad rođena carskim rezom, naime, imaju veći stepen acidoze, niže vrednosti kalcijuma i serumskih proteina¹⁴⁷, a svojstven im je i izmenjen metabolizam ugljenih hidrata¹⁴⁸.

Ipak, čini se da je najefektnija potvrda dubljeg smisla drugog porođajnog doba – samo njegovo spontano odvijanje. Jer, ukoliko se porodilje ne požuruju i ne sile, drugo porođajno doba najčešće odmiče specifičnim postupnim ritmom, od blage ka sve snažnijoj stimulaciji ploda, uz optimalne intervale predaha. Naime, po latentnoj fazi (koja traje desetinu, do par desetina minuta), najpre se javlja slab poriv za napinjanjem, a onda – kako glava ploda počne da steže mišiće karličnog dna i pritiska pararektalne ganglije, a receptori istezanja potiču lučenje oksitocina – refleks napinjanja se pojačava tako da napo-

¹⁴⁵ Meier G. W., *Behaviour of Infant Monkeys: Differences Attributable to Mode of Birth*, *Science*, Vol. 143. (1964.) str. 968-970.

¹⁴⁶ S obzirom na njihovu relativnu dugotrajnost, nađene karakteristike smanjene životnosti novorođenčadi koja su rođena carskim rezom ne mogu se objasniti samo efektima anestezije. Vidi: McKay R. J., Jr. and Smith C. A., *The History in Neonatal Pediatrics*, 8th Edition, W. B., Saunders Company, Philadelphia/London. 1966. str. 339.

¹⁴⁷ Oliver T. K., Jr., Demis A. and Bates G. D., *Serial Blood-Gas Tensions and Acid-Base Balance during the First Hour of Life in Human Infants*, *Acta Paediatrica (Stockholm)* Vol. 50. (1961.) str. 346-360.

¹⁴⁸ Cornblat N., et al., *Studies of Carbohydrate metabolism in the Newborn Infant*, *Pediatrics*, Vol. 27. (1961.) str. 378-389.

ni postaju nevoljni i nezadrživi, ali (uz svu nejednakost u intenzitetu) ne traju duže od šest sekundi¹⁴⁹.

Prema istraživanju Konstans Bejnon (Constance Beynon), ovakvu životnosnu stimulaciju svojoj još nerođenoj deci spontano pruža oko 80% porodilja¹⁵⁰.

Potrebni su, samo, razumevanje i prihvatanje individualnosti svake porodilje pojedinačno, kao i podsticanje njihovih ličnih potencijala. A to podrazumeva: naglasak na otvaranju, umesto na napinjanju; položaj po volji, umesto obaveznog ležanja; podsticanje porodilje da dodirne glavu ploda, umesto "održavanja sterilnog polja"; perinealnu podršku i masažu, umesto rutinskog sečenja; pružanje uverenja porodilji da slobodno može da uprlja izmetom bolnički čaršav, umesto atmosfere koja samo još podstiče njeno ustezanje i zaustavlja napone; upravljanje prema stanju porodilje i ploda, umesto prema arbitrarnim i standardizujućim vremenskim granicama...

Naravno, u drugom porođajnom dobu koje je određeno žurbom za takav pristup nema vremena. Štaviše, dominantna praksa izgleda kao da je ideal ka kome teže današnji akušeri – ukidanje ovog detinjeg razvojnog stadijuma.

To je sasvim razumljivo. Jer, za eliminaciju drugog porođajnog doba otvoreno su se zalagali još utemeljitelji i inspiratori današnjeg porođajstva¹⁵¹.

Od njihovih vremena, pak, promenila se nešto tehnika, ali ne i dominantna akušerska ideologija.

¹⁴⁹ Caldeyro-Barcia R., The influence of Maternal Bearing - down Efforts during Second Stage on Fetal Well-Being, op. cit., str. 19.

¹⁵⁰ Konstans Bejnon je, pre ovih istraživanja, radila sa ženama kojima zbog određenog srčanog oboljenja nije bio dozvoljen napor u toku porođaja. Da podrobnije ispita o čemu se tu, zapravo, radi podstaklo ju je zapažanje da se ove žene porođaju lakše nego druge porodilje. Beynon C. L., The Normal Second Stage of Labour, Journal of Obstetrics and Gynaecology of British Empire, Vol. LXIV, No. 3, June 1957, str. 815-820.

¹⁵¹ Simkin P., op. cit., str. 10.

Doduše, prethodnici današnjih praktičara bili su nešto ekspresivniji: "Često sam se pitao – piše u svojoj klasičnoj raspravi "Profilaktična forceps operacija" Džouzef De Li (Joseph DeLee), poznati čikaški opstetričar koji je neposredno uticao na smernice američkog akušerstva sve do četrdesetih godina našeg veka – zašto priroda nije uređila da se, u procesu reprodukcije, i žene koriste analogno ženama lososa koje se mreste, i onda uginu¹⁵².

¹⁵² DeLee J., op. cit., str. 34.

“ČIŠĆENJE PALUBE”

“Čišćenje palube” je izraz koji se koristi u vojnom žargonu, a podrazumeva aktivnosti kojima se oslobađa manevarski prostor, odnosno kojima se otklanja sve što onome ko komanduje “vezuje ruke”. Sam izraz, inače, potiče još iz vremena kada su ratnu mornaricu činili jedrenjaci i kada je, posle bitke, trebalo što hitnije zbrinuti ranjene, ukloniti mrtve, prevaliti u more polomljene katarke, srediti užad i jedra i, uopšte, raščistiti krš kako bi brod bio ponovo spreman i za odbranu, i za napad.

Militaristički su se rezoni, međutim uvukli i u civilne domene – među njima i u medicinu – pa se tako, tokom trećeg porođajnog doba, prema principu “čišćenja palube” tretiraju i porodilje. Naime, po rođenju deteta, preduzimaju se mere koje se po svojoj prirodi mogu svesti na hitno raščišćavanje porođajnog “poprišta”: porođljama se (profilaktički) ubrizgavaju oksitocinski preparati, rano se podvezuje, odnosno preseca pupčana vrpca, a njen se ostatak “kontrolisano vuče” kako bi se što brže odvojila i izvukla posteljica¹⁵³.

I ovde se, dakako, agresivni postupci objašnjavaju spasilačkim namerama.

Naime, raščišćavanje se eufemistički naslovljava “aktivno vođenje trećeg porođajnog doba”, a njegoa se rutinska primena objašnjava potrebom da se porodilje spasu od opasnosti postpartalnog krvavljenja. Navode se i rezultati istraživanja prema kojima su porodilje podvrgnute “aktivnom vođenju” izgubile manje krvi, dobile

¹⁵³ Ovom obaveznom trijasu ponegde se priključuje i nekritično česta revizija materične duplje, intervencija putem koje se proverava unutrašnjost materice i uklanjaju eventualno zaostali delovi posteljice.

manje transfuzija, kao i manje oksitocina u terapijske svrhe te su, u proseku, brže otpremljene iz porodilišta¹⁵⁴.

No, ovde se radi o situaciji koja je analogna podvigu iz poznate priče o predanoj dadilji – dadilji koja je bila toliko rada da pomogne porodici koja ju je angažovala, da je zapalila kuću, u kojoj su svi zajedno živeli i onda, herojski, spasla dete iz plamena. Jer, veliko je pitanje da li bi obavezno, opšte spasavanje “aktivnim vođenjem” bilo uopšte potrebno da ga nisu nametnula prethodna, a i tekuća (ne)delo samih spasilaca.

Poznato je, najpre, da je postpartalno krvavljenje koje bi ugrožavalo zdravlje, ili život porodilja, u pre-pismenim kulturama praktično nepoznato. Bota (Botha) na primer, posle desetogodišnjeg rada na teritoriji plemena Bantu, piše da nijednoj od preko 26000 žena oko čijeg se porođaja manje ili više bio angažovao nije bila potrebna transfuzija¹⁵⁵.

Jasno, žene pre-pismenih kultura nisu izložene agresiji “aktivnog vođenja”. Naprotiv. Specifični tradicionalni postupci i običaji omogućavaju im da se porađaju prema nekom sopstvenom, individualnom ritmu, uz uzajamno podsticanje ponašanja i tekućeg događanja. Krvavljenje posle porođaja, tako, tu je predupređeno čitavim jednim sklopom fizioloških procesa i spontanog držanja i odnosa svih aktera porođaja.

Pre svega, to znači da se pupčana vrpca ne podvezuje odmah, a prekida se (u proseku) tek oko 15 do 20 minuta po rođenju deteta¹⁵⁶. Time je omogućeno da se krv iz posteljice, postepeno, odliva u krvotok novorođenčeta.

¹⁵⁴ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 237.

¹⁵⁵ Botha M. C., The Management of the Umbilical Cord in Labour, South African Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 16, No. 2, (1968), str. 30-33.

¹⁵⁶ Mead M. and Newton N., Cultural Patterning of Perinatal Behaviour, u Richardson S. A. and Guttmacher A. F., (eds.), op. cit., str. 142-244.

Sledstvenim postupnim smanjivanjem volumena posteljice, pak, pospešuje se postupno skupljanje mišićnog zida materice na mestu posteljičnog pripoja. A postupnim zatezanjem mišićnih vlakana, kao kakvim živim ligaturama, zatvaraju se i lokalni krvni sudovi.

Uspravan položaj porodilje, zatim, pospešuje odlivanje krvi, a onda i odlublivanje posteljice. Naime, sama težina posteljice udružuje se sa pritiskom krvi oslobođene iz prepunjenih vena površinskog sunderastog sloja materičnog zida na mestu placentarnog pripoja i pospešuje rascepljivanje njegovih tananih pregrada. Time se, postepeno, prekidaju veze materice sa posteljicom, podstiče se dalje skupljanje materice, pa tako i stezanje njenih krvnih sudova¹⁵⁷.

Posebno obezbeđenje pak pruža običaj da, gotovo neposredno po rođenju, majka stavlja novorođenče na grudi. Nadražajem bradavica, tako, stimuliše se prirodno lučenje oksitocina čija povećana mera vodi snažnim kontrakcijama materice, uz zatezanje mišićnih vlakana i sužavanje lokalnih krvnih sudova¹⁵⁸.

Porodilje koje su podvrgnute rutinskom "aktivnom vođenju" trećeg porođajnog doba, međutim, lišene su ove višestruke zaštite. A uz to, iz sleda intervencija koje su im nametnute - kao supstitucija prirodnih procesa -

¹⁵⁷ Krv koja je materičnim kontrakcijama potisnuta iz prostora između čupica nakuplja se u venama sunderastog sloja, na mestu placentarnog pripoja, jer prethodno zgrčena mišićna vlakna materičnog zida sprečavaju njeno oticanje u krvotok porodilje. Otuda, pri ponovnim kontrakcijama, prepunjene vene prskaju, a preko oslobođene se krvi prenosi pritisak materičnih kontrakcija koje su, prema nekim istraživanjima, najjače upravo na mestu pripoja posteljice. Vidi: Burton-Brown J. R. C., *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire*, 56. (1946), str. 847-855; i Gyory and Damahidy, *Mschr. Geburtsh. Gynäk*, 118, (1944), str. 192, prema: Inch S., op. cit., str. 148.

¹⁵⁸ Klaus H. M., Kenell J. H., *Bonding*, New American Library, New York and Scarborough, 1983. str. 56.

ishodi upravo problem koji bi "aktivnim vođenjem", navodno, trebalo da se spreči.

Naime, rano podvezivanje i presecanje pupčane vrpce podstiče postpartalno krvavljenje, a i zadržavanje posteljinih fragmenata jer posteljica, nabubrena usled zastoja krvi, sprečava skupljanje materice, sporije se odvaja, a samim tim je sporije i zatvaranje rascepljenih krvnih sudova¹⁵⁹.

Celu situaciju komplikuje još i obavezni ležeći položaj porodilje jer se njime zbog kontraproduktivnog delovanja sile gravitacije¹⁶⁰, dodatno otežava odvajanje posteljice.

Zbog toga se, onda, posteljica prisilno odlubljuje "kontrolisanom trakcijom pupčane vrpce".

Ova isiljena intervencija, međutim, takođe podstiče i postpartalno krvavljenje porodilje, i zaostajanje placentarnih delova¹⁶¹. A u sličnom smislu deluje i grif kojim se preko trbušnog zida, radi istiskivanja posteljice, materica pritiska i potiskuje prema karličnoj duplji jer, krvavljenje se pojačava zbog nastalog nagnječenja i kongestije¹⁶².

Nova opasnost od jatrogenog krvavljenja pak - nastala usled nastojanja da se spreči krvavljenje podstaknuto prethodnim naložima i intervencijama - zaustavlja se sintetskim hormonima jer je propisanom akušerskom procedurom otklonjena i poslednja prirodna zaštita: majci je onemogućeno da, neposredno po porođaju,

¹⁵⁹ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 236-237.

¹⁶⁰ Duckman S., Merk H., Lehman W. X., Regan E., *The Importance of Gravity in Delayed Litigation of the Umbilical Cord*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 66. No 6. Decembar 1953. str. 1241-1223.

¹⁶¹ Weinstein L., Farabow W. and Gudson J., *Third Stage of Labor and Transplacental Hemorrhage*. *Obstetrics and Gynecology*, 37. (1971.) str. 90-93.

¹⁶² Brandt M. L., *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 23. (1933.) str. 662-667., prema: Inch S., op. cit., str. 151.

privije novorođenče uz sebe; a time se blokira ne samo stimulacija njenih bradavica, nego i plima emocija koje bi, same po sebi, stimulisale oslobađanje prirodnog oksitocina¹⁶³.

Sve u svemu dakle, kod većine žena, rutinskom i opštom primenom "aktivnog vođenja trećeg porođajnog doba" pre svega se razrešavaju problemi koje proizvodi samo to aktivno vođenje.

Tačno je, doduše, da se pri tom brže oslobađa prostor u porodilištu.

Tačno je i to da, primenom niza ovih međusobno uslovljenih intervencija, oko porođilja (u proseku) ima manje posla.

Međutim, i veći obrt u porodilištu, i ušteda u vremenu usled manje potrebe da se akušerski poslenici bave oko porođilja, mogu se smatrati prednošću samo u jednom slučaju: ako se sledi militaristička logika.

Poznato je, naime, da je za ovu vrstu logike bitan, pre svega, strateški cilj.

Pri tom, ne obraća se mnogo pažnje ni na prouzrokovanu patnju, ni na pojedinačne ljudske sudbine.

Poruka, pak, da je "zahvalno i instruktivno videti kako materica dobro radi svoj posao ako se ostavi na miru"¹⁶⁴ – do ljudi koji su zarobljeni medicinskim militarizmom nikako ne dopire.

¹⁶³ Walsh Z. S., Maternal Effects of Early and Late Clamping of the Umbilical Cord, The Lancet, May 11. 1986., str. 996-997.

¹⁶⁴ Ovo piše Dr Kouen (Cowan), raniji privrženik "aktivnog vođenja", pošto se vratio na "staromodni" metod spontanog porođanja. Vidi: Cowan A. M., Letter, British Medical Journal, 10 August, 1963. str. 387.

NOVI PODANIK

Kao izraz skrivenog programa medicinske institucije, nadzor i manipulacija koji ishode iz dominantne akušerske tehnologije po prirodi su totalni. Ne može im, dakle, izmaći ni novorođenče. Od prvog momenta ulaženja u samostalni život, naime, i ono biva podvrgnuto odgovarajućem režimu upodobljavanja.

Razni elementi upodobljavanja, dakako, nemaju samo trenutne efekte. Jer, svako novorođenče na određeni način tumači, a onda i pohranjuje utiske svega što je doživelo¹⁶⁵. Otuda, upodobljavanje ne služi samo trenutnoj tehnološkoj svrsi nego svaki njegov element pojedinačno, a i svi zajedno, tvore osnovu uslovljavanja na niz porobljavajućih poruka kojima će novorođeno ljudsko biće tek biti izloženo, bilo u neposrednoj, bilo u daljoj budućnosti.

Pri uobičajenoj akušerskoj proceduri (ukoliko se ostave po strani delovanje medikamenata i operativni zahvati, te uticaji putem stresogenih reakcija porođilja), prvi opšti element upodobljavanja novorođenčeta jeste – rano podvezivanje i presecanje pupčane vrpce.

Za akušere, kao eksperte hirurške orijentacije (pa tako i, često, "brze na nož"), pupčana vrpca je tek puko neosetljivo tkivo i kao takva, naročito u atmosferi "čiš-

¹⁶⁵ Prema Vinikotu (Winnicott), "iskustvo rađanja je značajno i održava se kao materijal memorije". (Winnicott D. W., Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Basic Books, New York, 1958. str. 177.) A ovo stanovište podržavaju danas, i drugi analitičari, kao i terapeuti koji se bave nekom od tehnika ponovnog rađanja (rebirthing).

ćenja palube", predstavlja priličan izazov da se uradi još jedna, makar i mala, hirurška intervencija.

Gledano celovito, međutim, radi se o organu koji je, uz posteljicu i ovojnice, sastavni deo novorođenog deteta tako da je, s obzirom na detinju percepciju kao i sposobnost pohranjivanja sveg doživljenog, veoma važno kako se sa njime postupa.

Ove celovitosti, kao i potrebe za brižljivim postupanjem, na određeni način bili svesni još ljudi pretpismenih kultura. U mnogim afričkim i azijskim plemenima na primer, a i u nekim evropskim sredinama, i danas se veruje da pupčana vrpca i posteljica ostaju u vezi sa novorođenim ljudskim bićem i onda kada sa njime nisu više fizički povezane. Isto tako, smatra se da je veza između ljudskog bića sa jedne, i njegove posteljice i pupčane vrpce sa druge strane, toliko prisna da dobra ili loša sudbina svakog čoveka, kroz ceo život, zavisi od adekvatnosti načina na koji su bila tretirana ova dva njegova organa¹⁶⁶.

Slično, dakako uz drugačiju argumentaciju, poručuju i neki zapadnjački naučnici. Virdžinija Džonson (Virginia Johnson) na primer, psihološkinja koja je ustanovila da se, pomoću metilfenidata, ljudi mogu prisetiti veoma ranih doživljaja, tvrdi kako "postoje jasne indicije da su neonatalna iskustva često povezana sa psihopatološkim simptomima koji se razvijaju kasnije u životu"¹⁶⁷. A Ronald Leng (Laing), još direktnije, piše da je "više nego verovatno da mnogi među nama trpe trajne posledice zbog toga što im je pupčana vrpca prerano presečena"¹⁶⁸.

¹⁶⁶ Frezer Dž. Dž., Zlatna grana, Izdavačko i knjižarsko preduzeće Geca Kon A. D., Beograd, 1937, str. 60-62.

¹⁶⁷ Johnson V., Science News, 21. October 1972, prema: Brook D., Naturebirth, Penguin Books Ltd. Harmondsworth, 1979, str. 104-105.

¹⁶⁸ Laing R. D., The Facts of Life, Penguin Books Ltd. Harmondsworth, 1977, str. 58.

Uz to, Leng ukazuje i da je bio svedokom novorođenčetine "globalne organizmičke reakcije" koja je nastupila neposredno po presecanju pupčane vrpce. To se, kako on kaže, "dešava premda je neurološki nemoguće s obzirom da tu nema nerava"¹⁶⁹.

Aktualna se akušerska praksa, međutim, ne bavi ovom vrstom razmišljanja. Otuda, vođena skrivenom logikom upodobljavanja, ona i simbolično, i faktički, utemeljuje u novorođenčad osećaj lišenosti, a onda i osećaj egzistencijalne nesigurnosti, pa i zastrašenosti.

Utemeljivanje ovih upodobljavajućih svojstava otpočinje amputacijom. Novorođenčetu, zapravo, biva amputiran njegov još uvek živ i funkcionalan deo. Pri tom, ne radi se samo o odsecanju tkiva. Prevremenim podvezivanjem i presecanjem pupčane vrpce novorođenčetu bivaju uskraćeni i značajan priliv toplote, zatim, određene gradivne i hranljive materije, a i važan izvor kiseonika.

Naime, pupčana vrpca nastavlja da pulsira još i do trideset minuta po rođenju deteta.¹⁷⁰ Svakim njenim udarom, novorođenče dobija još 10 do 15 ml tople krvi.¹⁷¹ U odnosu na njegovu celokupnu krv, prema nekim istraživačima, to može da bude povećanje od 47 do 50%¹⁷². Samim tim znatno se povećava i količina raspoloživog hemoglobina koji je, opet, važan izvor gvožđa. Naime, prema nalazima nekih istraživača, osnovna rezerva novorođenčevog gvožđa nije u tkivima nego u hemoglobinu. Otuda, kao posledica ranog podvezivanja

¹⁶⁹ Laing R. D., op. cit., str. 71.

¹⁷⁰ Moss A. J. and Monset-Couchard M., Placental Transfusion; Early versus Late Clamping of the Umbilical Cord, Pediatrics, Vol. 40, No. 1. July 1967, str. 109-126.

¹⁷¹ Lind J., Physiology Adaptations to the Placental Transfusion, Journal of Canadian Medical Association, 93. (1965), str. 1091-1095.

¹⁷² Saigal S., O'Neill A., Surinder Y., Chua Le-Beng, Usher R., Placental Transfusion and Hyperbilirubinemia in the Premature, Pediatrics, Vol. 49, No. 3. March 1972, str. 406-419.

pupčanika, u četvoromesečne bebe količina hemoglobina može da padne na 93 grama u litru krvi¹⁷³.

No, potencijalno najozbiljnija (ali što se tiče upodobljavanja, verovatno, najefikasnija) posledica ove svojevrsne otimačine koja, kao "grom iz vedra neba", pogađa novorođenče – jeste atak na njegovo disanje.

O čemu se radi?

Dokle god prionjenu placentu pritiskaju materične kontrakcije, odnosno dokle god pupčana vrpca pulsira, neprekinut tok krvi iz placente ima važnu komplementarnu funkciju da predstavlja, ujedno, i sigurnosnu rezervu. Novorođenče, drugim rečima, može da prima kiseonik iz dva izvora: jedan je oksigenirana krv iz cirkulacije majke, a drugi – njegov sopstveni respiratorni sistem. Osim toga, zahvaljujući ovoj dvostrukoj zaštiti, dok se pupčani krvni sudovi polako zatvaraju a respiratorni sistem postupno "raščišćava", novorođenče ima na raspolaganju i izvestan prelazni period tokom koga može da se prilagodi i privikne na prodiranje vazduha u pluća.

Dakako, podvezivanjem i presecanjem pupčane vrpce pre nego što su prestale njene pulsacije, biva uništena osnova obe ove fiziološke zaštite. Spolja gledano, otuda, novorođenče hripa za vazduhom ili upada u svojevrsni šok iz koga ga, onda, akušerski poslenici povraćaju daljim nasiljem – poznatim udarcem po zadnjici "da beba proplače". Subjektivno pak, u ovom malom biću koje se još nije ni snašlo u novim uslovima, uspostavlja se osećaj zagušenosti, pa i egzistencijalne ugroženosti. Oba ova osećaja, onako kako ih je doživeo prilikom sopstvenog rođenja, živo je opisao Ronald Leng na inauguralnoj sednici Britanske sekcije Međunarodnog udruženja za psiho-

¹⁷³ Duckman S., Merk H., Lehman W. X., Regan E., op. cit., str. 1214-1223.

somatsku opstetriciju i ginekologiju. "Sećam se – rekao je on tom prilikom – da mi se to dogodilo kao nekakav udarac u telo. Osetio sam, bez zaštite bilo kakve segmentalizacije, bol u vidu cepanja, bol koji mi je oduzeo dah pre nego što sam prodisao, koji je proizveo trostruko crveno svetlo, ukazujući na emocionalnu, fizičku i mentalnu pogibelj i uzbunu. Sasvim iznenada, jedino stanje koje sam poznavao, u toku par sekundi – koliko je bilo potrebno da se klemom i makazama prekine ta veza – naglo je okončano".¹⁷⁴

Zagušivanju i (eventualnom) udaranju, razumljivo, slede i drugi upodobljavajući postupci.

Tako, neposredno pošto se oporavilo od smanjenog priliva kiseonika, novorođenče često biva podvrgnuto takozvanoj sukciiji. U usta i nos mu se, naime, ugurava kateter ili neka slična, posebno konstruisana naprava, radi otklanjanja sekreta. Prema tvrdnjama akušerskih eksperata, time se obezbeđuje bolja prohodnost disajnih puteva. Međutim, i u slučaju ove intervencije, evidentno je samo nasilje. Proklamovana dobrobit je, pak, prilično sumnjiva. Pre svega, nema dokaza da rutinsko provođenje sukciije uopšte predstavlja neko poboljšanje u odnosu na raniju praksu selektivnog pristupa¹⁷⁵. Prema nekim izveštajima, zatim, tokom same ove intervencije može doći i do raznih škodljivih posledica: do poremećaja srčanog ritma na primer, pa i do inhibicije disanja¹⁷⁶. A uz to, postavljanje novorođenčeta u položaj takozvane posturalne drenaže (najbolje na grudima zavaljene majke

¹⁷⁴ Laing R. D., The Inaugural meeting of the British Section of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, London, 28th October 1972, prema Brook D., op. cit., str. 95.

¹⁷⁵ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 303.

¹⁷⁶ Cordero L., Jr. and Hon E. H., Neonatal Bradycardia Following Nasopharyngeal Stimulation, The Journal of Pediatrics, March 1971, Vol. 78, No. 3, str. 441-447.

tako da mu je, zbog njenog uzdignutog trbuha, glava niža od zadnjice) čini sukciju potpuno nepotrebno; pogotovo što spontani izlazak služi pospešuje još i pritisak majčine ruke na novorođenčevu grudni koš¹⁷⁷.

No, kao za uzvrat, trenjem osetljive sluzokože nosa, usne duplje, pa i grla, postiže se nešto drugo: novorođenčetu se svet u koji je tek ušlo predstavlja kao nešto što je puno neočekivanih nasrta, te se dalje uslovljavaju njegovi strah i nesigurnost.

Sledećom upodobljavajućom intervencijom novorođenče biva još ve saterano u sebe.

Naime u toku prvih 45 do 60 minuta po rođenju, novorođenčad koja prethodno nisu bila drogirana lekovima koje je primala njihova majka ostaju budna i svesna, okreću glavu u pravcu odakle dolazi govor, imaju jasno binokularno viđenje i mogu da pogledom prate svoju majku (ili nekog drugog) u luku od 180 stepeni¹⁷⁸. Međutim, ova se njihova bitna sposobnost komuniciranja umanjuje time što im se rutinski, radi zaštite od infekcije, u oči ukapavaju određeni lekovi. U nekim zemljama ovaj je postupak i zakonska obaveza. Pri tom, nema nikakvih dokaza koji bi ukazivali da se ova profilaktička intervencija mora preduzimati baš neposredno posle rođenja, dakle upravo u periodu kada je novorođenče, po prirodi, otvoreno za svoje prve ovostrane kontakte¹⁷⁹. A nema ni

¹⁷⁷ Berezin N., *The Gentle Birth Book*, Simon & Schuster Inc., New York, 1980, str. 145.

¹⁷⁸ Rice R. D., *Maternal-infant bonding: the profound long-term benefits of immediate, continuous skin and eye contact at birth*, u Stewart D. and Stewart L., eds., *21st Century Obstetrics Now*, NAPSAC, Chapet Hill, 1978, str. 377-378.

¹⁷⁹ Rutinsko ukapavanje baktericidnih sredstava u oči novorođenčadi, neposredno posle rođenja, imalo je smisla u XIX veku, kada je i uvedeno, a i kasnije, dok se u okviru ortodoksne medicine malo toga moglo učiniti protiv infekcija. Danas, međutim, kada postoje pouzdana sredstva i protiv gonokoka, i protiv klamidije (koji su, potencijalno, najčešći uzročnici neonatalne oftalmije) praksa zaslepljivanja novorođenčadi odmah po

istraživanja kojim bi bila utvrđena prednost upravo ovakve prakse, u odnosu na neki drugi pristup: na primer, pažljivo posmatranje novorođenčadi kako bi se znaci eventualne infekcije utvrdili već u početnom stadijumu¹⁸⁰. Tako, umesto što veće otvorenosti za susretanja, novorođenče može samo da nazire jer su mu oči ne samo zamucene, nego i bolne usled nadražaja, a (u slučaju ukapavanja 1% srebrnog nitrata) i usled zapaljenja vežnjača.

Nasilje nad novorođenčetom se, dalje, iskazuje i tako što mu se ogoljuje koža. Naime, skida se vernix caseosa, prirodni premaz koji služi kao zaštita, a u Indiji i nekim afričkim krajevima i kao podloga koja kožu deteta čini glatkom i tako omogućava majci da ga s lakoćom masira¹⁸¹. Crvena i osetljiva detinja koža pak, nekad posuta talkom, izlaže se onda za nju gruboj tkanini pelena.

Upakovano i isprepadano, novorođenče se zatim izlaže osami u gomili.

Umesto nežnosti u zajedništvu sa majkom ili drugim bližnjima, prepušta se vrisци i plaču sapatnica i sapatnika koji su na sličan način izgubljeni.

Počinja ujedno da uči i da se, umesto prema sopstvenim potrebama, upravlja prema nametnutim ritmovima.

I, konačno:

- pošto mu nisu dali da diše,
- pošto su ga udarili "za njegovo dobro",
- pošto su mu, neželjeno, trpali i na nos i na usta.
- pošto su ga ometali da progleda
- pošto su ga ogulili do kože, i
- pošto su počeli da ga uče redu,

rođenju je neprimerena, ili je izraz inercije kojom se pokrivaju razlozi skrivenog programa medicinske institucije.

¹⁸⁰ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 298.

¹⁸¹ Berezin N., op. cit., str. 147-148.

novorođenče počinje da ulazi u ulogu podanika, bića koje ne pripada ni sebi, ni onome kome se samo podaruje, nego, poput većine ostalih, samo nizu institucija.

FOKUSI

Kao što se to može uočiti kritičkim posmatranjem akušerske procedure, rutinska serija intervencija čiji je navodni cilj "poboljšavanje" porođaja zapravo je izraz posebnog vida kolonizacije.

I pri ovoj kolonizaciji, razumljivo, kao i pri svakoj drugoj, glavni je udar usmeren na sputavanje specifičnog ličnog iskazivanja kolonizovanih, a onda i na sprečavanje njihovog neposredovanog povezivanja sa drugim ljudima, odnosno sredinama. A glavna je svrha, dakako, eksploatacija situacije u koju su kolonizovani uterani.

Lično iskazivanje porodilja kao i njihovo povezivanje sa osobama koje bi im mogle biti od pomoći u zvaničnom se akušerstvu potiskuju nametanjem seksističkih i mehanističkih stereotipa, stereotipa koji su samo manjim delom u "sirovom" stanju budući da im je glavnina preparirana etabliranom naukom.

Što se pak tiče eksploatacije, ona je neposredno osigurana monopolom akušerskih zvaničnika, sledstvenom masovnom zavisnošću u koju su uvučene pripadnice svih društvenih slojeva, a i spregom niza relevantnih interesa – od onih koji se tiču ličnih aspiracija nadležnih pojedinaca, pa do onih vezanih za profite medicinsko industrijskog kompleksa.

I nametanje stereotipa, i eksploatacija porodilja danas se, nema sumnje, odvijaju veoma uspešno.

Šta više, pod znakom "potreba ženske biologije", bez ikakvih je problema legalizovano i (za kolonizaciju porođaja inače neophodno) prakticiranje nasilja.

Međutim, prokrustovsko saobražavanje porodilja kolonizatorskim kriterijumima normalnosti nije moglo da prođe bez ozbiljnih posledica.

Kod većine žena, naime, spontani je porođaj događanje komponovano iz procesa koji su međusobno tako

savršeno usaglašeni da bilo kakvo umetanje ili nadomeštanje izravno remete njihove interakcije.

Otuda je dominantna kolonizatorska "opredeljenost za neprirodnu porođajnu praksu dovela do toga da je porođaj, u mnogim sredinama, (postao) zona psihobiološke nesreće, zona u kojoj se gotovo sve radi suprotno od načina na koji bi se to događalo onda kada bi bilo dozvoljeno¹⁸².

¹⁸² Laing R. D., *The Facts of Life*, Penguin Books Ltd, Harmondsworth, 1977, str. 64.

Bol

Porođanje boli.

To, dakako, dobro znaju žene koje su se porođale.

Za one koji bi da isključe pristrasnost pak, tu su i naučne studije putem kojih je ustanovljeno da je, u proseku, porođajni bol prilično jak¹⁸³. S tim što su nalazi studija slični, bez obzira da li su za kriterijum bili uzeti subjektivni odgovori porodilja¹⁸⁴, ili objektivna metoda termalne radijacije¹⁸⁵.

Metodom termalne radijacije, na primer, utvrđeno je da pred punu dilataciju materičnog grlića intenzitet bola

¹⁸³ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 26.

¹⁸⁴ Cogan R., Comfort during prepared childbirth as a function of parity, reported by four classes of participant observers, *Journal of Psychosomatic Research*, (1975), Vol. 19, str. 32-37.

¹⁸⁵ Javert C. T. and Hardy J. D., Measurement of pain intensity in labor and its physiologic, neurologic and pharmacologic implications, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, (September, 1950), Vol. 60, str. 552-563.

porodilje varira između 8 i 10 dola, a da u toku drugog porođajnog doba doseže 10,5 dola što je, inače, ekvivalentno toploti koja uzrokuje opekotine trećeg stepena¹⁸⁶.

Logično je stoga da je, nasuprot raširenim zabludama, bol neodvojivi deo porođajnog iskustva i kod pripadnica raznih plemena pre-pismenih kultura.

Prema Bridžit Džordan (Bridget Jordan) na primer, antropolozkinji sa Univerziteta Mičigen koja je izučavala verovanja u vezi sa porođajnim bolom u "nezapadnjačkim kulturama", pitanje "Da li porođanje boli?" ženama sa kojima je razgovarala bilo je apsurdno. Štaviše, bilo im je smešno i da zamisle nekog ko bi bio "u toj meri budalast da pomisli kako porođanje ne boli". Ranije izveštaje pak, prema kojima pripadnice ovih kultura tokom porođaja ne osećaju bolove, Bridžit Džordan je protumačila kao zabludu svojih prethodnika, antropologa, koji su, s obzirom da im kao muškarcima nije bio dozvoljen pristup u ženski "svet porođanja", prihvatili kao istinu grube šale nekih svojih lokalnih informatora.¹⁸⁷

Univerzalnost osećaja bola tokom porođaja je, inače, nešto sasvim razumljivo. Naime, rezultati niza istraživanja i eksperimenata ukazuju da je bazični generator po-

¹⁸⁶ Za merenje bola metodom termalne radijacije korišćen je aparat po Hardiju (Hardy), Volfu (Wollf) i Gudelu (Goodell), poznat još i kao dolorimetar. Njime se bol određuje tako što se, u periodu od tri sekunde, deluje na kožu ispitanika ili ispitanice toplotnim nadražajem poznatog intenziteta. Onaj nadražaj koji, sem osećaja toplote, dovodi i do početnog osećaja bola definisan je kao intenzitet "praga bola". Udvostručavanjem intenziteta ovog nadražaja, pak, nanosi se najjači bol koji se uopšte može percipirati. To je takozvani plafon bola. A njegov merni ekvivalent je 10,5 dola. Vidi: Javert C. T. and Hardy J. D., op. cit., str. 552-553.

¹⁸⁷ Peterson G. H. and Mehl L., *Cesarean Birth: Risk and Culture*, Mindbody Press, Berkeley, 1985, str. 548-549.

rođajnog bola materični grlić, dok je samo telo materice praktično neosetljivo¹⁸⁸.

Naravno, kompletni se osećaj bola ne može svesti tek na somatske činioce. Kao takav, on ima dve komponente – originalni impuls i modul psihičke reakcije¹⁸⁹. A to zapravo znači da je bitno određen pridotim značenjem.

Originalni impuls bola je, prema tome, "obojen" prošlim iskustvom, odnosno celokupnom socijalizacijom porodilje, A, uz to, i njenom trenutnom situacijom.

Ova dvostruka priroda bola, sa svoje strane, u mnogome utiče da se i sam "porođaj doživljava prema stilu kojim ga definiše kultura: kao iskustvo koje je opasno i bolno, ili privlačno i zanosno, ili, opet, veoma rizično te praćeno i neakvim natprirodnim pretnjama"¹⁹⁰.

Tako je, na primer, (s obzirom na seksualnu prirodu porođaja) tipično da je u kulturama u kojima se još u detinjstvu seksualnost i njeni izrazi prihvataju kao uobičajeni deo života – porođanje i lakše, i manje bolno.¹⁹¹

¹⁸⁸ Za ova bi se istraživanja, inače, moglo reći da su u priličnoj meri bila mengeleoidne prirode. Naime, Džejvert (Javert) i Hardi (Hardy) su, kako kažu, "bez anestezije, blago proširivali materični grlić" svojih pacijentkinja i tako provocirali bol jačine šest do osam dola. Tiobald (Theobald) je naneo bol sličnog intenziteta pošto je u materični grlić utisnuo štapić srebrnog nitrata. A članovi jedne akušerske ekipe su, opet, tokom carskog reza, pod lokalnom anestezijom 1% prokainom (tako da je porodilja bila pri punoj svesti) "snažno palpirali" matericu. Kada je ovo njihovo "snažno palpiranje" bilo ograničeno na površinu gornjeg dela materice, porodilja nije reagovala. Nasuprot tome, "snažno palpiranje" grlića i donjeg segmenta materice izazivalo je "tako oštar bol da je porodilja vikala i uvijala se na operacionom stolu". Vidi: Javert C. T. and Hardy J. D., op. cit., str. 556.

¹⁸⁹ Beecher H. K., *The Measurement of Pain: Prototype for the Quantitative Study of Subjective Responses*, Pharmacological Reviews, 9. (1957), str. 59-109.

¹⁹⁰ Mead M., *Male and Female, A Study of the Sexes in a Changing World*, Penguin Books, Ltd., Harmondsworth, 1976, str. 221.

¹⁹¹ Gadpaille W., *Cycles of Sex*, Charles Scribner and Sons, New York, 1975, str. 388-390.

Što se pak tiče dominantnog modela porađanja u zapadnjačkoj kulturi, tu niz činilaca deluje u smislu intenzifikacije osećaja bola. Radi se, zapravo, o činiocima koji vode svojevrsnoj psihofizičkoj zgrčenosti porodilja i time remete prirodnu dinamiku u okviru koje snage otvaranja postepeno eliminišu otpore organske inercije. Među njima, masovno su rasprostranjeni: seksualna inhibiranost žena (a i njihovih akušerskih kontrolora), njihova pozicija "Ja nisam u redu", poistovećivanje porođajnog bola sa bolešću i nesposobnošću, te poimanje porođaja kao stručne intervencije, a ne kao momenta životnoga razvoja porodilje.

Međutim, kao da sve to još nije dovoljno, porođaj čini još bolnijim dominantna akušerska praksa.

Dominantna akušerska praksa, pre svega - potpunom deseksualizacijom porođaja, rutinskim ponižavanjem porodilja, samim bolničkim okruženjem, kao i specifičnom medicinskom ideologizacijom - potvrđuje sve masovno uvrežene klišeje zbog kojih žene u porodilište pristižu već unapred zgrčene. Ali, isto tako, ona pojačava porođajne bolove i nekim svojim specifičnim doprinosima.

Intenzitet bolova, naime, posebno povećavaju razne rutinske intervencije (od davanja injekcija, do rasecanja međice) kojima se narušava fizički integritet porodilja. U istom smislu deluje i linearno pojačavanje materičnih kontrakcija oksitocinskim preparatima. Putem određenih, međusobno povezanih reakcija, zatim, bolove porodilja pojačava i obavezan ležeći položaj¹⁹². A s obzirom na njihovu psihosomatsku prirodu, porođajni bolovi bivaju pojačani i time što se porodilja obično ostavlja sama -

¹⁹² Žena koja se porođa ležeći oseća jače bolove zbog toga što joj je u tom položaju karlični otvor sužen, a karlična mobilnost blokirana. Uz to, odmaže joj i sila gravitacije, efikasnost kontrakcija je smanjena a porođaj produžen. Vidi: Dunn P. M., *Obstetric Delivery Today*, The Lancet, April 10. 1976, str. 790-793.

bez emocionalne podrške, bez mogućnosti za utehu, ili bar razgovor, u neizvesnosti šta se sa njom zbiva, nagađajući šta joj se sve može desiti, odnosno šta sve još mogu da joj urade nepoznati joj i nedokučivi nadležni.

Ovo dodatno, medicinsko pojačavanje porođajnih bolova podstiče već (od ranije) postojeće strepnje, strahove i napetost porodilje. A uvećane strepnje, strahovi i napetost, sa svoje strane, još većma pojačavaju porođajne bolove¹⁹³.

Normalan porođaj tako - premda, spolja gledano, izgleda kao običan tehnički proces - pod uticajem propisane akušerske procedure često postaje nepodnošljivo bolan.

Ipak, procedura se ne dovodi u pitanje.

Po običaju karakterističnom za medicinsku instituciju, umesto da se ispita valjanost prakse, nastali se problem "rešava" uvođenjem nove rutinske intervencije.

Porodiljama se, tako, daje još jedna vrsta lekova: analgetici, odnosno njihove razne kombinacije sa sedativima¹⁹⁴. A manifestuje se i "karakteristična crta kon-

¹⁹³ Strah, na primer, vodi do takozvanog pojačanog motornog odgovora. Putem simpatičkog nervnog sistema, naime, organizam se mobilise "za bekstvo ili za borbu". U okviru te reakcije kontrahuju se cirkularna mišićna vlakna, raspoređena horizontalno u donjem materičnom segmentu i u grliću. Time se remeti dinamika kontrakcije i opuštanja longitudinalnih i spiralnih materičnih mišićnih vlakana, pojačava se tenzija i stimulišu receptori za bol. Pored toga, nadražaj simpatičkih nerava ograničava i dotok krvi u matericu, i to u jeku njene aktivnosti. Oštar bol, tako, nastaje i usled (relativne) mišićne ishemije koja može da dosegne i veoma izražen stepen kada se govori o "belom uterusu". Strah, strepnja i napetost su, uz to, značajno povezani i sa remećenjem tumačenja i razumevanja opaženih stimulusa i doživljenih situacija već i zbog toga što umanjuju kortikalnu kontrolu. Vidi: Kroger W. S. and Freed S. C., *Psychosomatic Gynecology: Including Problems of Obstetrical Care*, W. B. Saunders Company, Philadelphia & London, 1951, str. 86-89.

¹⁹⁴ U kojoj su meri lekovi generalno pribežište medicinskih poslenika pokazala je i Džudit Lorber (Judith Lorber) koja je u istraživanju obavljenom u jednoj opštoj bolnici utvrdila da je, na bilo kakvu žalbu pacijenata, osoblje najčešće odgovaralo primenom lekova - sedativa i narkotika. Vidi: Lorber

vencionalnog medicinskog pristupa – izuzetna usredsređenost na analgetike, uz minimum usredsređenosti na ličan odnos i lično uključivanje”¹⁹⁵.

Za razliku od velikog publiciteta kojim je praćeno pušenje, a i uzimanje lekova tokom trudnoće, ni o analgeticima, ni o drugim sintetskim preparatima koji se ženama ubrizgavaju tokom porođaja, u javnosti se gotovo uopšte ne govori. Štaviše, veliki broj porodilja ulazi u bolnicu sa očekivanjem da tu neće primiti nikakve lekove; a po otpuštanju, opet, mnoge ne znaju ni da su ih dobile. Činjenica je, međutim, da retko koja porodilja prođe bez uobičajene doze od nekoliko medikamentata¹⁹⁶, i pored toga što praktično svi mogu biti štetni po plod, pogotovo za njegov centralni nervni sistem, uzrokujući pogoršanje senzornih i motornih od govora po rođenju, niže vrednosti na testovima razvoja, povećanu razdražljivost, a i smetnje pri dojenju¹⁹⁷.

Akušersko “slepilo” za činjenicu da porođajne bolove pojačava upravo propisana akušerska procedura, kao i da analgetici mogu imati štetno dejstvo – potpuno je razumljivo.

J., Good Patients and Problem Patients; Conformity and Deviance in a General Hospital, *Journal of Health and Social Behaviour*, (June, 1975) Vol. 16, str. 213-225.

¹⁹⁵ O'Driscoll K., An Obstetrician's View of Pain, *British Journal of Anaesthesiology*, (1975) Vol. 45, str. 1053-1059.

¹⁹⁶ Prema studiji Doringa (Doering) i Stjuarta (Stewart), svaka je porodilja, u proseku, primila po sedam različitih lekova tokom vaginalnog porođaja, a po petnaest (15,2) ukoliko je porođaj bio okončan carskim rezom. Vidi: Doering P. L. and Stewart R. B., The extent and character of drug consumption during pregnancy, *Journal of American Medical Association*, (1982) Vol. 239, str. 843.

¹⁹⁷ Ovde je potrebno imati na umu da, za razliku od porodilja koje se, za nekoliko sati, mogu osloboditi metaboličkih produkata analgetičkih preparata, kod novorođenčadi, zbog “nezrelosti” jetre, proces “čišćenja” može trajati i nekoliko dana, Brackbill Y., *Obstetrical medication study*, *Science*. (1979) Vol. 205, str. 447.

Međutim, ishodište ovog “slepila” nisu samo paradigmatička opredeljenost i profesionalna zavisnost od raspoložive tehnologije.

Akušerskim su poslenicima, u stvari, veća bolnost porođaja, a onda i lekovi, dobro došli, pa i potrebni – kao “mehanizam discipliniranja, kao funkcionalni mehanizam koji poboljšava provođenje vlasti čineći ga lakšim, bržim, efikasnijim”¹⁹⁸.

S jedne strane, naime, jači porođajni bolovi čine žene više zavisnim, povećavaju njihovu potrebu za nekom intervencijom (kako onom usko medicinske, tako i onom psihosocijalne prirode) i time uvećavaju važnost nadležnih akušerskih poslenika. Sa druge strane, pak, dati analgetici izravno povećavaju kontrolu nad porodiljama. Jer, usled sediranosti, kao i osećaja zahvalnosti prema “spasiocima” (a i usled nepoznavanja svega onoga što je doprinelo njihovoj patnji) one su mirnije i poslušnije, pa samim tim i podložnije manipulaciji¹⁹⁹.

Suočene sa nasiljem koje većina njih više naslućuje nego što ga je svesna, ali zato u veoma realnom strahu i strepnji, i u očekivanju nepodnošljivih bolova, mnoge žene pokušavaju da se nekako potpomognu takozvanom pripremom za porođaj.

Dva tipa ove pripreme su, pri tom, rasprostranjeniji i masovnije prihvaćeni od niza drugih, manje poznatih.

Prema prvome – čija je glavna struja poznata kao Dik-Ridov (Dick-Read) metod – “u slučaju nekomplikovanog porođaja bol je emocionalna anomalija... čiji je uzrok strah”. A “strah je artefakt” koji je zapravo naučen i koji se može smanjiti ili eliminisati obrazovanjem i trenin-

¹⁹⁸ Foucault M., *Discipline and Punish; The Birth of the Prison*, Allen Lane, London, 1977, str. 209.

¹⁹⁹ Dakako, što se tiče akušerskih poslenika, tu ima i drugih vrsta dobiti – od onih psihološke prirode, pa do onih vezanih za promociju finansijskih interesa farmaceutskih kompanija.

gom gde je glavni naglasak stavljen na fizičko i mentalno opuštanje²⁰⁰.

Drugi, takođe popularan tip pripreme za porođaj, poznat pod nazivom "psihoprofilaksa", u osnovi vuče poreklo od Pavlova koji je pokazao da je moguće usloviti i reakciju bola, i njegovu inhibiciju. Žene se tu, naime, uslovljavaju na inhibiciju osećaja bola, posebnom tehnikom disanja, kao i kontrolom određenih mišićnih grupa²⁰¹.

Za oba ova metoda porođajne pripreme karakteristična je usmerenost na bol. A zajednička im je pretpostavka da, ukoliko porođilja ima "ispravan" stav, ukoliko "dobro" diše, ili se "dovoljno" opusti – onda je porođanje više ne boli.

U studijama čiji je cilj bio utvrđivanje efikasnosti ove vrste porođajne pripreme, kao jedan od glavnih nalaza ističe se manja potrošnja analgetika²⁰². Ostalo je, međutim, nepoznato da li do ove smanjene potrošnje dolazi zbog smanjenog intenziteta porođajnih bolova, ili zbog nekog drugog faktora²⁰³. Prema nekim nalazima, naime, i u slučaju najdoslednijeg provođenja naučene tehnike, porođajni bolovi opstaju s tim što konkretni bolni oset varira od žene do žene²⁰⁴.

Svakako, i jedan i drugi tip porođajne pripreme vredni su i korisni već samim tim što izvesnom broju žena

²⁰⁰ Dick-Read G., Observations on a series of labours with special reference to physiological delivery, The Lancet, April 30. 1949, str. 721-726.

²⁰¹ Lamaze F., Painless Childbirth: Psychoprophylactic Method, Burke Publishing Company, London, 1958.

²⁰² Beck N. C., Natural Childbirth: A Review and Analysis, Obstetrics and Gynecology, (1978) Vol. 52, str. 371-379. Scott J. R. and Rose N. B., Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor and delivery in primiparas. The New England Journal of Medicine, Vol. 294, No. 22, May 27. 1976, str. 1205-1207.

²⁰³ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 26.

²⁰⁴ Tupper C., Conditioning for Childbirth, American Journal of Obstetrics and Gynecology (1956), Vol. 71, str. 734.

moгу da olakšaju patnju, kao i što mogu da smanje količinu medikamenata koji se, inače, rutinski ubrizgavaju velikom broju porođilja.

No, dok su sa jedne strane od pomoći porođiljama, sa druge strane, i metod Dik-Rida i psihoprofilaksa otežavaju njihov položaj delujući, posredno, čak i na eventualno pojačanje porođajnih bolova.

Naime, oba ova načina pripreme socijalizuju žene za mirno uklapanje u uobičajenu akušersku proceduru.

Ključni je faktor ove socijalizacije gotovo potpuno preusmeravanje porođiljine pažnje na bol. A njena ključna posledica – porođiljino samoupodobljavanje.

O čemu se, zapravo, radi?

Jednostavno, usredsređenost na bol, pa samim tim i na tehniku pomoću koje pokušava da se sa njime izbori, porođilja samu sebe sputava. Jer u brizi, odnosno nastojanju da ne remeti tehniku, ona i na bolove, i na sve drugo što doživljava tokom porođaja reaguje poput automata držeći se specifične, prethodno naučene bihevioralne šeme. Otuda, sama, nema ni vremena ni psihosocijalnog prostora da nešto traži ili da se žali; pa čak ni da jauče. A to je, dakako, i čini "dobrim pacijentom", to jest pacijentom koji, kako se to eufemistički kaže: "sarađuje", bez obzira na to kako se oseća²⁰⁵.

Logično je stoga da je, pasivno ili aktivno, veliki deo akušerskog establišmenta prihvatio metod psihoprofilakse, a i Dik-Ridov metod, i to začuđujućom brzinom²⁰⁶.

²⁰⁵ Da su porođilje koje su prošle takozvanu porođajnu pripremu "bolji pacijenti", konstantuje se i u nekim akušerskim procenama metoda porođajne pripreme. Vidi: Hughey M. J., McElin T. W. and Joung T., Maternal and Fetal Outcomes of Lamaze-prepared Patients, Obstetrics and Gynecology, (1978.) Vol. 51, str. 643-647.

²⁰⁶ Prihvatajući ili dopuštajući ove metode, akušerski ih je establišment ujalovljavao, usklađujući ih sa svojim nazorima. Establišmentskom je modifikacijom, pri tom, bio naročito osakaćen, Dik-Ridov metod prema kome su, tokom porođaja, ženi neophodni kontinuirano bodrenje i

No, postoje i sasvim drugačiji načini pripremanja za porođaj, načini prema kojima se akušerski poslenici nisu pokazali blagonaklonim.

Njihova je osnovna postavka da usredsređenost porođilje na potiskivanje bola proizvodi potrebu za akušerskim nadzorom. Otuda, umesto kontrole nad bolom, promovišu kontrolu porođilje nad porođajem. Porođilja se, naime, tu priprema da bude akter porođaja, a ne njegov svedok; odnosno, da se porodi, a ne da je porode. A u tu svrhu, porođajno se iskustvo konceptualizuje kao rad, uz promovisanje stava "Ja ću to uraditi", umesto "Biće mi urađeno".²⁰⁷

Da bi se porođilji omogućila veća kontrola nad porođajem, odnosno što uspešniji rad, ona se ne priprema tek za sam porođaj kao takav. Umesto toga, prevashodno joj se pruža pomoć da se susretne sa nepoznatim u samoj sebi.²⁰⁸ Smatra se, naime, da će žena koja je unapred upoznata sa svojim potencijalnim reakcijama biti spremnija da se suoči sa (ne)očekivanim teškoćama te da

emocionalna potpora. "Nema većeg prokletstva koje može zadesiti mladu ženu koja se prvi put porađa, nego što je to zločin prisilne samoće" - piše Grant Li Dik-Rid, sećajući se straha koji ga je svojevremeno obuzimao u ratu u kome je učestvovao, i u kome je kako poručuje "naučio šta znači samoća". Vidi: Dick-Read G., *Childbirth without Fear: the Principless and Practice of Natural Childbirth*, Harper, New York, 1944. str. 155.

²⁰⁷ Katz Rothman B., *Awake and Aware or False Consciousness: The Cooption of Childbirth Reform in America*, u Romalis S., (edt.) op. cit., str. 162.

²⁰⁸ Peterson G. H., *Birthing Normally*, Mindbody Press, Berkley. 1984. str. 198.

će rizik da bude prevladana nepovoljnim iskustvom, na taj način, biti manji.²⁰⁹

Saobrazno tome, s obzirom da se porođaj smatra bolnim i kad se odvija u optimalnim uslovima, važan deo ovog tipa pripreme jeste orijentacija na prihvatanje porođajnih bolova.

U tom smislu, između ostalog, svaka se žena upoznaje sa karakterističnim intenzitetom porođajnih bolova tako što sluša snimak porođilje koja, u jeku porođaja, slobodno vokalizuje, jačanje, vrhunac i slabljenje svojih materičnih kontrakcija.

Ovaj intezivni auditivni doživljaj stimuliše žene da istraže svoja osećanja upravo onda kada za to imaju i motivacije i vremena; stimuliše ih, zapravo, da se suoče sa sopstvenim strahom, sa sumnjama, sa strepnjom, sa brigom, pa i sa panikom - pre, a ne u toku svog porođaja.

Po pitanju bola, zatim, ovom se vrstom priprema, neposredno sa emocionalnim, na svojevrstan način angažuje i intelektualni uvid žena.

Naime, nasuprot uobičajenoj, kulturno uslovljenoj reakciji "Boli, znači da nešto ne valja!", bol se artikuliše kao zdrav i poželjan aspekt procesa porođanja, kao važna informacija koja svojim kvalitetom upoznaje porođilju sa njenim unutrašnjim stanjem, kao znak da porođaj dobro napreduje, da je beba sve niže, te da je momenat njenog izlaska sve bliži.²¹⁰

U okviru ovog tipa pripreme, dakako, prihvatanje bola podrazumeva i njegovo iskazivanje. Otuda se žene posebno stimulišu da opuštaju stegnuto grlo i slobodno puštaju krike. Smatra se, naime, da je porođajne bolove

²⁰⁹ Slično stanovište detaljnije razlaže Marta Volfenštajn (Martha Wolfenstein) u svojoj studiji o reagovanju ljudi na ozbiljne nedaće. Vidi: Wolfenstein M. *Disaster: A Psychological Essay*. Routledge and Kegan Paul. London, 1957. str. 25-26.

²¹⁰ Peterson G. H., op. cit., str. 75-91.

mного lakše podneti ukoliko se vokalizuju, a i da slobodno izražavanje bola tokom kontrakcija pomaže da se u međuperiodima porodilja u većoj meri opusti²¹¹.

Princip da tokom porođaja porodilje "idu sa bolom", a ne protiv njega, ne znači da se, umesto olakšanja, ženama nude trpljenje i patnja. Tim se principom, pre svega, podrazumeva da se tokom porođaja žena suočava sa još mnogo drugih stvari sem bolova te da će, ukoliko "ide sa bolom", na bolji način moći da se suoči i sa njim samim, i sa porođajem u celini.

Naime, uobičajena skoncentrisanost na porođajne bolove najčešće znači da porodilja te bolove poima kao nešto spoljašnje, odnosno nešto sasvim strano čemu se, s obzirom da je prilično neprijatno, na specifičan način i suprodstavlja. Razumljivo, pošto su porođajni bolovi njen lični izraz, to takođe znači da se, suprodstavljajući im se, žena zapravo suprodstavlja samoj sebi a onda i da ovim konfliktom samu sebe uvlači u disharmoniju i napetost, stvarajući uz to i potrebu da od nekud smogne dodatnu energiju, kao i dodatnu snagu.

Na suprot tome, porodilji koja je (suočavanjem sa samom sobom) pripremljena da "ide sa bolom" pruža se mogućnost da porođajne bolove neposredno integriše u celovito iskustvo porođanja. A to, pre svega, znači – da bol integriše sa iskustvom svoje lične moći i snage, sa is-

²¹¹ Ovo stanovište podržava i Artur Džanov (Arthur Janov). Prema njemu, nema razloga da se zdrave žene ne ohrabre da "idu sa neugodnošću" porođaja, te da osećaju sav bol koji tu postoji, i izvrše svoju agoniju ukoliko je tu ima. Jer, agonija i krici se javljaju uvek kada nešto stvarno treba da se iskobelja iz "nestvarnog sistema", bilo da se radi o bebi, ili o osećanjima. Džanov dalje tvrdi i da orijentacija da se "ide sa bolom" pomaže da se normalizuje proces porođanja i da se izbegne dejstvo "neurotogeničnih" faktora na bebu, te da se tako mogu umanjiti i majčina napetost i osećanje krivice. Vidi: Janov A., *The Feeling Child*, Abacus, London, 1982. Osim toga, u nekim istraživanjima, prihvatanje se bola pokazalo kao varijabla koja je najznačajnija za povoljan ishod porođaja. Vidi: Peterson G. H. and Mehl L., op. cit., str. 516.

kustvom svoje odlučnosti, sa iskustvom svoga zadovoljstva i uzbuđenosti, sa iskustvom svoje svesne namere. S tim što može da računa sa činjenicom da je pri spontanom porođanju, njen prag osetljivosti za bol povećan²¹².

No, ženama kojima ovakav način porođanja ne odgovara, i koje ne žele ni da "budu hrabre" odnosno da ćutke trpe bolove, a ni da (saobrazno kulturnom modelu kojim se poimaju kao pasivne, slabe i bespomoćne) zapadnu u ulogu "žrtve"²¹³ – na raspolaganju je još jedan način potpore.

To su razni postupci i tehnike nefarmakološke prirode.

Među ovim postupcima i tehnikama ima onih drevnih, ali i onih koji se primenjuju tek odskora. A zajedničko im je svojstvo da, uz različit stepen umanjivanja porođajnih bolova, nemaju nikakve štetne posledice i da ih je, uglavnom, veoma jednostavno primeniti.

²¹² Sudeći po ortodoksnim naučnim tumačenjima, ova pojačana otpornost porodilja prema bolnim nadražajima povezana je sa endorfinima. Vidi: Gintzler A. R., *Endorfin-mediated increases in pain threshold during pregnancy*. Science, (1980.) Vol. 210. str. 193. Istočnjačke kosmologije, pak, ukazuju na dejstvo suptilnih energija. Prema joga učenju, na primer, na samom početku porođaja energija "anant vaju" počinje da struji prema srcu i glavi porodilje, budeći u njoj ljubav i nadahnutost. Kako porođaj napreduje, tok ove energije postaje sve snažniji, tako da žena koja dopušta da joj pomognu njene prirodne snage oseća sve veće samopouzdanje i sposobna je da podnese pojačanje porođajnih bolova. Vidi: Shandler N. and Shandler M., *Yoga for Pregnancy and Birth*. Schoken Books, New York, 1979. str. 129-130.

²¹³ Prema Arturu Džanovu, žene koje su odlučile "da budu hrabre" ne trpe samo porođajne bolove kao takve, nego još i dodatni bol, onaj koji nastaje usled toga što potiskuju izražavanje bolnih osećanja. Vidi: Janov A., op. cit., str. 24-35. A što se tiče žena koje su zapale u ulogu "žrtve", one su zapravo u potrazi za "spasiocem", to jest, u potrazi za nekim ko će ih "izvući iz problema", nekad čak i tako što će, umesto njih, obaviti i sam porođaj. Tako, u potrazi za "spasiocem", porodilje mogu reagovati i zastojećim porođanjima ili nekim drugim, istoznačnim apelom.

Porodilja, najpre, može samoj sebi da pomogne ukoliko se ne drži uobičajenog ležećeg položaja, propisanog za porođanje. Pokazalo se, naime, da su "različito od žene do žene" u nekim položajima porođajni bolovi manjeg intenziteta te da, ukoliko im se pusti na volju ili se na tako nešto podstaknu, porodilje same biraju položaj koji im je najudobniji. U jednom trenutku tako, već prema ličnom osećaju, one mogu da izaberu da sede, u drugom da šetaju, a u trećem da leže ili čuče, umesto da sve vreme ostanu izvrnute naznak ili na bok, nemoćne poput kakvog kita nasukanog na peščanu obalu.

Isto tako, porodiljama može da bude od pomoći i primena toplote ili hladnoće. Prekrivanje toplim ćebetom i peškiri natopljeni vrućom vodom, stavljeni na mali trbuh, prepone, odnosno medicu, kao i led stavljen na donji deo krsta ili čmar, takođe mogu da umanje porođajne bolove.

U nekih porodilja, žestina bolova može da popusti i pod toplim tušem, kao i po uranjanju karlice u toplu vodu.

Jednostavan, a delotvoran postupak je i takozvani kontrapritisak, odnosno pritisak u predelu donjeg dela krsta, u toku kontrakcije, čime se umanjuje bol koji se širi ka tom delu tela.

Osim toga, na popuštanje porođajnih bolova utiču i dodir i masaža uopšte, naročito ukoliko su izraz pozitivnih emocija i uklapaju se u istovrsni relacioni kontekst. Vremenom, doduše, usled fenomena adaptacije, njihova efikasnost može biti umanjena, ali to se može izbeći ukoliko se povremeno pauzira, a i ako se menjaju način i mesto dodira, odnosno masaže.

Veoma su efikasni, zatim, akupunktura i šijacu. Primena akupunkture je, razumljivo, nešto složenija jer zahteva izučenost, a donekle i ograničava porodilju. Što

se pak tiče šijacua, s obzirom na njegovu neinvazivnost, osobu koja je zainteresovana da pomogne nekoj porodilji lako je obučiti, a samu tehniku analgezije moguće je primeniti bez teškoća.

Transkutana električna nervna stimulacija (TENS) je takođe neinvazivna i lako primenljivi analgezični metod koji se, odskora, nešto šire primenjuje za smanjenje intenziteta hroničnih bolova (naročito onih reumatične prirode), kao i bolova koji se javljaju posle povreda i hirurških intervencija. Ova se vrsta stimulacije izvodi putem ručnog generatora iz koga se, na određene delova kože, prenosi niskovoltazna električna struja. Porodilja, pri tom, može da sama bira jačinu, frekvenciju, kao i tip stimulacije²¹⁴.

Porođajne bolove, zatim, može da ublaži i vizualizacija, autohipnotička tehnika u okviru koje porodilja (pošto je, prethodno, samu sebe dovela u određeno stanje svesti) i vizualno uranja u misaono konstruisanu situaciju doživljavajući, na primer, scenu u kojoj se oseća bezbedno i prijatno, ili, opet, zamišljajući kako je bol nekakav predmet koji ona može da odbaci.

²¹⁴ Priča o metodi transkutane električne nervne stimulacije, inače, može da posluži kao generalno objašnjenje svima onima kojima je čudno to što se, u ortodoksnom porođajstvu, nefarmakološki postupci i tehnike za ublažavanje porođajnih bolova praktično ne koriste. Naime, metod transkutane električne stimulacije otkrili su Norman Hedžfors (Hagfors) i Stenli Mekdonald (Stanley McDonald) još 1970. godine. Tri godine kasnije, bila se već uhodala i njihova kompanija, Stimulation Technology Inc. koja je proizvodila i prodavala džepne TENS generatore. Posle dosta uspešne hajke koju su protiv transkutane električne nervne stimulacije vodili stručnjaci iz medicinskih krugova, kompaniju Stimulation Technology Inc. kupila je jedna od najvećih američkih farmaceutskih firmi. U toku sledećih desetak godina, i pored toga što je kliničkim ispitivanjem dokazano da je transkutana električna nervna stimulacija i efikasan i neškodljiv metod, novi vlasnici nisu praktično ništa uradili za promociju ovog metoda analgezije. Sasvim je izvesno, međutim, da su za vreme zaradili milione dolara prodajom raznih vrsta i kombinacija sintetskih analgetičnih preparata. Vidi: Coleman V., *The Health Scandal*, Mandarin, London, 1989. str. 37-38.

Na sličan način, po tome što stimulišu takozvane silazne inhibitorne puteve, porođajne bolove mogu da umanje i post-hipnotička sugestija (kada bolovi popuštaju pod uplivom prethodnih, strukturiranih uticaja i nagovora), kao i "rukavična anestezija" (kada se neosetljivost, prethodno uspostavljena u jednoj porođiljinoj šaci, širi na onaj deo njenog tela na koji ona tu šaku postavi). A u okviru istog tipa analgezije izvestan je učinak postignut i muzikom, kao i audioanalgezijom (kad se muzika za opuštanje, koja se sluša u periodu između materičnih kontrakcija, kombinuje sa takozvanim belim zvukom čiji intenzitet, za vreme dok oseća bolove, određuje sama porođilja²¹⁵).

Konačno, kada je reč o suočavanju sa porođajnim bolovima, na raspolaganju je i nešto što je sasvim jednostavno, ali što u isto vreme ima veoma snažan upliv.

To je ukazivanje lične pažnje porođilji.

"Postoji obrnuto srazmeran odnos između potrebe za analgezijom i kvaliteta nege u porođilištu. A to je, najverovatnije, uslovljeno stepenom angažovanosti osoblja" – piše u svom eseju "Akušerov pogled na bol" Kajren O Driskol (Kieran O'-Driscoll)²¹⁶.

Sa njome je potpuno saglasan i Karl Taper (Carl Tuper). "Mnogo puta su me pozvali pacijentkinji koja je, pred kraj porođaja, izgubila kontrolu nad sobom – saopštava on – koja je plakala uz svaku kontrakciju, povremeno se bacakala i udarala oko sebe po stolu. Ali, pošto bih sa njom porazgovarao, i pošto bih posedeo uz nju par kontrakcija, ona bi, na moje čuđenje, ponovo uspostavljala kontrolu, postajala opuštena u toku intervala (između porođajnih bolova) i onda nastavljala sa kontrakci-

²¹⁵ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 212-219.
²¹⁶ O'Driscoll K., op. cit., str. 735.

jama pokazujući tek malo od onoga bola koji je, malo pre toga izgledao tako žestok"²¹⁷.

U proseku, inače, prvorotka ima 136 do 218 kontrakcija tokom prvog, a oko 20 tokom drugog porođajnog doba. Kod višerotki, pak, broj prvih se kreće do 150, a drugih je oko desetak²¹⁸.

²¹⁷ Tupper C., op. cit. str. 735.

²¹⁸ Navedeni podaci važe za spontane porođaje. Vidi: Javert M. D. and Hardy J. D., op. cit. str. 553-554.

Kao jedna od ženinih mogućih životnih prekretnica, porođaj ima dvogubi personalni potencijal: potencijal regresije, i potencijal razvoja.

Oba ova potencijala su, dakako, komplementarni i kod raznih porodilja, kao i tokom samog jednog porođaja, prevađu može imati bilo jedan bilo drugi.

Međutim, bez obzira na to koji je od njih u određenom momentu dominantan, u tranziciji koju proživljava, svakoj je porodilji dragocena neposredna potpora neke bliske osobe.

To se zna, a i poštuje od davnina.

Nijedna zajednica pre-pismene kulture, tako, ne ostavlja porodilju samu. Niti je prepušta strancima. Naprotiv. Prema izveštajima antropologa, u svima sem jednoj od 150 posmatranih kultura, tokom celog porođaja, sa porodiljom ostaje bar jedan član porodice ili neko drugi ko joj je blizak, s tim što je to najčešće neka iskusna žena²¹⁹.

Veoma često, inače, porođaj je pravo "kolaborativno događanje" u kome učestvuje čitava grupa zainteresovanih osoba. Na Jukatanu na primer, kod Maja Indijana, porođaju prisustvuju porodiljine majka i tašta, zatim muž, bake i sestre, ponekad prijateljice i susetke, a ukoliko je porođaj teži, uključuje se i grupa posebnih

²¹⁹ Sosa R., Kennel J., Klaus M., Robertson S. and Urrutia J., The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. The New England Journal of Medicine. Vol. 303. September 11. 1980. No. 11, str. 597-600.

"pomagača". Zajedno i pojedinačno, sve prisutne osobe hrabre i savetuju porodilju, podstiču je, podučavaju, a i prekorevaju. Pritom, neprestano joj daju do znanja da su uz nju, da će se beba roditi, da je potrebno još vremena, rada, a i bola, da su mnoge među njima prošle isto to iskustvo te da znaju kako joj je. Osobe koje drže ili obgrljuju porodilju osećaju i fizički njen porođaj, a one koje je neguju i bodre u toj se meri uživljavaju da gotovo dele i njen bol i njeno postignuće²²⁰.

S obzirom da se radi o važnom osloncu, delotvornom u kriznoj situaciji kroz koju (bar jednom u životu) prolazi veliki broj žena, ova vrsta podrške porodiljama jeste kroskulturalni fenomen te je, kao takva, bila karakteristična i za evroameričku civilizaciju.

No, usled mehanističkog poimanja žene i njime uslovljenog razvoja akušerske institucionalne prakse, naročito u industrijalizovanim sredinama, podrška porodilji je postepeno poprimala potpuno drugačiji sadržaj. Postala je, pre svega, usmerena na plod i na delove ženskog tela koji su sa njime u neposrednom odnosu. Samim tim pak, žena kao ličnost, u tranzicionoj krizi koja jeste privremena ali koja može da bude veoma ozbiljna, ostala je praktično bez potpore. A time je, istovremeno, lišena i jednog važnog vida odbrane od svakovrsne manipulacije i kontrole.

Prema modelu karakterističnom za ortodoksno porođajstvo, potpora ženi kao ličnosti najčešće biva prekinuta već samom procedurom prijema u bolnicu, prisilnim odvajanjem od osobe koja ju je dopratila. U punoj meri, pak, gubitak ove potpore iskazuje se tek posle kaskade intervencija koje slove kao porođajna priprema, kada -

²²⁰ Jordan B. Birth in Four Cultures, Eden Press Montreal - London, 1984. str. 24-26.

pošto je izolovana porodilja napuštena i prepuštena osami – lišenost prelazi u čamljenje.

“Niko ko to nije iskusio – piše Alis Gilgoff (Alice Gilgoff) – ne može da zamisli pustoš, strah, usamljenost, patnju, bol, pa i paniku koji obuzimaju ženu ostavljenu da se porađa sama, satima, u maloj, sterilnoj, nepoznatoj bolničkoj prostoriji”²²¹.

Dodatno ophrvana drugim elementima kontrole i moći, a i raznim mislima koje joj se dok čami roje, porodilja žudi za neakvim kontaktom. No, najčešće, jedini koje ima prilike da vidi samo su belo uniformisani tuđinci koji s vremena na vreme, kao u prolazu, uleću da bi proverili kako “napreduje njen porođaj”. Kontakti do kojih pri tom dolazi uglavnom su tehničke prirode. I, kao takvi, ma koliko porodilja bila spremna da sa zahvalnošću prihvati i najmanji znak pažnje i potpore, nikako ne mogu da zadovolje njenu potrebu za emocionalnom podrškom.

Štaviše, zadovoljenje ove porodiljine potrebe ne može se ni očekivati jer, po pravilu, tokom bolničke procedure niko ne brine o osećanjima porodilje. Premda se, obično, “iz velikih topova” – od sintetskih hormona, do složene elektronske opreme – “puca” da bi se predupredio i neki manji fizički poremećaj, emocionalna klima u kojoj se odvija porođaj praktično se ne smatra važnom. Saobrazno ortodoksnoj medicinskoj paradigmi, naime, na emocije se gleda kao na nešto čemu tokom takozvanog pružanja zdravstvene usluge – nema mesta. Na neki način, čak, podrazumeva se da ih pacijenti koji su “dobrog ponašanja” ne ispoljavaju. Pa tako, “dobro ponašanje” od porodilja očekuju i akušerski poslenici stavljajući im svima,

²²¹ Gilgoff A., *Home Birth*, Coward, McCann & Geoghegan, Inc., New York, 1978. str. 67.

uz niz drugih ograničenja, i specifičnu zabranu na osećanja.

Dakako, osećanja se ne mogu poništiti. Moguće je samo modifikovati njihovu energetska ekonomiju. Drugim rečima, ukoliko je blokiran njihov uobičajen način ekspresije, osećanja se manifestuju u nekom drugom obliku, relevantnom i za određenu osobu, i za njenu konkretnu situaciju.

Shodno tome, čamljenje porodilje može da nepovoljno utiče i na tok njenog porođaja, doprinoseći razvoju raznih (usko gledano) fizičkih poremećaja.

Naime, duh i telo su iste, vibracione osnove²²² i zajedno čine složenu mrežu odnosa u čijim su okvirima (izraženo uobičajenim pojmovima) lični doživljaji i relevantne fizičke funkcije međusobno direktno uslovljeni.

U eksperimentima i kliničkim istraživanjima, ova se uslovljenost očitava posredstvom neurohumoralnih faktora. A, prema nekim mišljenjima, sa abnormalnošću neurohumoralnih faktora, izraženom u vidu simpatičke hiperaktivnosti, povezan je najveći broj, ako ne i svi neobjašnjeni poremećaji materičnog krvotoka i kontraktilnosti²²³.

U ovome smislu, tipičan su primer strah i anksioznost čamotne porodilje.

Strah i anksioznost, naime, deluju kao alarmni signal koji, u okviru neurohumoralnog odgovora, namah izaziva povećanje nivoa adrenalina²²⁴. Pri tom, uopšte nije bitno

²²² Dychtewald K., *Reflections on the Holographic Paradigm*, u Wilber K., (ed.), *The Holographic Paradigm and Other Paradoxes*, Shambala Publications, Inc., Boulder & London, 1982, str. 105-113.

²²³ Shabanah E. H., Toth A., Maughan G. B., *The role of the autonomic nervous system in uterine contractility and blood flow*, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 89, No. 7, August 1. 1964, str. 841-858.

²²⁴ Lederman R. P., Lederman E., Wort B. A., Jr., McCann D. S., *The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma*

da li u tom trenutku porodilju nešto neposredno fizički ugrožava ili ne. Dovoljno je da ona misli da je ugrožena jer, kao što je poznato iz kognitivne psihologije, osećanja proizlaze iz misli, odnosno iz individualnog tumačenja iskustva, a ne iz samoga iskustva kao takvog²²⁵.

Povećanom nivou adrenalina, sledi više ili manje izražena materična inercija. Aktivnost mišićnih vlakana u telu materice, naime, biva redukovana tako da kontrakcije postaju slabije. A aktivnost vlakana donjeg dela materice, kao i grlića, biva povećana, tako da se usporava, pa i zaustavlja njihovo otvaranje²²⁶. Pored toga, istim neurohumoralnim uticajem, smanjuje se i priliv krvi u matericu i posteljicu²²⁷.

Smanjena kontraktilnost i zatvaranje materice, kao i njena slabija prokrvljenost, sa akušerskoga su stanovišta necelishodne, pa i štetne.

Sa stanovišta mudrosti organizma međutim, čiji su uostalom i izraz, smanjena kontraktilnost i zatvaranje materice te njena slabija prokrvljenost, u tome su trenutku celishodni i korisni. Jer, njihova pojava ukazuje da su okolnosti u kojima se nalazi određena porodilja nepovoljne, te da mogu da je uvuku u ozbiljne porođajne pro-

cortisol to progress in labor, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 132, 1978, str. 495-500.

²²⁵ Mason J. W., A re-evaluation of the concept of "non-specificity" in stress theory, Journal of Psychiatric Research, (1971.), Vol. 8, str. 323-333.

²²⁶ Kelly J. V., Effect of Fear upon Uterine Motility, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 83, No. 5, March 1962, str. 576-587. Do nešto drugačijeg zaključka došao je Pajntar. Prema njemu, stres i emocionalna napetost koja izrasta iz straha "remete tok porođaja samo kod žena sa deviranom ličnom strukturom, a naročito kod neurotičnih i vegetativno labilnih žena. Vidi: Pajntar M., Psihopske komplikacije nosečnosti in poroda. Zdravstveni vestnik, let. 51, št. 4 (1982), str. 187-189.

²²⁷ Anderson S. G., Still J. G., and Greis F. C., Differential Reactivity of the Gravid Uterine Vasculatures: Effects of Norepinephrine, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 129, No. 3, October 1977, str. 293-298.

bleme. A istovremeno, s obzirom da je porođaj usporen (nekada i zaustavljen), ove akušerske necelishodnosti do-
tičnoj porodilji pružaju i mogućnost "da se bori, ili da beži", to jest, da se izbori da neko ko joj je blizak bude pored nje tokom porođaja, ili da se skloni u neku drugu sredinu, sredinu u kojoj će se osećati sigurnijom²²⁸.

Naravno, da bi porodilja realizovala ovu mogućnost nisu dovoljne samo biološke pretpostavke. Neophodne su i pretpostavke socijalne prirode. A u okolnostima ortodoksne akušerske procedure, usled ogromne neravnoteže moći na štetu porodilje, upravo njih nema.

Tako, veliki broj porodilja biva prisiljen - da čami. S tim što im se ponekad, ukoliko se ova prisila već sama po sebi ne podrazumeva, nude i razna objašnjenja zašto je to za njih dobro.

Dakako, porodilje osećaju, odnosno znaju da im čamljenje ne odgovara. Prema nekim istraživanjima, naime, malo je žena koje ne žele da neko koga znaju bude uz njih tokom porođaja. Velika većina anketiranih osetila je zadovoljstvo i olakšanje kada je njihov partner mogao da im se pridruži, a razočaranost kada on to nije mogao, ili kada mu to nije bilo dozvoljeno²²⁹.

Pored toga, saobrazno načelu celovitosti, pokazalo se da izlaženje u susret porodiljinoj potrebi za emocionalnom podrškom ima i takozvane objektivne posledice.

Prema istraživanju Rendija Etnera (Randy Ettner) na primer, u grupi žena koje su se porađale "bez podrške", u poređenju sa grupom žena čijem su porođaju prisu-

²²⁸ Mogućnost borbe ili bekstva ("fight or flight" odgovor) jeste svojstvo kojim raspolaže svaki živi organizam kako bi, u uslovima kontinuirane interakcije sa svojim okruženjem, održao integritet i ravnotežu svojih unutrašnjih regulatornih procesa i pod nepovoljnim okolnostima. U tu svrhu, kao posebna mera mobilizacije, aktiviraju se njegovi odbrambeni sistemi, mobilišu energetske rezerve i potiskuju, u tom momentu, manje važne funkcije.

²²⁹ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., Chalmers I., op. cit., str. 178-180.

stvovali prijatelji ili neki član porodice, porođajne su "disfunkcije" bile tri puta češće²³⁰.

Hutel (Huttel) i njegovi saradnici su, takođe, pokazali da su žene čijem su porođaju prisustvovali supruzi, u odnosu na porođilje iz kontrolne grupe, bile opuštenije i aktivnije, te da su se manje žalile na bolove i ređe plakale posle porođaja²³¹.

U poznatoj "Gvatemalskoj studiji", opet, u grupi prvorotki kojima su podršku pružale nepoznate, ali posebno obučene žene (takozvane dule), registrovani su, u proseku, značajno kraći porođaji, ređe korišćenje uterotonika, manji broj porođaja obavljenih uz pomoć instrumenata ili putem carskog reza, kao i viši Apgar skorovi novorođenčadi. Pored toga, žene uz koje je bila dula (doula) posle porođaja su bile duže budne, više su milovale svoju bebu, više joj pričale i više joj se smešile²³².

U posebnom istraživanju, uz to, Riva Rabin (Reva Rubin) je ustanovila da su žene koje su tokom porođaja imale prilike da dožive bliske i lične telesne dodire (od strane osoba koje su im pružale podršku) neposredno posle rođenja deteta u kontaktima sa njime bile mnogo vičnije od žena čiji su fizički kontakti tokom porođaja bili tek rutinski i bezlični²³³.

Ove, a i druge slične istraživačke nalaze, i pored toga što su jasno ukazivali u kojoj meri čamljenje može da šteti i porođiljama i njihovoj novorođenčadi, akušerski su zvaničnici prilično istrajno marginalizovali.

²³⁰ Ettner R., "The Work of Worrying", Emotional Preparation for Labor, u Peterson G. and Mehl L., (eds.), op. cit., str. 446-452.

²³¹ Hutel F., Mitchell I., Fisher W., and Meyer A., Quantitative evaluation of psychoprophylaxis in childbirth, Journal of Psychosomatic Research, (1972.), Vol. 16, str. 81.

²³² Sosa R., Kennel J., Klaus M., Robertson S., and Urrutia J., op. cit., str. 599.

²³³ Rubin R., Maternal Touch, Nursing Outlook, (1963), Vol. 11, str. 828-831.

No poslednjih godina, u mnogim sredinama, situaciju su počeli da menjaju konzumeristički, a donekle i neki drugi pritisci²³⁴.

Isprva, osobe kojima je dopuštano da tokom porođaja budu uz porođilje bili su samo njihovi supruzi; a i tom su se mogućnošću koristile uglavnom porodice višeg društvenog statusa.

A onda se ova institucionalna breša prolomila i, od nečeg povremeno dopuštenog, u velikom broju akušerskih bolnica industrijalizovanog sveta, podrška porođilji je prerasla u nešto maltene normativno. O njoj je čak, među akušerskim poslenicima, počelo da se govori kao o "verbalnoj anesteziji", te kao o "nezamenljivom bazičnom sedativu"²³⁵. A, uz prihvatanje prisustva prijatelja, muževa, članova porodice uopšte, kao i drugih bliskih osoba, oko porođilje se angažuju i posebni profesionalni pomagači poznati kao "treneri" ili "staraoci", odnosno "starateljke"²³⁶.

Naravno, pripuštanje osoba bliskih porođiljama ne znači da, tamo gde je do toga došlo, akušerska institucija nešto bitno menja u svojim nazorima. Naprotiv. Dosledna sebi, ona teži da i ove pridošlice kooptira, odnosno da ih u što većoj meri uvuče u svoj model, i iskoristi za svoju proceduru. Otuda se, suptilnim pritiscima, i njihovo ponašanje podvrgava pisanim i nepisanim pravilima, određenim dominantnom tehnologijom i postojećim odnosima moći.

²³⁴ U situaciji u kojoj je, univerzalno, uz opadanje broja porođaja došlo i do (relativnog) smanjenja sredstava za zdravstvenu zaštitu, konzumeristički su pritisci, svakako, bili primarni. Međutim, naročito što se tiče širenja svesti da (sem onog što nudi akušerski establišment) postoje i druge mogućnosti, značajnu ulogu imao je angažman pojedinih žena, grupa i udruženja neofeminističke orijentacije.

²³⁵ Feldman D., Choices in Childbirth, Groset & Dunlap, New York, 1978, str. 92.

²³⁶ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 175.

Predpostavljeni se neinstitucionalni odnos, tako, institucionalizuje.

Praktično, to na primer znači da se muževi porodilja uvlače u svojevršno paktiranje sa osobljem.

Pakt ove dve novoudružene strane, inače, obično se zasniva na njihovom obostranom podrazumevanju da je u datim okolnostima, s obzirom na stanje u kome je porodilja, muž "razumniji". A uz takvo polazište, podrška muža veoma lako biva usmerena na brigu da porodilja (koja i dalje računa na njega!) "pravi što manje problema", bude "dobra" i poslušna, ne žali se, i – "sarađuje".

Za uzvrat, pak, muž ponekad biva nagrađen saučesničkim pogledom razumevanja, a nekad mu se dopusti i da obavi neki tobože važan zadatak – da preseče pupčanu vrpцу, na primer.

Dakako, ima prijatelja, supruga, i drugih bliskih osoba koji ne upadaju u zamku nekritičnog podržavanja institucionalne procedure i koji se trude da zastupaju porođilju, a ne samo da je neguju i paze. No u tom slučaju, nekada izravno, a nekada pomoću litanije zastrašujućih komplikacija do kojih navodno može doći ukoliko se ne postupi po njihovom, akušerski poslenici brzo pokazuju da su oni ti kojima u porodilištima pripada besprizivna vlast.

Loše iskustvo porodilja i njihovih podržavalaca-zastupnika, u mnoštvu nesporeda i sukoba sa akušerskim osobljem²³⁷, bilo je povod da se konstituišu razni

²³⁷ Ovi sukobi i nesporedi su naročito česti sa osobljem koje je na ustanoj skali vrednosti nižeg statusa. Ali ne zato što se radi o osobama koje su gore, ili prgavije od lekara nego zbog toga što je njima, s obzirom da su statusno bliži porodilji (saobrazno statusu uloge koja joj je dodeljena, a ne njenom društvenom položaju!), dodeljena isturena uloga u bolničkom sistemu pacifikacije. Lekari, tako, ne moraju da "prljaju ruke" jer su porodilje, dok dođu do njih, već upodobljene. Vidi: Stambolović V., Transformacija medicinske hijerarhije i farmakološki kompleks, u

"Porođajni planovi", "Ugovor između akušerske pacijentkinje i lekara", "Lista ličnih prava pacijenta/pacijentkinje", "Lista pitanja koja treba postaviti nadležnima u akušerskoj bolnici" – koji svi služe da porodilja, pošto je definisala šta ona sama hoće, utvrdi šta sve, od toga, pristaje da joj obezbedi institucija u kojoj ona planira da se porodi; odnosno, šta sve imaju pravo da zahtevaju, a na šta sve moraju da pristanu ona i njen pratilac.

U "Ugovoru akušerske pacijentkinje i lekara", na primer, preciziraju se sledeća njena prava:

A/ jasna i odgovarajuća objašnjenja u vezi sa tokom porođaja, intervencijama i eventualnim komplikacijama; prisustvo oca deteta; poštovanje privatnosti; predstavljanje, po imenu i funkciji, svake osobe koja joj pride radi neke intervencije.

B/ da je ne briju; da se slobodno kreće i zauzima položaj koji joj odgovara; da je vaginalno pregledaju samo uz prethodno objašnjenje i njenu dozvolu; da se monitoring i intravenska infuzija primene samo ukoliko je to neophodno; da može da pije kada je žedna; da joj ne prokidaju vodenjak ako to nije neophodno.

C/ da joj ne daju analgetike (ukoliko to ona sama ne zatraži); da joj ne ubrzavaju porođaj (ukoliko to nije medicinski indikovano); da joj ne rade rutinski epizotomiju; da u momentu rađanja deteta u porodilištu vlada tišina; da joj se neposredno po porođaju novorođenče da u na-

ručje i omogućiti neposredan kontakt; da se odloži presecanje pupčane vrpce dok ne prestanu njene pulsacije²³⁸.

Premda se uglavnom radi o nekoj vrsti dobrovoljnih ugovora, sve su ove liste želja i saglasnosti u principu korisne. No, i u okolnostima porođaja, šut teško može da izađe na kraj sa rogačim. Pokazalo se, naime, da je otvaranje akušerskih odeljenja supružima i drugim porođiljinim bližnjim ponegde bilo udruženo sa značajnim povećanjem učestalosti carskog reza i drugih akušerskih intervencija²³⁹.

Na prvi pogled, ovaj podatak izgleda paradoksalan. Jer, zašto bi nešto što je za porođilju u principu dobro bilo udruženo sa nečim što je, opet u principu, za nju nepovoljno?

Međutim, ukoliko se ovaj paradoks razmotri sa stanovišta teritorijalnog rivaliteta²⁴⁰, počinje da se pomalja i jedno njegovo drugačije značenje. Naime, carski rez i ina akušerska posredovanja tada se iskazuju kao izraz "pobede", odnosno kao ultimativni dokaz moći i suverenosti onih kojima su bili na raspolaganju.

Kratko rečeno, deo kontrole koji se pripuštanjem porođilji bliskih osoba rasplinuo, a nije nadoknađen njihovom kooptacijom, nekada se restituiše i tako što se čamljenje porođilje transformiše u transakciono identičnu situaciju – situaciju u kojoj su akušerski poslenici opet željeni spasiooci, u kojoj porođilja na bilo kakvu akciju kojom akušerski poslenici ponovno pojačavaju svoju kon-

Stambolović V., *prir., Drugo lice medicine*, Književna zajednica Novog Sada, Novi Sad 1989, str. 69.

²³⁸ Brackbill Y., Rice J., Young D., *Birth Trap*, Warner Books, Inc., New York, 1984, str. 169-189., kao i Lloyd D. and Remington D., *Options in Childbirth*, Sphere Books Ltd., London and Sydney, 1985, str. 176-183.

²³⁹ Enkin M., Keirse Marc J. N. C., and Chalmers I., *op. cit.*, str. 176.

²⁴⁰ Lazarus R. S., *The Riddle of Man*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1974, str. 267-268.

trolu (za koju je carski rez paradigmatičan primer) gleda sa olakšanjem, pa i zahvalnošću.

Dakle, s obzirom da je zbog svoje socijalne i biološke prirode porođaj istovremeno i interpersonalno događanje, za prevazilaženje čamljenja porođilje, ma koliko bila neophodna, emocionalna podrška ne mora da bude dovoljna.

Ali, ne samo zbog mogućnosti da čamljenje bude zamenjeno nekim drugim oblikom kontrole.

Porođilji kao ličnosti naime, uz onoga ko joj je blizak, ko joj priča, hrabri je i drži je za ruku, bitno je i nešto drugo. Bitno joj je da ono što oseća, a uz to i svoje nade i brige, saopšti i svojim stručnim pomagačima. Bitno joj je, dalje, da bude obavestena o toku porođaja, uz redovno korigovanje vremenskog termina u kome se očekuje rođenje njenog deteta. Bitno joj je, isto tako, da jasno razume svrhu svake intervencije i rezultat svakog pregleda.

To pak znači da će osnovni elementi čamljenja porođilja opstajati sve dok se "interakcijski sklop" porođaja ne izmeni u svim svojim aspektima, odnosno dok se i porođilja (kojoj to odgovara, i kada joj odgovara) ne uključi i u "individualno međudelovanje"²⁴¹.

A važan korak u tom smislu, biće učinjen onda kada akušerski poslenici prihvate da uspešnih porođaja neće biti sve dotle dok, jednostavno rečeno, oni sami ne počnu da gledaju porođilje i u oči.

²⁴¹ Petković S., *Ponašanje grupa i ponašanje u grupi*, u Petković S., Magdalenic I., *Elementi socijalne psihologije*, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, 1974, str. 205-231.

SEČA

Seča, kao princip masovnog napada hladnim oružjem, princip napada usmerenog na određeni deo ili vid živog, danas je uglavnom izgubila legitimnost.

Neprimerena je, na primer, postala ne samo seča no-seva ili ruku, nego i seča šuma.

Ipak, paralelno sa sečom šikare i trske, opstala je seča ženskih medica.

Doduše, pod drugim imenom.

Ova seča naime, usmerena na posebno osetljivi deo ženske "personalne sheme", a ne samo ženskog tela, poznata je kao - rutinska epiziotomija.

Epiziotomija, odnosno "hirurško proširivanje vaginalnog otvora", jeste najčešća akušerska operacija. U zapadnjačkoj civilizaciji, zatim, to je jedina hirurška intervencija kojoj se podvrgava zdrava žena. Isto tako, to je i jedina hirurška intervencija za koju se ne traži saglasnost pacijentkinje, a još manje njene rodbine. Saobrazno tome, to je i operacija o kojoj se najčešće, upravo onima kojih se najviše tiče, ne daju objašnjenja - ni tokom trudnoće (pošto se sa trudnicama o njoj praktično ne razgovara), ni posle porođaja (pošto se retko kojoj ženi saopšti zbog čega je bila operisana).

Jednostavno rečeno, u zavisnosti od sredine, kod 50% do 90% prvorotki, te kod mnogih višerotki, epiziotomija je normalni deo porođaja i, kao takva, nešto što se unapred podrazumeva²⁴².

²⁴² Enkin M., Keirse Marc J. N. C., and Chalmers I., op. cit., str. 231.

U pitanju je, pri tom, "normalnost" koja nije tako davno nametnuta. Naime, premda se kao pojedinačna intervencija primenjuje još od prve polovine XVIII veka - kada je Ser Filding Ould (Fielding Ould) počeo da zaseca medice ženama čije je porođaje smatrao teškim - epiziotomija je, kao rutinska procedura, uvedena gotovo dve stotine godina kasnije. Neposredni razlog za početak masovne seče medica, međutim, nisu bili neki posebni novonastali problemi velikog broja porodilja. Seča je otpočela zbog toga što je uvedena rutinska primena forcepsa, a hirurško je "proširivanje vaginalnog otvora" trebalo da omogućiti da se ovim porođajnim kleštima lakše manipuliše²⁴³.

Naravno, postojali su i dublji razlozi. Jer, kojih pola veka kasnije, kada su mnogi akušerski poslenici već bili odustali od rutinske primene forcepsa, rutinska se epiziotomija i dalje zadržala, pa se čak i etablirala širom sveta, kao autohtona praksa, nezavisno od svog neposrednog tehničkog ishodišta.

Karakteristično je pri tom da je, uz sam operativni zahvat, zadržana i prvobitna argumentacija, odnosno da se kao razlozi za rutinsku primenu epizotomije i dalje nude objašnjenja koja je u svome radu "Profilaktička forceps operacija" izneo još Džouzef De Li (Joseph DeLee), daleke 1920. godine²⁴⁴.

Tvrđi se, tako, da se zahvaljujući epiziotomiji smanjuje učestalost većih rascepa medice porodilja.

Ukazuje se dalje da je, zbog ravnog reza, lakše ušiti ranu koja je naneta makazama nego rasep, a i da rasep teže zarasta.

²⁴³ Barter R. H., Parks J., and Tyndal C., Median Episiotomies and Complete Perineal Lacerations, American Journal of Obstetrics and Gynecology, (1960), Vol. 80, str. 654-662.

²⁴⁴ DeLee J. B., The Prophylactic Forceps Operation, American Journal of Obstetrics and Gynecology, (1920), Vol. 1, str. 34-40.

Uverava se, zatim, da se hirurškim proširivanjem vaginalnog otvora umanjuje pritisak koji karlično dno vrši na glavu ploda te da se time predupređuju detinje moždane traume i neurološke komplikacije²⁴⁵.

A kao naročito važno za samu porodilju, napominje se da se epiziotomijom sprečava oštećenje vezivnog tkiva i mišića karličnog dna, pa tako i njihovo kasnije popuštanje, uz pojavu stres inkontinencije i prolaps genitalnih organa²⁴⁶.

Na prvi pogled, čini se da su ovi argumenti dosta dobro utemeljeni. Međutim, nešto kritičnije razmatranje pokazuje da svaki pojedinačno počiva na nesigurnim, pa i pogrešnim pretpostavkama, a i da iza njih nema baš mnogo bržnosti, ni za porodilju, ni za njeno dete.

Naime, očekivalo bi se da je jedna standardna intervencija kao što je epiziotomija, uz to intervencija koja se svake godine obavi stotinama hiljada puta, zasnovana na obimnim i solidnim dokazima.

No, umesto toga, uglavnom se nailazi na literaturu koja bi se mogla nazvati tehničkom.

Prema autorima koji su pravili bibliografske preglede, tako, može se naći mnogo radova o uglu pod kojim treba zasecati porodiljinu medicu, o vrsti hirurškog konca

²⁴⁵ Ovaj se argument posebno naglašavao dvadesetih godina našeg veka kada je, u SAD, bila dominantna teorija o biološkoj zasnovanosti zločina. U skladu sa time, smatralo se da epiziotomija, sprečavajući navodno oštećenje detinjeg mozga, sprečava i njegovo kasnije "kriminalno ponašanje". Vidi: Bullough V. and Bullough N., Sin, Sickness and Sanity, New American Library, New York and Scarborough, 1977, str. 107-109.

²⁴⁶ Pritchard J. A., MacDonald P. C., Williams Obstetrics, 16th Edition, Appleton-Century-Crofts, New York, 1980. Inače, uobičajene indikacije za pojedinačnu primenu epiziotomije su: karlični položaj ploda, primena forcepsa, situacije kada glava ploda napreduje na način ili brzinom koji ukazuju na mogućnost ozbiljnog razdiranja medice, potreba za hitnim okončavanjem porođaja zbog patnje ploda. Vidi: Hoult I., The Management of Labor: An Obstetrician's View, u Kitzinger S. and Simkin P., Episiotomy and Second Stage of Labor, Penny Press Inc., Seattle, 1986, str. 61-62.

kojim se zašiva rana, o preporučljivom načinu zašivanja, o "tajmingu" epiziotomije, o preparatima pomoću kojih se može ublažiti bol koji se usled ove intervencije nanosi porođajama, pa i u vezi sa tretmanom bola uopšte, pri čemu epiziotomija služi kao eksperimentalni model (sic!).

Praktično, međutim, nema radova kojima bi se na ortodoksni naučni način, putem kontrolisanog kliničkog istraživanja, opravdala seča medice. I zagovaračima, i eventualnim osporavaocima, na raspolaganju su samo izveštaji zasnovani, zapravo, na kliničkim impresijama²⁴⁷. A dokle ide atmosfera nekritičnosti, svedoči i činjenica da se, čak i onda kada se razmatraju razni štetni efekti epiziotomije, ne dovodi u pitanje sama intervencija nego tek veština operatora, odnosno programi akušerske specijalizacije²⁴⁸.

Razumljivo je, onda, što su se pojavile studije kojima su proklamovane prednosti rutinske epiziotomije (izuzev činjenice da je ona, zaista, pogodnija za šivenje) u celosti osporene.

Pre svega, osporena je tvrdnja da se rutinskom epiziotomijom smanjuje učestalost većih rascepa medice.

Naime, s obzirom da je uz kožu i sluzokožu njome zahvaćeno i mišićno tkivo, već je i sama epiziotomija rascap drugog stepena. A što se tiče rascepa trećeg stepena (to jest, onih kojima je zahvaćen analni sfinkter), prema 33 studije provedene u razdoblju od 1919. do 1983. godine, njihova je učestalost 2% kod žena koje nisu podvrgnute

²⁴⁷ Thacker S. B., Banta H. D., Benefits and Risks of Episiotomy, Women and health, (1982), Vol. 7, str. 161-188. I Thacker S. B., Banta H. D., Benefits and Risks of Episiotomy, an Interpretative Review of the English - Language Literature, 1860-1980, Obstetrical and Gynecological Surveys, November 1983, Vol. 38, No. 6, str. 322-338.

²⁴⁸ Harris R. E., An Evaluation of the Median Episiotomy, American Journal of Obstetrics and Gynecology, (1970), Vol. 106, str. 660-665.

epiziotomiji, 0,6% kod žena kojima je urađena njena mediolaterarna, a 3,6% kod onih kojima je urađena njena medijalna varijanta²⁴⁹. Štaviše, prema jednoj belgijskoj studiji, gde su obrađeni podaci 21.278 žena, i gde je prosečna učestalost (mediolaterarne) epiziotomije bila 28,4%, rascepi trećeg stepena bili su češći kod žena kojima je ova intervencija urađena (1,4%), nego kod onih čija medica prethodno nije bila zasečena (0,9%)²⁵⁰.

Dakle, ako se u obzir uzme još i činjenica da, uz standardnu negu tokom porođaja, bar kod 50% porodilja ne dolazi do rascepa koje je potrebno ušivati²⁵¹, može se reći da rutinska epiziotomija ne samo što ne smanjuje učestalost rascepa nego većinu žena još i dodatno opterećuje, izlažući ih nasilju i nepotrebnoj patnji.

Ovu tezu izravno potvrđuje i niz istraživanja.

U Kardifskoj studiji na primer (Cardiff), gde su analizirani porođaji 39.864 žene, ustanovljeno je da je, od 1965. do 1973. godine, procenat žena koje su bile podvrgnute epiziotomiji porastao gotovo dvostruko, sa 24,4% na 46,7%, a da je za isto vreme učestalost rascepa smanjena tek sa 18,4% na 14,9%²⁵².

U istraživanju kojim su poredili karakteristike porođaja u bolnici i porođaja u domu porodilje, zatim, Mel (Mehl) i saradnici su ustanovili da su, uprkos dvostruko većem broju epiziotomija, žene koje su se porađale u

²⁴⁹ Banta D. H. and Thacker S. B., Issues in Perinatal Care and Education, Spring 1982, Vol. 9, No. 1, str. 25-30.

²⁵⁰ Buekans P., Lagasse R., Dramaix M. & Wollast E., Episiotomy and third-degree tears. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, August 1985, Vol. 92, str. 820-823.

²⁵¹ Gaskin I. M., Community alternatives to high technology birth, u Holmes H. B., Hoskins B. B., Gross M. (eds.), Birth Control and Controlling Birth, Humana Press Inc., Clifton, New Jersey, 1980, str. 223-229.

²⁵² Chalmers I., Zlosnik J. E., Johns K. A., Campbell H., Obstetric practice and outcome of pregnancy in Cardiff residents 1965-1973, British Medical Journal, 27. March 1976, str. 735-738.

bolnici imale značajno veći broj rascepa sva tri stepena²⁵³.

A prema podacima Foksa (Fox), u periodu od 1971. do 1977. godine, u populaciji žena koje su se porađale po takozvanoj Domino šemi, učestalost epiziotomija je porasla sa 4% na 38%, a uz nju i broj rascepa, sa 15% na 23%. Veliki porast učestalosti epiziotomija, autor studije objašnjava činjenicom da je u program Domino šeme, u njenoj bolničkoj fazi, postepeno počeo da se uključuje sve veći broj lekara. Tim babica se, naime, nije menjao tako da su, svom delu posla, one mogle biti samo vičnije²⁵⁴.

Pred kritičkim procenama, zatim, nije se održao ni drugi argument o navodnoj prednosti seče medica.

Naime, pokazalo se da je što se tiče porodilje, ako već do njega dođe, rasep povoljniji od epiziotomije.

Objašnjenje je jednostavno, a i poznato: za razliku od onog raskinutog, tkivo koje je presečeno makazama (pogotovo ukoliko one nisu savršeno oštre) nagnječeno je, tako da sledstveni otok, krvni podlivi i nekrotizirane ćelije otežavaju zarastanje²⁵⁵. Posebno nepovoljno, uz to, deluje i okolnost da se radi o invazivnoj intervenciji na organu koji je višestruko osetljiv, tako da se javljaju i razne psihičke reperkusije.

Saobrazno tome, poredeći grupu žena kojima je urađena epiziotomija sa grupom žena kod kojih je došlo do

²⁵³ Mehl L. E. et al., Home versus Hospital Delivery: Comparisons of Matched Populations, u Kitzinger S. and Davis J. A. (eds.), Place of Birth, London, Oxford University Press, 1978, str. 109-113.

²⁵⁴ Prema organizaciji Domino šeme, babice dolaze u bolnicu zajedno sa svojim "pacijentkinjama". Tu im pomažu da se porode i, nekoliko sati po porođaju, prate ih kući. Vidi: Fox J. S., Episiotomy, Midwives Cronical & Nursing Notes, prema, House M. J., To Do or Not To Do Episiotomy?, u Kitzinger S. and Simkin P. (eds.), op. cit., str. 90.

²⁵⁵ Gnječenje pri kome nastaje rasep je difuzno jer je usmereno na širu površinu, dok je gnječenje pri sečenju lokalizovano na usku površinu (zatupljene) oštrice.

rascepa. Rokner (Rockner) i njegovi saradnici su ustanovili da su, šest dana posle porođaja, rane od epiziotomije sporije zarastale, uz značajno veću učestalost infekcije, edema i krvnih podliva²⁵⁶.

Posmatrajući druge karakteristike, do sličnog je rezultata došla i Šila Kicindžer (Sheila Kitzinger). Prema njenoj studiji, sedam dana posle porođaja, jake bolove u predelu rane imalo je 37% žena kojima je urađena epiziotomija, a 15% žena kod kojih je došlo do rascepa. Pored toga, u grupi žena koje su bile podvrgnute epiziotomiji samo je 27% njih moglo da u sedećem položaju komotno drži svoju bebu, dok je u grupi žena sa rascepom to moglo njih 55%²⁵⁷.

Slip (Sleep) je pak, sa grupom saradnika, pokazao da ove razlike nisu vezane samo za period babinja. Prema njihovom istraživanju, u poređenju sa ženama iz grupe u kojoj su preovlađivale epiziotomije (25% njih sa rascepom, 24% sa očuvanom medicom, 51% sa epiziotomijom), žene iz grupe u kojoj je u većeg broja njih došlo do rascepa (56% žena sa rascepom, 34% sa očuvanom medicom, 10% sa epiziotomijom) uspostavile su seksualne odnose, u proseku, mesec dana ranije²⁵⁸.

Zagovornici epiziotomije, isto tako, nisu pružili ubeđljive dokaze ni za valjanost svog trećeg argumenta, odnosno za tvrdnju da se rasecanjem porođajne medice umanjuje rizik od traume detinje glave.

²⁵⁶ Rockner G. et al., A descriptive study of episiotomy and spontaneous laceration of perineum during childbirth. Prema Simkin P., Review of Research Findings, 1984-1985, u Kitzinger S. and Simkin P., (eds.), op. cit., str. 110.

²⁵⁷ Kitzinger S., Episiotomy, Body Image and Sex, u Kitzinger S. and Simkin P., op. cit., str. 104.

²⁵⁸ Sleep J., Grant A., Garcia J., Elbourne D., Spencer J., Chalmers I., West Berkshire perineal management trial, British Medical Journal, 8. September 1984, Vol. 289, str. 587-590.

A još manje su obratili pažnju na činjenicu da su ih demantovala neka istraživanja.

U već citiranoj studiji, na primer, u kojoj su "snimali" stanje 1000 žena i njihove novorođenčadi, Slip i saradnici su poredili grupu gde su epiziotomije bile rađene isključivo zbog "fetalnih indikacija" i gde ih je bilo 10%, sa grupom gde operativni pristup nije bio restriktivan i gde je epiziotomiji bilo podvrgnuto 51% žena. Značajne razlike nisu našli ni što se tiče Apgar skorova, ni što se tiče potrebe novorođenčadi za intenzivnom negom²⁵⁹.

U Dablinskoj (Dublin) studiji pak, pri poređenju grupe novorođenčadi čije su majke bile podvrgnute rutinskoj epiziotomiji (100% porodilja iz grupe), i grupe novorođenčadi čijim je majkama medica bila rasecana samo u slučaju medicinskih indikacija (8% porodilja), nije ustanovljena razlika ni u broju ni u ozbiljnosti neuroloških oštećenja²⁶⁰.

Konačno neutemeljenim se pokazao i četvrti argument zagovarača i egzekutora seče medica.

Naime, nije dokazana ni tvrdnja da se praksom rutinske epiziotomije, usled manjeg pritiska i rastezanja, smanjuje učestalost trajnih oštećenja mišićnog i vezivnog tkiva karličnog dna²⁶¹.

Gordn (Gordon) i Loug (Logue) na primer, upoređujući pet grupa žena - one kojima je medica po vaginalnom porođaju ostala očuvana, one kod kojih je došlo do rascepa drugog stepena, one kojima je urađena epiziotomija, one kod kojih je uz epiziotomiju primenjen forceps i one koje su se porodile carskim rezom - godinu dana

²⁵⁹ Ibid.

²⁶⁰ Harrison R. F., Brennan M., North P. M., Reed J. V., Wickham E. A., Is routine episiotomy necessary?, British Medical Journal, 30. June 1984, Vol. 288, str. 1971-1975.

²⁶¹ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 232.

posle porođaja, nisu našli korelaciju između stepena, odnosno tipa traume i funkcionalnosti medice²⁶².

A longitudinalnim je epidemiološkim studijama ustanovljeno da se učestalost "insuficijencije karličnog dna" u SAD i Holandiji smanjuje gotovo u istoj meri, premda je u SAD, u posmatranom periodu, učestalost epiziotomije rasla ka 80% (i više), a u Holandiji bila konstantna - oko 8% svih porođaja²⁶³.

Osporavanjem sva četiri proklamovana efekta rutinske epiziotomije, osporen je i njen legitimitet.

I pored toga, međutim, uz iste stare argumente, i bez obzira na činjenicu da su oni dokumentovano opovrgnuti - seča medica je nastavljena.

Razumljivo, u porođajstvu zasnovanom na ortodoksnom medicinskom principu da je propisana tehnologija važnija od pacijenata, nije ni moglo da bude drugačije. Jer, rutinska je epiziotomija (a često i epiziotomija kao takva) bila i dalje potrebna akušerima, kao svojevrsna kamuflaža, odnosno kao važna naknadna intervencija koja im je omogućavala da na tipičan akušerski način pokriju posledice manjkavosti, pa i izopačenosti uobičajene porođajne procedure.

Jedan od ključnih elemenata procedure izopačenosti čije se posledice delimično pokrivaju epiziotomijom jeste prinudni ležeći položaj porođilja.

Šreder (Schroeder) je na primer, još 1873. godine, objavio da žene koje se porađaju ležeći naznačuju imaju 60% više rascepa medice od žena koje se porađaju ležeći

na boku. Da su se tada, a i kasnije, kontrolori porođajne procedure stvarno brinuli za dobrobit porođilja žene bi se, i u bolničkim uslovima, već desetinama godina porađale u "bočnom položaju". Šrederovi su podaci, međutim, ignorisani; a akušerski poslenici, proklamovavši da im je cilj smanjenje učestalosti rascepa medice, umesto da podstaknu ili ohrabre žene da se porađaju u nekom drugom položaju, latili su se hirurške intervencije²⁶⁴.

Danas opet, kada porođajama sve češće biva i zvanično naloženo da leže na boku - ali im se, svejedno, medice i dalje zasecaju - zapostavlja se drugo, još starije iskustvo prema kome je, za mnoge žene, još povoljnije da se porađaju u nekoj od varijanti uspravnog položaja.

Zapostavljaju se naravno i preporuke obnovitelja tog starog iskustva koji, pišući o "planiranom izbegavanju epiziotomije", savetuju da se u prvom porođajnom dobu porođilja slobodno kreće, a da u drugom dobu zauzme položaj koji joj najviše odgovara, s tim što se preporučuju čučanje (pogotovo ukoliko ga je porođilja uvežbavala od rane trudnoće), ili položaj na rukama i kolenima (razmaknutim oko 30 cm)²⁶⁵.

Uz to, u korist rutinske epiziotomije, marginalizuju se i "nepodobna" istraživanja. Na primer, istraživanje koje su radile Videm (Vedam) i Goulej (Golay) kojim je ustanovljeno da je u grupi od dve stotine žena koje su se

²⁶² Gordon H., Logue M., Perineal muscle function after childbirth, *The Lancet*, July 20, 1985, str. 123-125.

²⁶³ Kao faktori koji su doprineli ovom paralelnom smanjenju, navode se: bolji socijalno-ekonomski uslovi, kao i manji broj porođaja. Vidi: Mehl L. E., *Research on alternatives in childbirth; what it can tell us about hospital practice?*, u Stewart L., Stewart D., (eds.), *21st Century Obstetrics Now!* NAPSAC, Inc., Marble Hill, 1977, str. 183.

²⁶⁴ Arney R. W., *Power and the Profession of Obstetrics*, The University of Chicago Press, Chicago and London, 1982, str. 70. Identičnom manipulacijom inače, to jest preobraćanjem kamuflaže u preventivu, epiziotomija se predstavlja i kao zaštita novorođenčadi od mogućih neuroloških poremećaja. No, kao i kada se radi o navodnoj prevenciji rascepa medice, i u ovome bi slučaju bilo uputnije da porođilja promeni položaj. Jer, kao što je već pomenuto, pri porođanju u ležećem položaju javlja se više faktora koji, udruženi, ugrožavaju moždane funkcije ploda.

²⁶⁵ Priver D., *Birth Over the Intact Perineum; A Clinical Approach*, u Kitzinger S. and Simkin P., op. cit., str. 72-76. I Feldman S., *Choices in Childbirth*, Grosset & Dunlap, New York, 1978, str. 56-57.



poradale čučajući bilo 7% njih kojima je urađena epiziotomija, i 45,5% njih sa nepovređenim medicama; dok je u kontrolnoj grupi, u koju su bile svrstane žene koje su se poradale na boku, kod njih 37% urađena epiziotomija, a bez rascepa je prošlo 18% žena²⁶⁶.

U elemente izopačenosti porođajne procedure, za koje je karakteristično da stimulišu raskidanje medice, spada takođe i ubrzavanje porođaja, a u okviru toga naročito heteronomno napinjanje porodilja tokom drugog porođajnog doba.

Rutinska epiziotomija i ovde služi kao kamuflažno "rešenje". I, premda se pokazalo da je za porodilje mnogo bolje da svoje akcije saobrazе sopstvenim spontanim ritmovima, odnosno da se ne uključuju u uobičajenu trku da se plod izbaci za što kraće vreme, brzanje se nastavlja a epiziotomija slovi kao prevencija njegovih štetnih posledica.

Logično, pri tom se zanemaruju i relevantna istraživanja koja dovode u pitanje seču medica, pa tako i istraživanje Konstans Bejnnon (Constance Beynon) koja je ustanovila da su u grupi porodilja koje su se spontano napinjale njih 39% imale rascep medice ili im je urađena epiziotomija; a da je u kontrolnoj grupi, gde su se porodilje napinjale po diktatu, shodno proceduri, učestalost rascepa i epiziotomija (ukupno) dosegla 63%²⁶⁷.

²⁶⁶ Simkin P., Review of Research Findings, 1984-1985, u Kitzinger S. and Simkin P., op. cit., str. 111. Prednosti čučućeg položaja, inače, pokazuju i rezultati do kojih su došli Kurokawa i Zilkoski. U njihovoj studiji, kod 7% žena koje su tokom porođaja čučale urađena je epiziotomija, njih 36% porodilo se očuvanih medica, 29% je imalo rascepe prvog, a isto toliko rascepe drugog stepena. Vidi: Kurokawa J. and Zilkoski M., Adapting hospital obstetrics to birth in the squatting position, Birth, Summer 1985, Vol. 12, No. 2, str. 87-90.

²⁶⁷ Beynon C. L., The Normal Second Stage of Labour; A Plea For Reform in Its Conduct, Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth, 1957, Vol. 64, No. 6, str. 15-20.

Sečom medica, konačno, "reguliše se" i agresivnost kao treći ključni element izopačenosti porođajne procedure.

Naravno, ovde se ne radi samo o agresivnosti pojedinih akušerskih poslenika nego i o agresivnom naboju koji je van njih – onom koji je "ugrađen" u standardnu akušersku proceduru, a i onom kojim odiše cela bolnička atmosfera.

Agresivnost, dobro je poznato, potencira i strah, i napetost porodilja. Ipak, problem sledstvene tenzije i blokade pelvične muskulature "rešava se" epiziotomijom. A iskustva pojedinih akušerskih praktičara koji ukazuju na važnost mirne atmosfere, odmerenosti i razložnosti, kao i na njihov pozitivan uticaj na elastičnost i opuštenost medica porodilja²⁶⁸, gotovo se potpuno prenebrežava.

Logično, važnost koja se pridaje rutinskoj epiziotomiji nije izvedena samo iz njene bazične maskirne uloge. S obzirom da je postala delom standardizovanog porođaja, epiziotomija se smatra značajnom već i sama po sebi. Otuda se, u uobičajenoj porođajnoj praksi, zanemaruju i postupci koji bi je negirali izravno, to jest postupci čija primena ne nalaže da se menja neprikosnovena akušerska procedura.

Najčešće, tu se radi o merama koje doprinose elastičnosti i opuštenosti medice porodilja.

Među ovim "zaboravljenim" merama – kada je reč o angažmanu same porodilje – najdelotvornije su Kigelove (Kegal) vežbe za opuštanje, odnosno kontrolu mišića karličnog dna, kao i masaža medice od rane trudnoće²⁶⁹.

²⁶⁸ Fisher C., The Management of Labor; A Midwife's View, u Kitzinger S. and Simkin P., op. cit., str. 58.

²⁶⁹ Kegal A. H., Early Genital Relaxation, New Technique of Diagnosis and Non Surgical Treatment, Obstetrics and Gynecology, 1956, Vol. 8, No. 5, str. 545-550.

A što se tiče postupaka koji su u domenu akušerskih poslenika i koji se mogu primenjivati tokom samog porođaja, korisnim su se pokazali masaža medice uz upotrebu zagrejanog bademovog ili maslinovog ulja, blago pritiskanje medice vlažnom, vrućom kompresom, kao i takozvani orgonski tretman kojim se uspostavlja duboko disanje i razrešava akutno "oklopljavanje" porodilje, nastalo kao odgovor na navalu straha i bola²⁷⁰.

No, u kojoj je meri (u bolničkom okruženju) seča medica faktički važnija od dobrobiti porodilja najizrazitije je iskazano činjenicom da se, uz sve što je može učiniti suvišnom, "zaboravlja" i da je epiziotomija - jatrogena operacija.

Naime, hirurška intervencija na medici udružena je sa nizom takozvanih neželjenih posledica. Među njima, najčešće se pominju: veći gubitak krvi, infekcija, perinealni apsces, rašivanje rane; zatim, stvaranje hemoroida ili hematoma usled povećavanja krvnog pritiska u pelvičnim venama²⁷¹, kao i određena manjkavost pelvičnog dna jer, posle mediolateralne incizije, mišićna vlakna u trouglu između mesta zaseka i središnje vezivne pregrade više nikada ne funkcionišu kao pre operacije²⁷².

Najčešće jatrogeno zlo pak - zlo koje se, praktično, ne pominje u kliničkim izveštajima - jeste remećenje dva ključna ženina odnosa: onog sa novorođenim detetom, i onog sa aktuelnim seksualnim partnerom.

²⁷⁰ Raphael C. M., *Orgone Treatment During Labor*, *Orgone Energy Bulletin*, 1951, Vol. 3, No. 2, str. 90-100.

²⁷¹ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 230-231, i Gordon Y., *The Midline Episiotomy*, u Kitzinger S. and Simkin P., op. cit., str. 98.

²⁷² Beynon C.L., *Midline Episiotomy as a Routine Procedure*, *The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, February 1974. Vol. 81. str. 126-130.

Naime, epiziotomijom porođaj biva pretvoren u operaciju. Ženi je, dakle, posle porođaja (čak i ako je ne zadesi nijedna od mogućih komplikacija) potrebno neko vreme da se oporavi i od rane, i od dodatne traume. To pak znači da je sputana slabošću i bolom upravo u periodu kada je izrazito okrenuta svome detetu, kada počinje da sa njime razvija novi vid odnosa, da ga neguje i hrani.

Iz istih razloga, žena koja je podvrgnuta epiziotomiji sputana je i u zadovoljavanju svoje potrebe za seksualnom bliskošću. Ali, ne samo prvih dana po porođaju. Prema prospektivnim istraživanjima, bolovi prilikom snošaja mogu se održavati i mesecima posle zarastanja rane na medici²⁷³, a kod nekih žena dolazi i do dugotrajne "sekundarne" frigidnosti²⁷⁴.

Sve ove "neželjene posledice", ma koliko one bile teške i neprijatne, žene nekako pregrme i mahom zaborave.

Sa epiziotomijom je, međutim, povezano i jedno iskustvo koje pogađa dublje i snažnije, iskustvo od koga čak, u raznim sredinama, žene strepe više nego od samog porođaja.

To je - šivenje.

Po izjavi mnogih žena, šivenje je "gore od porođaja".

Ma koliko je u bolničkim uslovima i sam standardni porođaj traumatičan doživljaj, ovde se ne radi ni o kakvom preterivanju.

Pre svega, bez obzira na ubrizgavanje lokalnih anestetika, šivenje epiziotomije je veoma bolno. Uz to, za

²⁷³ Prema studiji Šile Kitzinger (Sheila Kitzinger) i Rone Volters (Rona Walters), tri meseca po porođaju, 20% ispitivanih žena žalilo se na bol prilikom snošaja bez obzira na već zaraslu ranu od epiziotomije. Vidi: Kitzinger S., Walters R., *Some woman's Experience of Episiotomy*, National Childbirth Trust, London, 1981.

²⁷⁴ Kitzinger S., *Emotional Aspects of Episiotomy and Postnatal Sexual Adjustment*, u Kitzinger S., (ed.), *Episiotomy*, The National Childbirth Trust, London, 1981, str. 48.

razliku od porođajnih bolova, bol koji se nanosi ovim šivenjem nema nikakvog dubljeg smisla. Naprotiv, kao pravi antiklimaks, on poništava olakšanje, radost, ili zanos koje žena doživljava pošto je rodila.

No pored toga, kao da se radi o nekakvoj kazni čiji su egzekutori (a i naručioci) nezasiti, besmislenom bolu i sunovratnom antiklimaksu pridodaje se i ponižavanje.

“Ušiću te tako da ćeš biti bolja za tucanje” citat je i okosnica monologa kome je, tokom šivenja epiziotomije, bila izložena Lj. K., intelektualka iz Beograda koja pominje još i lascivno smejljenje akušera šivača, kao i svoju bespomoćnost i bes.

Dakako, citirani primer nije tek puki izraz izživljavanja balkanskog mačiste-lekara.

Po sredi je tipični fenomen, odnosno poruka karakteristična za akušersku instituciju u celini.

Još 1920. godine, na primer, u svom klasičnom radu “Profilaktička forceps operacija” Džouzef De Li piše da je “epiziotomija jedini način da se sačuva vaginalni ulaz... i obnove devičanski uslovi”²⁷⁵. Četrdeset godina kasnije, Šat (Schute), uz važnost “anatomske normalnosti”, naglašava i važnost uspostavljanja “bračne normalnosti” posle epiziotomije²⁷⁶. Šila Kitzinger navodi žalbe žena na poseban, odnosno dodatni, “muževljev šav” kome, kako kaže, sa ponosom pribegavaju neki američki akušeri²⁷⁷. A Kristina Bils (Christine Beels), kao tipične, citira izjave slične onoj beogradskoj: “Vaš muž će biti zadovoljan”, “Načiniću vas uskom poput device”, ili “Bićete kao nova”²⁷⁸.

²⁷⁵ DeLee J. B., op. cit.

²⁷⁶ Schute W. B., *Episiotomy; A Physiologic Appraisal and a New Painless Technic*, *Obstetrics and Gynecology* (1959), Vol. 14, str. 468-472.

²⁷⁷ Kitzinger S., *Episiotomy, Body Image and Sex*, op. cit., str. 106.

²⁷⁸ Bells C., *The Childbirth Book*, Granada, London/Toronto/Sydney/New York, 1978, str. 187. U ovom kontekstu Kristina Bils navodi i izveštaje iz

Poniženje koje ishodi iz ovih izjava, međutim, nije vezano samo za samovoljno zadiranje u stvari ženine intime.

Izravno ga proizvodi i to što se brigom za ženinu “uskost”, a muževljevo zadovoljstvo, potvrđuje i naglašava status žene kao pukog seksualnog objekta.

Posebno je ponižavajuće, pak, što se citiranim izjavama upotpunjava druga ključna poruka seče medica.

Naime, dok se prvom, afirmativnom porukom (putem prethodno opisanog mehanizma kamuflaže, odnosno preventivnog pokrivanja) potvrđuje da je porođajna procedura O.K., odnosno u redu, drugom ključnom porukom seče ukazuje se da, a priori, nije u redu ženski polni organ. Jer, sem intervencije na vaginalnom otvoru koji se nasilno proširuje kako bi se, navodno, porođaj obavio bez komplikacija, ispada da je neophodno i posebno ušivanje kako bi posle porođaja, žena opet postala seksualno podobna.

Ušivačeve su izjave “brižnosti”, dakle, samopodrazumevajuće obznane da žena ima nekakvu ugrađenu genitalnu grešku.

Greška u domenu na koji se u dominantnoj seksističkoj kulturi žena istrajno svodi, pak, dodatna je potvrda već dodeljene joj niže vrednosti.

SAD prema kojima je, u slučajevima kada lekar nije stigao na vreme, epiziotomija bila urađena posle porođaja (sic!).

PITANJE LJUBAVI

Kao kontrolori porođaja, akušerski su poslenici, po rođenju svakog deteta, suočeni sa mnoštvom pitanja.

Od svog tog mnoštva, međutim, legalnost i legitimnost oficijelno su dati samo jednom malom delu: pitanjima koja nisu u koliziji sa vladajućom medicinskom ideologijom. Drugim rečima, aktuelna su (a i dozvoljena) samo ona pitanja koja ishode iz predstave da su i žene i novorođenčad pasivna bića, a uz to i bića koja su neposredno po porođaju još i ugrožena, budući da se i babinje i novorođenost faktički tretiraju kao stanja slična bolesti.

Shodno tome, interesovanje akušerskih poslenika mahom je svedeno na domen intervencionističke zaštite i ekspertске kontrole.

U takvim okolnostima, neka ključna pitanja bivaju potpuno zaboravljena.

Jedno od njih je i pitanje ljubavi.

Pitanje ljubavi, dakako, i ovde ima više dimenzija. Ono se, na primer, odnosi na postojanje ili nepostojanje odgovarajućeg psihosocijalnog prostora koji bi uopšte omogućavao ispoljavanje ljubavi. Odnosi se, zatim, na zadovoljstvo, ili nezadovoljstvo žene (koja se tek porodila) samom sobom. Odnosi se, dalje, na osećanje međusobne bliskosti onih koji su prisustvovali porođaju. A i na sve što se propušta kada se novorođenče posmatra isključivo u svetlu tehničkih pokazatelja kakav je, recimo, broj srčanih otkucaja u minutu. Po važnosti se, međutim, posebno ističe jedna dimenzija ovog pitanja: razvoj ljubavi između novorođenčeta i njegove majke.

Majčinska ljubav, naime, nije nešto dato, nešto nagonско, pa samim tim i mistično, nesvesno i nekontrolisano. Ona se razvija. Razvija se kao posebna vrsta međusobne privrženosti žene i njenoga deteta²⁷⁹.

Uslovi za razvoj ove privrženosti, pri tom, ne nastaju tek samim rođenjem deteta. Prethodni bitni momenti su već samo planiranje trudnoće, kao i njena potvrda²⁸⁰. No, prema najšire prihvaćenom stanovištu, ključni uslov za razvoj privrženosti između novorođenčeta i njegove majke jeste njihova interakcija²⁸¹. Putem bliskog odnosa i zajedničkog iskustva, naime, uspostavljaju se određeni tip kontakta i stepen intimnosti koji tvore specifičnu i trajnu vrstu povezanosti²⁸².

Pitanje je, naravno, gde su neposredni začeci privrženosti, odnosno kada otpočinje interakcija žene i njenog

²⁷⁹ U istraživanju Robsona (Robson) i Kamara (Kumar), kod 40% prvorotki koje su prvi put držale svoje novorođenče dominantna je reakcija bila – indiferentnost. Istovetno raspoloženje Robson i Kamer su ustanovili kod 25% višerotki. U većine žena iz obe posmatrane grupe, pak, privrženost prema novorođenome detetu razvila se tokom sledećih nedelju dana. Vidi: Robson K. and Kumar E., Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry*, (1980), Vol. 136, str. 347-353. Slični su i rezultati do kojih su došli Najls (Niles) i Majkl (Michael) Njuton (Newton). U njihovome istraživanju, najčešća prva reakcija žena na sopstveno, tek rođeno dete bila je – "slabo prihvatanje" (53,5%). Veoma zadovoljno bilo je 31,9% žena, a indiferentno – 13,2%, a izraženu odbojnost osećalo je 1,4% žena. Vidi: Newton N. and Newton M., Mothers' Reactions to Their Newborn Babies, *Journal of American Medical Association*, (1962), Vol. 181, No. 3, str. 122-126.

²⁸⁰ Klaus M. H. and Kennell J. H., Mothers Separated from Their Newborn Infants, *Pediatric Clinics of North America*, (1970), Vol. 17, str. 1015-1032.

²⁸¹ Waters E., Vaughn B. E., Egeland B. R., Individual Differences in Infant-Mother Attachment Relationships at Age One; Antecedents in Neonatal Behaviour in an Urban, Economically Disadvantaged Sample, *Child Development* (1980), Vol. 51, str. 208-216.

²⁸² Ovakav odnos američki i britanski autori nazivaju vezom, odnosno spojem (bond). Ovde se, pak, koristi termin privrženost. Privrženost (attachment) je, inače, termin kojim se u američkoj i britanskoj literaturi označava veza odojčeta sa roditeljima, a u tom sklopu termin veza (bond) obično označava vezu roditelja sa detetom.

deteta. Ortodoksna istraživanja tu nemaju odgovor. Ukazuju, samo, da se između trudnice i ploda odvija opsežna i veoma složena razmena poruka. Plod od šest meseci, na primer, jasno čuje govor svoje majke i prema njemu ritmično pokreće telo. Postavljanje šake na trbuh trudnice, zatim, ili njegovo blago milovanje – što u poodmakloj trudnoći mnoge žene rade sasvim nesvesno – smiruje plod. A moglo bi se reći i da, putem neurohumoralnih veza, trudnica i plod vode neprekidni dijalog. Emocije trudnice naime, preko endokrinog i autonomnog nervnog sistema, izravno utiču na biološke ritmove ploda tako da, na primer, u deliću sekunde pošto je usled straha ubrzan rad srca trudnice, srce ploda udvostručava broj otkucaja²⁸³.

Sa druge strane, opet, plod veoma jasno reaguje na situacije koje mu ne odgovaraju. Ukoliko trudnica sedi ili leži u položaju koji mu “ne prija”, postaje uznemiren. Ukoliko čuje zvuke neke muzike koja mu se “ne sviđa” (hard rock je tipičan primer) počće da udara nogama. A preko posteljice – koja je, zapravo, njegov organ – podstiče na promene u organizmu trudnice²⁸⁴.

Naravno, o interakciji koja utiče na postporođajni razvoj privrženosti zna se mnogo više.

Kao neko opšte stanovište, najpre, naglašava se da “postoji beskonačno mnogo normalnih varijacija obrasca materinstva i velika raznolikost u načinu komuniciranja

²⁸³ Verny T. with Kelly J., *The Secret Life of the Unborn Child*, Sphere Books Limited, London, str. 7, 70-73 i 42. Na svojevrstan način, inače, “neurohumoralni dijalog” trudnice i njenog ploda pominje i jevandelist Luka: “Jer gle, kad dođe glas čestitanja tvojega u uši moje, zaigra dijete radosno u utrobi mojoj.” (1:44) Vidi: Biblija ili Sveto pismo Staroga i Novoga zaveta. Izdanje Britanskog i Inostranog biblijskog društva, Beograd, 1922, Novi Zavet, str. 62.

²⁸⁴ Verny T. with Kelly J., op. cit., str. 72-79.

između novorođenčeta i majke”, te da “bilo koja od ovih varijacija može da vodi uspostavljanju privrženosti”²⁸⁵.

No, kada se pređe na ravan prakse, onda se privrženost prevashodno sagledava u kontekstu koncepta eksterogestacije²⁸⁶.

Prema ovome konceptu, biološko jedinstvo, odnosno simbiotski odnos ploda i trudnice ne okončavaju se rađanjem. Naprotiv. Funkcionalno, oni mogu da postanu bogatiji nego tokom uterogestacije. Ali, tek uz podsticaje koje omogućava njima podstaknuta privrženost. Razvoj privrženosti je, pak, uslov da se prelaz između uterogestacije i eksterogestacije ne doživi kao traumatičan prekid nego tek kao momenat promene u okviru kontinuuma putem koga se, iz stanja “dualnog jedinstva”²⁸⁷, majka i dete kreću ka statusu razdvojenosti.

Za eksterogestaciju dakako, a i za razvoj privrženosti, nije odgovorna samo majka. Kao aktivno, svesno, osećajno i reagujuće biće, njima značajno doprinosi i novorođenče.

Smatra se čak da je, neposredno po rađanju, novorođenče potrebno majci na sličan način na koji je i ona potrebna njemu, odnosno da je psihofiziološka dobrobit koju majka i novorođenče pružaju jedno drugom oboma od vitalne važnosti. A da bi se predočilo u kojoj je meri međusobno recipročno stimulisanje majke i novorođenčeta usaglašeno sa njihovim aktualnim potrebama i raspoloživim psihofiziološkim kapacitetima, njihova se dinamička povezanost označava terminom sinhronija²⁸⁸.

²⁸⁵ Fraiberg S., *Every Child's Birthright*; In *Defense of Mothering*, Basic Books, New York, 1977, str. 44.

²⁸⁶ Montagu A., *Touching*, Harper & Row, Publishers, New York/Hagerstown/San Francisco/London, 1978, str. 44.

²⁸⁷ Laing R. D., *The Voice of Experience*, Allen Lane, London, 1982, str. 106.

²⁸⁸ De Chateau P., *The Influence of Early Contact on Maternal and Infant Behaviour in Primiparae*, *Birth and the Family Journal* (1976), Vol. 3, str. 154-165.

Ova sinhronija, razumljivo, nije nešto statično, određeno nekim stalnim odnosima i veličinama. Kao izraz niza procesa i svojstvenosti koji se uzajamno snaže i potvrđuju po principu pozitivnog fid-beka, ona je podložna i oscilacijama i transformacijama²⁸⁹. A optimalno, posle niza dijaloga između "potrebe" i "odgovora na potrebu" (koji je, često, i sam potreba, bilo žene, bilo novorođenčeta) sinhronija prerasta u elastični i visoko diferencirani odnos uzajamne potpore i razumevanja.

1. PONOVI SPOJ

Paradigmatičan primer sinhronije novorođenčeta i njegove majke, a ujedno i ključni element postporodajnog razvoja njihove privrženosti, jeste dojenje. Neposredno po rođenju, naime, dojka je novorođenčetovo centralno odredište jer se vezom "usta-bradavica-dojka" uspostavlja ukorenjenost koja je pre rođenja bila po sebi data, vezom "pupčanik-posteljica-materica".

Tako, ukoliko se postavi na dojku, čak i pre presecanja pupčanika i rađanja placente, zdravo će novorođenče početi da sisa u roku od 20 sekundi, a potom, u toku prvog sata ekstrauterinog života, obično će tražiti još jedan do dva podoja²⁹⁰.

²⁸⁹ Veća čvrstina i krepkost novorođenčeta, na primer, povećavaju samopouzdanje majke, ali ne svake u istoj meri i na isti način.

²⁹⁰ Newton N. and Newton M., op. cit., str. 207, Inch S., op. cit., str. 184.

Novorođenčetu, pre svega, dojenje pruža veliko zadovoljstvo. Intenzivni osećaji usled kontakta usana, jezika i nepca sa bradavicom, kontakt nosa i obraza sa dojkom, zatim osećaj topline kolostruma u ustima, ždreću, jednjaku i želucu, mogu ga dovesti i do oralnog orgazma iskazanog podrhtavanjem udova i celoga tela²⁹¹.

Dojenjem neposredno po porođaju novorođenčetu se obezbeđuje i neophodno zagrevanje. Uz majčino telo, naime, zagreva ga i samo sisanje. Otuda, i pored toga što im je površina velika u odnosu na težinu i što njihov metabolizam ne može da kompenzuje brz gubitak toplote, novorođenčad koju majke doje neposredno po porođaju – ne zebe. Njihova se temperatura ne razlikuje od temperature odojčadi koja su bila smeštena u zagrejane kolevke²⁹².

Kolostrum, zatim, nema samo nutritivnu vrednost. S obzirom da sadrži antitela, makrofage, limfocite, a i neke druge zaštitne elemente, on štiti novorođenče i od infekcija²⁹³. Kolostrum, osim toga, pospešuje rastvaranje mukoznih sekrecija koje po rođenju zaostaju u disajnim putevima novorođenčeta²⁹⁴, a deluje i kao laksativ za

²⁹¹ Boadella D., Incarnation; Life in the Womb, Energy and Character (1982), Vol. 13, No. 1, str. 1-24.

²⁹² Gardner S., The Mother as Incubator – After Delivery, Journal of Obstetrical and Gynecological Nursing, May-June 1979, str. 174-176. Na hladnoću, inače, novorođenče odgovara menjanjem položaja, pokušavajući da smanji površinu izložene kože. Odgovara, uz to, i termogenezom bez drhtavice, to jest, metaboličkim procesom u okviru koga se potrošnja kiseonika povećava nezavisno od mišićne aktivnosti. To pak, s obzirom na njegove ograničene energetske rezerve, može da veoma iscrpi novorođenče. A može i da pogorša metaboličku acidozu, prilično čestu neposredno po rođenju. Vidi: Motil K., Blackburn M., Temperature regulation in the neonate, Clinical Pediatrics (1973) Vol. 12, str. 636-650.

²⁹³ Georgy P., Human milk and resistance to infection, u Nutrition and Infection, Ciba Foundation Study Group, No. 31, Little, Brown and Company, Boston, 1987, str. 112-134.

²⁹⁴ Eisenstein M., Homebirths and the Physician, u Stewart D., Stewart L., (eds.), Safe Alternatives in Childbirth, NAPSAC, Inc., Chapel Hill, NC, 1978, str. 70.

mekonijum iz koga se, ukoliko se zadrži u crevima, može reapsorbovati bilirubin doprinoseći razvoju neonatalne žutice²⁹⁵.

Karakteristično je, uz to, da u sredinama gde je običaj da novorođenče sisa neposredno po rođenju prvorotke počinju da luče mleko već drugog dana po porođaju, a u toku sledećih meseci ređe odustaju od dojenja²⁹⁶.

Što se pak tiče dobrobiti koje rano dojenje donosi ženi, na prvom mestu treba pomenuti prevenciju postpartalnog krvavljenja. Nadražaj bradavice sisanjem, naime, pospešuje lučenje oksitocina koji stimuliše kontrakciju materičnih mišićnih vlakana, kontrakciju materičnih krvnih sudova, odvajanje posteljice od materičnog zida i njeno izbacivanje. Rezultat svih ovih oksitocinskih efekata je spontana kontrakcija materice; kontrakcija koja, za razliku od one nagle i jake, izazvane medikamentima, trudnici ne pričinjava nikakvu neprijatnost.

Uz sve to, dojenje neposredno po porođaju ženi pruža poseban osećaj zadovoljstva, kao i osećaj snage, smirenosti i ispunjenosti. A s obzirom da se mlečni kanali oslobađaju kolostruma, ranim se dojenjem značajno smanjuje i učestalost otvrdnjavanja dojki, odnosno mastitisa²⁹⁷.

²⁹⁵ Fitzgerald D., Herman E., Ventre F., Long T., Home oriented maternity experience, H.O.M.E., Takoma Park, 1979, str. 67-68.

²⁹⁶ Sisanje pospešuje oslobađanje prolaktina koji stimuliše sintezu mleka, a i oslobađanje oksitocina koji stimuliše lučenje mleka. Vidi: Lozoff B., Brittenham C. M., Trause M. A., Kennell J. H., and Klaus M. H., The mother-newborn relationship; Limits of adaptability, The Journal of Pediatrics (1977), Vol. 91, No. 1, str. 1-12.

²⁹⁷ Newton M. and Newton N., Postpartum Engorgement of the Breast, American Journal of Obstetrics and Gynecology (1961) Vol. 61, str. 664-667.

2. GLEDANJE

Drugi ključni element razvoja privrženosti između novorođenčeta i njegove majke je njihov vizualni kontakt.

U prvom satu po porođaju naime, ukoliko nije pod dejstvom lekova prethodno ubrizganih njegovoj majci, novorođenče je izvesno vreme u stanju povišene svesnosti²⁹⁸. U tom stanju, ono je širom otvorenih očiju i, ukoliko mu vid nije zamagljen nekim pod kapke uka-panim medikamentom, razaznaje pokazane oblike na razdaljini opsega od 13 do 33 cm. Tačka najjasnijeg viđenja mu je na udaljenosti od oko 23 cm. A, u proseku, upravo su u toj ravni i majčine oči kada gleda u bebu koja joj je na dojci²⁹⁹.

Saobrazno tome, ako se stavi pred izbor, već nekoliko minuta po rođenju novorođenče se opredeljuje za vidne stimuluse koji predstavljaju ljudski lik. Isto tako, ono okreće glavu u pravcu govora i prati pogledom lice svoje

²⁹⁸ Kod novorođenčadi se, klinički, može razaznati šest različitih stanja svesti – od dubokog sna, do vriske. Kao četvrto po redu opisano je stanje povišene svesnosti, svesno i mirno stanje u kome novorođenče može biti tek nekoliko sekundi, ali i 45 do 60 minuta. Ovome stanju, inače, sledi dubok san koji obično traje 3 do 4 sata. Vidi: Wolf P. H., Observations on newborn infants, Psychosomatic Medicine (1959) Vol. 21, str. 110-118.

²⁹⁹ Haynes H., White B. and Held R., Visual accommodation in human infants, Science (1965), str. 528-530.

majke u luku od 180 stepeni³⁰⁰. A već u drugoj nedelji ekstrauterinog života majčino lice posmatra duže nego lice neke strane osobe³⁰¹.

Ova novorođenčeva sposobnost za vizualno usredređivanje koincidira sa velikim interesovanjem žena za oči njihove novorođenčadi. Prema istraživanju Klause i njegovih saradnika na primer, 73% posmatranih žena pokazalo je (verbalno) intenzivnu želju da se njihovo novorođenče probudi kako bi mu videle oči. Vreme, pak, koje su ove žene provodile gledajući svoje dete "en face" značajno se produžavalo već 4 do 5 minuta pošto im je ono uzvratilo pogled³⁰².

3. DODIR

Žene koje su imale priliku da neposredno po porođaju dobiju svoje novorođenče, još neumotano u pelene, ponašaju se prema određenom redosledu. Prvo teže da sa detetom uspostave vizualni kontakt, zatim počinju

³⁰⁰ Goren C. C., Sarty M. and Wu PYK, Visual following and pattern discrimination of face-like stimuli by newborn infants, *Pediatrics* (1975) Vol. 56, str. 544-549.

³⁰¹ Szur R., Earnshaw A., Experiences with newborn and very young infants, *Nursing Times*, August 30, 1979, str. 1497-1500.

³⁰² Klaus M. H., Kennell J. H., Plumb N. and Zuehlke S., Human Maternal Behaviour at the First Contact With Her Young, *Pediatrics* (1970) Vol. 46, No. 2, str. 187-192. Isti fenomen Redholm (Rödholm) je opazio kod očeva. Vidi: Rödholm M., Effects of father-infant postpartum contact on their interaction three months after birth, *Early Human Development* (1981) Vol. 5, str. 79-85.

da ga dodiruju, onda mu se smeše, a potom otpočinju da mu pričaju³⁰³.

U prvim transakcijama novorođenčeta i njegove majke, dakle, dodir ima prioritarno mesto.

Za to postoje duboki razlozi.

U materici, koža ploda je stalno u dodiru sa amnionskom tečnošću, a kako plod raste i količina se amnionske tečnosti smanjuje sve su češći, opsežniji i intenzivniji kontakti ploda i materičnog zida. Ova stimulacija (kojom se, preko senzornih i vegetativnih nerava podražuje razvoj unutrašnjih organa) naročito se povećava tokom materičnih kontrakcija, a dostiže vrhunac u završnom delu porođaja. Neposredno zatim, iz najtešnjeg telesnog kontakta, novorođenče stupa u prazninu.

Tačno je da, po standardnom bolničkom porođaju, novorođenče dodiruju akušerski poslenici koji ga pregledaju, mere, povijaju i prebacuju u takozvani dečji boks. Ali, svaki je taj dodir privremen. I usputan. Novorođenčetu je, međutim, neophodno afektivno iskustvo dodira. Neki opšti osećaj mekoće i toplote, osećaj obmotanosti, prigrljenosti i podrške. To mu je primarna potreba. Ne samo radi obezbeđivanja eksterogestacionog razvoja njegovih organskih sistema, nego i zbog njegove žudnje za ljubavlju.

Na važnost dodira i na njegovu vitalnu ulogu u razvoju privrženosti između neonatusa i njegove majke posebno je ukazao Harlou (Harlow). On je, naime, primetio da mladunci rezusa "ne dozvoljavaju" da se iz njihovog kaveza izvuku platnene krpe razastrte po podu od žičane mreže, te da se – slično maloj deci koja se ne

³⁰³ Rice D. R., Maternal-infant bonding: the profound long-term benefits of immediate, continuous skin & eye contact at birth, u Stewart D., Stewart L., (eds.), *21st Century Obstetrics Now*, NAPSAC, Inc., Chapel Hill, NC, 1978, str. 376.

odvajaju od svog omiljenog ćebenceta ili jastučića, krpe lutke ili plišanog mede - "ljute" ukoliko im osoblje laboratorije ove krpe, na kraju, uzme. Ustanovio je, takođe, da tek rođeni mladunci obolevaju i brzo skapavaju ukoliko se drže u kavezima sa ogoljenim žičanim podom. Zdravlje mladunčadi je, međutim, bilo mnogo bolje ukoliko im je u kavez bila stavljena kupa (premda i ona od žičane mreže) na kojoj su, zakačeni, provodili dosta vremena. A kada je ta žičana kupa prekrivena tkaninom, mladunci su rasli snažni, otporni i zdravi. Harlou je onda napravio majke-surogate: jednu žičanu na kojoj su, preko ugrađene cucle, mladunci mogli da se hrane, i drugu čija je žičana konstrukcija bila prekrivena plišem. Posle 165 dana posmatranja, utvrdio je da su mladunci rezusa najviše vremena provodili pripijeni uz plišanu "majku", bez obzira na to što su od žičane "majke" dobijali hranu. Zaključio je, da je za razvoj privrženosti, ugodnost koju pruža dodir značajnija od hranjenja³⁰⁴.

Do sličnih nalaza došli su i istraživači koji su ispitivali značaj dodira za rani razvoj privrženosti kod ljudi.

Klaus i Kenel (Kennell) su, na primer, utvrdili da postoji značajna razlika između žena koje su imale priliku da, neposredno po porođaju, miluju svoju novorođenčad i žena kojima je taj rani kontakt bio uskraćen. One prve su pokazivale veće samopouzdanje, kao i veću umešnost, i u nezi i u podsticanju raznih sposobnosti njihovog novorođenčeta. Istraživanje, međutim, nije privučeno kraju jer je babicama (koje su sarađivale sa autorima) bilo suviše bolno da, bez ikakvoga mešanja,

³⁰⁴ Harlow H. F. and Zimmermann R. R., The Development of Affectional Responses in Infant Monkeys, Proceedings, American Philosophical Society, (1958) Vol. 102, str. 501-509.

posmatraju razlike na štetu novorođenčadi iz grupe sa kasnim kontaktom³⁰⁵.

Kitzinger je zatim zapazila da kod mnogih žena, pošto su prvi put dodirnule svoje dete, dolazi do "navale osećanja"³⁰⁶. A Tajler (Tyler) je, inventivnim eksperimentom, pokazao kako, dodirivanjem bradavice, novorođenčete usne stimulišu lučenje mleka³⁰⁷.

Što se pak tiče novorođenčadi, toplina dodira stimuliše njihov fizički i kognitivni razvoj³⁰⁸, a bez ove topline u njima se gomila strah koji kasnije opstaje u vidu neodređene anksioznosti i sistemske hladnoće³⁰⁹.

³⁰⁵ Klaus M. H. and Kennell J. H., Maternal-Infant Bonding, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1976, str. 99-166. Klaus i Kenel su, isto tako, ustanovili da neposredno po porođaju žena najpre prstima dodiruje udove svoga novorođenčeta, onda mu (pretežno) dlanovima miluje telo, a potom ga obuhvata i prigrbljuje.

³⁰⁶ Kitzinger S., Some Mothers' Experiences of Induced Labor, The National Childbirth Trust, London, 1975.

³⁰⁷ Kada su ženama bradavice bile premazane anestetizirajućom pastom, mleko iz dojki nije isticalo ma koliko snažno sisala njihova novorođenčad. Prema: Peterson G. H. and Mehl L. E., Cesarean Birth, Risk and Culture, op. cit., str. 546.

³⁰⁸ Ourth L. and Brown K. B., Inadequate mothering and disturbance in the neonatal period, Child Development, (1961) Vol. 32, str. 287-295.

³⁰⁹ Janov A., The Feeling Child, Abacus, London, 1982, str. 109-110.

4. ZVUČNE VIBRACIJE

Time što doprinosi osećajima ugodnosti i sigurnosti – razvoju privrženosti između novorođenčeta i njegove majke vodi i njihova zvučna komunikacija.

Poznato je, najpre, da se (kada mu je dopušteno da bira) novorođenče češće usredsređuje na frekvence govora nego na neke druge frekvence, odnosno da su mu draži govorni zvuci od čistih tonova³¹⁰. Pored toga, ono već sa nepuna tri dana, čak i ako mu je kontakt sa njome bio ograničen, raspoznaje glas svoje majke. A u istom uzrastu sposobno je da odredi i primeni i specifično ponašanje kojim će prizvati upravo majčin glas, a ne glas neke druge žene³¹¹.

Sa svoje strane, pak, žene se svojoj novorođenčadi obraćaju glasom koji je viših frekvenci nego prilikom uobičajenog razgovora i kome novorođenčad, u principu, daju prednost u odnosu na glasove nižih frekvenci³¹².

Kondoun (Condon) i Sander (Sander) su, uz to, utvrdili da se novorođenče pokreće u skladu sa strukturom govora osobe koja mu nešto priča. Prema njihovom istraživanju, naime, mimika i kretnje pojedinih delova tela novorođenčeta (opružanje stopala, na primer, ili podizanje obrve) koordinisani su sa izmenama ritmičnih i zvučnih karakteristika majčinog ili očevog govora (zastoj radi uzimanja daha, ili akcentovanje samoglasnika). Može se stoga reći da, pošto je pobuđeno govorom, novorođenče stimuliše osobu koja mu se obratila da nastavi

³¹⁰ Eisenberg R. B., Auditory competence in early life: The roots of communicative behaviour, University Park Preš, Baltimore, 1976.

³¹¹ DeCasper A. J., Fifer W. P., Of Human Bonding: Newborns Prefer Their Mothers' Voices, Science, (1980) Vol. 208, str. 1174-1176.

³¹² Brazelton T. B., The early mother-infant adjustment, Pediatrics, (1963) Vol. 32, str. 931-938.

interakciju. Karakteristično je, inače, da su sinhroni pokreti novorođenčeta opaženi pri obraćanju na raznim jezicima, dok ih nije bilo ni pri lupkanju, ni pri isprekidanom izgovaranju raznih samoglasnika³¹³.

Uz glas, zbog svog dubokog psihofiziološkog značenja, kao prvi ustaljeni zvuk i kao iskustvo bliskosti i sigurnosti, za interakciju novorođenčeta sa majkom od veoma su velike važnosti i zvučne vibracije njenoga srca.

Salk je naime opazio da sve žene, bez obzira na dominantnu ruku, privijaju svoje novorođenče (naročito kada je uznemireno) na levu stranu grudi. Pošto je postavio da žene to rade potsvesno, zbog toga što se na levoj strani grudi najjasnije čuju otkucaji srca, on je jednoj grupi novorođenčadi, neposredno po rođenju, omogućio da u toku više dana povremeno slušaju snimak srčanih otkucaja u ritmu od 72 u minutu. U toj grupi novorođenčadi njih 69,6% je počelo da dobija u težini već posle prvog dana slušanja. U drugoj pak, kontrolnoj grupi, težina se uvećavala samo kod njih 33%. Pored toga, novorođenčad koja su slušala traku sa otkucajima srca bolje su i duže spavala, manje su plakala, pravilnije disala, a imala su i manje respiratornih i gastrointestinalnih problema. Jednoj grupi novorođenčadi Salk je pustio i traku na kojoj su bili snimljeni otkucaji srca u ritmu od 120 u minutu. Bebe su, međutim, postale tako uznemirene da je Salk odlučio da taj eksperiment prekinе³¹⁴.

³¹³ Condon W. S. and Sander L. W., Neonate movement is synchronized with adult speech; interactional participation and language acquisition, Science, (1974) Vol. 183, str. 99-101.

³¹⁴ Salk L., The Effects of the Normal Heartbeat Sound on the Behaviour of the Newborn Infant; Implications for Mental Health, World Mental Health, (1960) Vol. 12, str. 1-8.

5. ZIBANJE

Poslednji u grupi osnovnih (neposredno opažljivih) stimulusa koji pospešuju razvoj privrženosti između novorođenčeta i njegove majke, time što uspostavljaju drugačiji tip sinhronije jeste – zibanje.

Pre rođenja, naime, buduće novorođenče je u neprestanom zibanju, uzrokovanom raznim majčinim ritmovima i kretnjama. To zibanje, porukama pristiglim preko detinjih kinestetskih i vestibularnih receptora, tvori osećaj jedne specifične vrste združenosti. Rođenjem, pak, zibanje se prekida i ovaj osećaj naglo nestaje.

Verovatno je da su, za novorođenče, povremena premetanja i tehnički dodiri tek iznenađni udari nahrupeli iz nekakvog zamrznutog ili ukočenog okruženja. Sa sigurnošću se, međutim, može pretpostaviti da se osećaj života i združenosti vraća tek u naručju majke, ponovnim uranjanjem u njene ritmove koji, svojom prepoznatljivošću, značajno doprinose i mirnoj gravitacionoj tranziciji. Zibanje, stoga, kao i nošenje i nežno podizanje, putem proprioceptivne i vestibularne stimulacije, "oslobađaju" novorođenčetu pažnju te samim tim doprinose njegovoj spremnosti za interakciju.

Na ovakvo sagledavanje upućuje niz istraživanja.

Novorođenče koje plače, na primer, postaje mirno i skoncentrisano kada ga majka podigne naspram svog ramena³¹⁵. Ovim se pokretom, zatim, novorođenče može privremeno utešiti čak i kad je gladno, može se razbuditi kada je pospano, a ukoliko je budno povišava mu se

³¹⁵ Korner A. F. and Thoman E. B., Visual alertness in neonates as evoked by maternal care, *Journal of Experimental Child Psychology*, (1970) Vol. 10, str. 67-78.

"vizualna usredsređenost"³¹⁶. Sender (Sander) je, dalje, ustanovio da je učestalost perioda u kojima je novorođenče vizualno usredsređeno direktni rezultat njegovog neposrednog kontakta sa majkom. Naime, ukoliko je tokom perioda usredsređenosti novorođenče bilo u majčinom naručju, ovaj se period sa nešto manje od 25% (koliko obično iznosi drugog dana po porođaju) osmoga dana povećava na 57%³¹⁷.

A poređenjem blizanaca ustanovljeno je da su novorođenčad koja su bila zibana dva puta dnevno po 30 minuta dobijala više u težini nego njihova (nezibana) braća, odnosno sestre³¹⁸.

6. PREDUSLOVI

Uz dojenje, dodir, gledanje, zvučnu komunikaciju i zibanje, interakciju između novorođenčadi i njihove majke, pa tako i njihovu međusobnu privrženost, pod-

³¹⁶ Prema zaključku istraživača, ovo zatamljavanje gladi, a takođe i razbudivanje i usredsređivanje mogu se pripisati upravo proprioceptivnoj i vestibularnoj stimulaciji jer, ni dodirivanje, ni sam uspravni položaj ispitivane novorođenčadi nisu doveli do istovetnih efekata. Vidi: Gregg C. L., Haffner M. E. and Korner A. F., The relative efficacy of vestibular-proprioceptive stimulation and the upright position in enhancing visual pursuit in neonates, *Child Development*, (1976) Vol. 47, str. 309-314.

³¹⁷ Sander L. W., Early mother-infant interaction and 24-hour patterns of activity and sleep, *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, (1970) Vol. 9, str. 103-123.

³¹⁸ Freedman D. G., Boverman H. & Freedman N., Effect of kinesthetic stimulation on weight gain and on smiling in premature infants. Prema: Solkoff N., Yaffe S., Weintraub D. and Blase B., Effects of handling on the subsequent development of premature infants, *Developmental Psychology*, (1969) Vol. 1, No. 6, str. 765-768.

stiču još neka njihova lična svojstva i potencijali³¹⁹. No, u kojoj će meri sva navedena svojstva i potencijali doći do izražaja zavisi i od nekih spoljnih činilaca.

Među ovim spoljnim činiocima ključnu ulogu ima privatnost.

Naime, da bi se zavoleli na njima svojstven način, novorođenčetu i njegovoj majci (kao, uostalom, i ocu ili bilo kom drugom bližnjem) potrebno je neko, samo njihovo, zajedničko vreme. A onda, kao okvir tog vremena, još i mir i lični prostor.

Važno je, pri tom, da se privatnost, odnosno zajedničko vreme, mir i prostor obezbede neposredno posle porođaja. Ali, ne samo zato što su novorođenče i njegova majka tada u kritičnom periodu tranzicije pa su jedno na drugo veoma mnogo upućeni, nego i zbog toga što je vreme neposredno po porođaju predodređeni period konsolidacije njihovog novog međusobnog odnosa. Tačno je da novorođenče i njegova majka taj svoj novi odnos mogu da konsoliduju i kasnije. Međutim, samo u toku prvih 30 do 60 minuta po porođaju on izrasta iz njihove uzajamno uplvisane psihofiziološke transformacije, a to znači – prevashodno iz biološkog iskustva vrste. Klaus i Kenel (Kenell), stoga, period neposredno po porođaju nazivaju “senzitivnim”, smatrajući ga optimalnim za razvoj i detinje i majčine privrženosti³²⁰.

Važnost “senzitivnog perioda” potvrđuju i Gejl Piterson (Gayle Peterson) i Luis Mel (Lewis Mehl). U istraživanju u okviru koga su posmatrali 46 porodica

³¹⁹ Jedno od tih svojstava je i sposobnost razaznavanja mirisa. Novorođenče, na primer, već drugog dana po rođenju može da, po mirisu, prepozna gazu koju je njegova majka držala uz bradavice. Vidi: MacFarlane J. A., Olfaction in the development of social preference in the human neonate, Parent-infant interaction, Ciba Foundation Symposium 33 (new series), Elsevier Publishing Co., Amsterdam, 1975, str. 103-117.

³²⁰ Klaus M. H., Kennell J. H., Bonding: The Beginnings of Parent-Infant Attachment, Mosby and Co., New York and Scarborough, 1983, str. 40-45.

(prvo pre, a onda 7 dana, te 1, 2 i 6 meseci posle porođaja) oni su ustanovili da je najznačajnija varijabla na osnovu koje se može predvideti privrženost majke – njena razdvojenost od novorođenčeta. Što je razdvojenost (neposredno po porođaju) bila kraća, majčina je privrženost bila veća³²¹.

Osim toga, pokazalo se da na razvoj majčine privrženosti povoljno deluje i dužina inicijalnog kontakta sa novorođenčetom. Naime, žene kojima je tokom prva tri dana po porođaju bilo omogućeno samo 16 sati dodatnog kontakta, mesec dana kasnije svoju su bebu više negovale, duže gledale i značajno više milovale u poređenju sa ženama koje su bile podvrgnute standardnoj bolničkoj proceduri³²².

U već citiranom istraživanju Gejl Piterson i Luisa Mela, druga varijabla koja je bitno uticala na razvoj privrženosti bila je – ženino porođajno iskustvo. Negativno iskustvo (to jest porođaj kojim su dominirali strah i bol) imalo je, što se tiče privrženosti, nepovoljniji ishod. Strah i bol su, naime, “značajno doprinosili ozlojeđenosti i neprijateljstvu prema objektu sa kojim su bili udruženi”³²³. Isto tako, slabijoj majčinoj zainteresovanosti za novorođenče vodili su i porođaji obavljani uz visok ili srednji stepen korišćenja akušerske tehnologije³²⁴.

³²¹ Peterson G. H. and Mehl L. E., Some Determinants of Maternal Attachment, American Journal of Psychiatry, (1987) Vol. 135, No. 10, str. 1168-1173.

³²² Klaus M. H., Jerauld R., Kreger N. C., McAlpine W., Steffa M. and Kennell J. H., Maternal Attachment, The New England Journal of Medicine, (1972) Vol. 286, No. 9, str. 460-463.

³²³ Peterson G. H. and Mehl L. E., op. cit., str. 1168-1173.

³²⁴ Visok, odnosno srednji stepen primene akušerske tehnologije En Oukli (Ann Oakley) je određivala tako što je svakoj intervenciji obavljenoj tokom porođaja dodeljivala određen broj bodova i zbir bodova poredila sa skalom koju je utvrdila tokom istraživanja. Oakley A., Women Confined, Schocken Books, New York, 1980, str. 122-123, 165 i 305.

Sa druge strane pak, prema istraživanju Najls i Majkla Njutona (Niles & Michael Newton), žene koje su tokom porođaja bile mirne i opuštene, koje su imale brižljiviju negu i bolji emocionalni odnos sa osobljem, uglavnom su na prvi pogled prihvatale svoju novorođenčad. Njutonovi stoga zaključuju da su tri ključne "stvari" koje treba obezbediti svakoj porodilji – nežnost, saradnja i spokoj³²⁵. A u skladu sa njihovim zaključkom je i nalaz da su se žene uz koje je tokom porođaja bila neka bliska osoba, u toku prvog sata po porođaju, više interesovale za svoje novorođenče³²⁶.

Bitan preduslov optimalnog razvoja privrženosti između zdravog novorođenčeta i njegove majke, zatim, jesu i njihove dve komplementarne karakteristike:

- novorođenčetova vitalnost, odnosno sposobnost da upućuje poruke kao i da na njih odgovara.

- materinski kapacitet, odnosno sposobnost žene da, uz slanje svojih poruka, opazi, rastumači i relevantno odgovori na poruke svoga deteta te da ih "oboji" psiho loškim značenjem.

Novorođenčetova se vitalnost umanjuje već i pod dejstvom standardne akušerske medikacije. Pri tom, najčešće su poremećena suptilna interakciona svojstva čiji se ispadi ne opažaju pri grubom procenjivanju kakav je Apgar skor. Smanjeni su, obično, intenzitet sisanja i mišićni tonus, zamagljeni svesnost i orijentisanost prema živim i neživim objektima, a novorođenče je, uz to, teže i utešiti. Nasuprot tome, najsvesnija su, najmanje uznemirena i motorno najzrelija ona novorođenčad čije majke tokom porođaja, nisu primile nikakve lekove³²⁷.

³²⁵ Newton N. and Newton M., op. cit., str. 124-126.

³²⁶ Klaus M. H., Kennell J. H., op. cit., str. 17-19.

³²⁷ Jordan B., *Birth in Four Cultures*, Eden Press, Montreal/London, 1983, str. 58.

Materinski kapacitet pak, u zavisnosti od ženinih prošlih iskustava kao i od prakse i vrednosti njene kulturne sredine, ima razne modalitete. U kulturi u kojoj dominira model nuklearne porodice, iskazuje se u onoj meri u kojoj žena (uz babicu kao savetodavca) preuzima odgovornost za negu svoga novorođenčeta. A izrazito ga modifikuju: odnos sa ocem deteta, želje i stavovi u vezi trudnoće (naročito pol deteta), briga za egzistenciju te potencijalni uticaj materinske uloge na životne planove³²⁸.

7. DOBROBITI

Šta biva ako novorođenče i njegova majka ostanu zajedno u toku senzitivnog perioda, odnosno bar prvih par sati posle porođaja?

Pri odgovoru na ovo pitanje, prvo treba imati na umu da se, tokom porođaja, žena otvara i psihički i fizički. Ovako otvorena, s obzirom da je još i u situaciji koja je za nju puna neizvesnosti, ona je (čak i ako se porađa u povoljnim okolnostima) veoma ranjiva. Mogu je, naime, ozbiljno pogoditi i stresovi relativno malog intenziteta. Dete u njenom naručju pak, neposredno po porođaju, moćna je nagrada. Otuda, pošto je promotrila svoje novorođenče, žena već prvih minuta posle stresogenog

³²⁸ Oakley A., op. cit., str. 167-168.

perioda porađanja može da bude obuzeta osećanjem ispunjenosti, pa i ushićenjem i zanosom. Ova su osećanja snažan podsticaj da se, i u odnosu na učestalost, i u odnosu na kvalitet, obogate njene transakcije sa novorođenčeta. Za uzvrat, kod novorođenčeta se veoma brzo razvija jasno definisano opredeljenje za majku kao "voljeni objekat", tako da se primarni proces uspostavljanja međusobne privrženosti okončava već za tri do četiri dana³²⁹.

Osnovna karakteristika ranog uspostavljanja privrženosti je da žena oseća da je novorođenče njeno te da je puna samopouzdanja u raznim aktivnostima koje se tiču detinje nege³³⁰.

Tipično je, takođe, da žena traži i održava blizak kontakt sa novorođenčeta tokom većeg dela vremena koje ima na raspolaganju, kao i da prihvata da zbrine svoje dete i u sred noći, bez preterane ozlojeđenosti i ljutnje. Pri ranom uspostavljanju privrženosti, dalje, žena odgovara na plač novorođenčeta uz razumevanje da je ono na taj način poziva, i ne pušta ga da plače samo duže od jedan do dva minuta. Čine je zadovoljnom i novorođenče i materinstvo i, generalno, izražava više pozitivnih nego negativnih osećanja³³¹. Već posle 48 časova zatim, čak i ako deli sobu sa drugim ženama i njihovom novorođenčadi, prepoznaje plač svoga deteta pa se noću budi samo

³²⁹ Chamberlain G., Davis D. R., Elliot K., Fells C., Hillier S., *Childbirth Today*, Council for Science nad Society, London, 1982, str. 28.

³³⁰ Samopouzdanje majke vodi većem uspehu u negovanju, uspeh umanjuje anksioznost, a time dalje jača samopouzdanje. Sve zajedno, pak, poboljšava interakciju majke i novorođenčeta što, sa svoje strane, takođe potkrepljuje samopouzdanje. Povećanju majčinog samopouzdanja i njenog osećanja kompetentnosti, inače, naročito doprinosi produžavanje vremena koje ona provodi sa novorođenčeta. Sastek A. M., Scanlon J. W., Abramson D. C., *Postpartum Contact and Maternal Confidence and Anxiety: A Confirmation of Short-Term Effects*, *Infant Behaviour and Development*, (1982) Vol. 5, str. 323-329.

³³¹ Peterson G. H. and Mehl L. E., (1978) op. cit., str. 1169.

kada ono zaplače³³². A kada čuje taj poznati plač, navire joj krv u predeo bradavica i iz dojki počinje da kaplje mleko³³³.

U kulturama gde žena preko celoga dana nosi svoje novorođenče uz telo, tako da komunikacija sa njime nije prevashodno zasnovana na gledanju i slušanju, razvija se i prefinjena sposobnost razaznavanja detinjih pokreta. Zahvaljujući toj sposobnosti gotovo je svaka žena, već nedelju dana po porođaju, u stanju da prepozna moment kada se njeno dete sprema za mokrenje ili izbacivanje izmeta tako da ima dovoljno vremena da ga uzme u ruke i postavi u položaj u kome se neće ni ovlažiti, ni umrljati detinjom stolicom³³⁴.

Što se pak tiče novorođenčadi, ona, u slučaju da se u senzitivnom periodu ne odvajaju od majke, lakše postižu fiziološku adaptaciju. Prema istraživanju Lembizisa (Lambesis), na primer, novorođenčad koja su tokom prva četiri sata po porođaju bila zibana i milovana, uz verbalnu i vizualnu komunikaciju, i kojima je na svaki refleks pućenja bilo omogućeno nenutritivno sisanje, manje su plakala i uzimala su tri puta više sterilne vode od novorođenčadi iz kontrolne grupe koja su ležala u kolevkama, pod infracrvenim grejačima. Njihova se telesna temperatura, uz to, bila stabilizovala već u drugom satu po rođenju, dok je onima iz kontrolne grupe padala kad god bi bio uklonjen izvor grejanja. Kod ovih drugih bilo

³³² Formby D., *Maternal recognition of infant's cry*, *Developmental medicine and Child Neurology*, (1967) Vol. 9, str. 293-296.

³³³ Lind J., Vuorenkoski V. and Wasz-Höckert O., *The effect of cry stimulus on the temperature of the breast in the lactating primipara: a thermographic study*. Prema; Lozoff B., Brittenham G. M., Truse M. A., Kennell J. H. and Klaus M. H., op. cit., str. 4.

³³⁴ Klaus M. H., Kennell J. H., (1983) op. cit., str. 68-69.

je, osim toga, i značajno više varijacija disanja i srčanog ritma³³⁵.

Pored svih ovih neposrednih dobrobiti, združivanje novorođenčadi i njihovih majki tokom senzitivnog perioda ima i kasnije pozitivne efekte.

De Šato (De Chateau) i Viberg (Wiberg) su, tako, utvrdili da su, u poređenju sa kontrolnom grupom prvorotki, prvorotke koje su tokom prvog sata po porođaju imale 15 do 20 minuta dodatnog kontakta sa svojom novorođenčadi, tri meseca kasnije, više ljubile i gledale u oči svoju decu, a više ih je i nastavilo sa dojenjem.

Njihova su se odojčad, osim toga, više smejala, a ređe plakala. Prvorotkama iz kontrolne grupe, pak, bila je duže vremena potrebna pomoć u nezi bebe i, uopšte, teže su se adaptirale na njeno prisustvo³³⁶ četiri meseca po porođaju.

Prednosti komunikacije u senzitivnom periodu iskazuju se i posle godinu dana. Utvrđeno je, na primer, da su pri poseti jednoj pedijatrijskoj ambulanti žene iz grupe sa produženim kontaktom više dodirivale, tešile, i držale u naručju svoju decu, kao i da su ova deca, u poređenju sa svojim parnjacima iz kontrolne grupe, bila nešto naprednija³³⁷.

³³⁵ Lambesis C., The effects of surrogate mothering of the transitional newborn upon physiologic stabilization. Prema: Rice R. D., Maternal-Infant Bonding: The Profound Long-Term Benefits of Immediate, Continuous Skin & Eye Contact At Birth, u Stewart D, Stewart L., (eds.), 21st Century Obstetrics Now, op. cit., str. 378.

³³⁶ De Chateau P. and Wiberg B., Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. Acta Paediatrica Scandinavica, (1977) Vol. 66, str. 145-151. Do sličnih su rezultata došli i Zigel (Siegel) i saradnici posmatrajući interakciju dve grupe novorođenčadi i njihovih majki četiri meseca po porođaju. Vidi: Siegel E. et al., Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization, Pediatrics, (1980.) Vol. 66, str. 183-190.

³³⁷ Kennell J. H., Jerauld R., Wolfe H., Chester D., Kreger N., McAlpene W., Siegel E. et al., Hospital and home support during infancy: impact on

U nešto opsežnijem ispitivanju istih grupa pak, dve godine posle porođaja, najupadljivija je bila razlika u verbalnoj komunikaciji. Žene iz grupe sa produženim kontaktom sa svojom su decom razgovarale uz manje komandi, a uz više pitanja i više reči svakom prilikom kada bi im nešto predlagale. Naime, već samim načinom kojim su im se obraćale, ukazivale su svojoj deci da su željena i voljena³³⁸.

Važnost ranog i produženog kontakta sa majkom, pak, posebno se iskazala kod prevremeno rođene dece. Naime, deca kojima je ovaj kontakt bio omogućen razvijala su se brže i uz manje zdravstvenih tegoba.

Prevremeno rođena deca koja su, tokom deset dana, svakoga dana bila milovana po pet minuta na primer, više su dobijala u težini, bila su aktivnija, a i fizički zdravija od dece iz kontrolne grupe³³⁹. Isto tako, rano taktilno i kinestetsko stimulisanje pospešivalo je motornu zrelost ove dece, njihovu auditivnu i vizualnu komunikaciju, kao i mentalni razvoj uopšte.³⁴⁰

U analizi sedam kliničkih istraživanja, dalje, Jan Sent Džon (Ian St John) ističe da su, uz dodatnu stimulaciju, prevremeno rođena deca još i ređe plakala, da su bila

maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. Pediatrics, (1980.) Vol. 66, str. 183-190. Steffa M. and Klaus M.H., Maternal behaviour one year after early and extended postpartum contact, Developmental Medicine and Child Neurology, (1974.) Vol. 16, str. 172-179.

³³⁸ Ringler N.M., Kennell J.H., Tarvella R., Navojsky B.J. and Klaus M.H., Mother to child speech at two years: effects of early postnatal contacts. The Journal of Pediatrics, (1975.) Vol. 86, str. 141-144.

³³⁹ Solkoff N., Yaffe S., Weintraub D. and Blase B., op. cit., 766-767. Slične rezultate saopštavaju i Vajt (White) i Labarba. Vidi: White J.L., Labarba C.R., The Effects of Tactile and Kinesthetic Stimulation on Neonatal Development in the Premature Infant. Developmental Psychology, (1976.) Vol. 9, No. 6, str. 569-577.

³⁴⁰ Rice R.D., Neurophysiological Development in Premature Infants Following Stimulation, Developmental Psychology, (1977.) Vol. 13, No. 1, str. 69-76.

smirenija, imala bolji apetit i značajno manje problema sa disanjem³⁴¹. A u odnosu na kontrolnu grupu, brže su napredovala i prevremeno rođena deca koja su bila izložena samo mehaničkim stimulusima, ležeći na blago uzbudanim vodenim krevetima i slušajući snimke srčanih tonova i ženskoga glasa³⁴².

Takođe, u poređenju sa ženama kojima to nije bilo dozvoljeno, žene koje su imale mogućnost da već od drugog dana po porođaju neguju svoje prevremeno rođeno dete (dok je ono još ležalo u inkubatoru) bile su predanije i imale su više samopouzdanja. Njihov pristup u jedinicu za intenzivnu negu, pak, nije remetio organizaciju rada, a nije povećao ni učestalost infekcija.³⁴³

8. RIZICI

Ukoliko se neposredno po porođaju ne obezbede uslovi za razvoj privrženosti, odnosno ukoliko se novorođenče i njegova majka za određeno vreme razdvoje,

³⁴¹ St. John L., *Motherbaby Massage*, Bioinstitute Publications, Addlestone. 1984. str. 2-4.

³⁴² Kramer L.I. and Pierpont M.E. Rocking waterbeds and auditory stimuli to enhance growth of preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, (1976.) Vol. 88. No. 2. str. 297-299.

³⁴³ Barnett C.R., Leiderman H.P., Grobstein R. and Klaus M.H., Neonatal separation: The maternal side of interactional deprivation, *Pediatrics*, (1970.) Vol. 45. No. 2. str. 197-205. Klaus i Kenel su imali dobra iskustva i kada su prevremeno rođeno dete donosili majci, po jedan sat dnevno, već od prvog dana po porođaju. Vidi: Klaus J.H., Kennell J.H., op. cit., str. 113-114

između njih može da nastane jaz koji je kasnije teško premostiti.

Ima, doduše, istraživača koji sumnjaju u postojanje senzitivnog perioda, ili pak savetuju kako ne bi trebalo naglašavati važnost ranog kontakta, a zapostavljati druge činioce koji utiču na kvalitet odnosa dece i njihovih roditelja. Oni ističu uticaj oca i drugih članova porodice, uticaj škole i vršnjaka, kao i uticaj uže i šire kulturne sredine. Ukazuju, takođe, da opsežniji kontakt po porođaju može da ima povoljan efekat na jedan ili više aspekata razvoja ali da, na duži rok, deca koja su bila lišena ovog kontakta uspevaju da nadoknade zaostajanje.³⁴⁴

Naporedno sa ovim stanovištima, međutim, postoje brojne indicije da odvajanje zdrave novorođenčadi od njihovih majki (neposredno posle porođaja), kao što se to radi u vidu rutinske prakse u mnogim bolničkim porođilištima, može voditi raznim nepovoljnim ishodima.

Ove su indicije uglavnom vezane za jednu generalnu postavku: novorođenčetu je neophodna neposredna veza sa odraslima koji su mu privrženi ali, ne samo radi namirivanja fizičkih potreba, nego i zbog njegovog specifičnog psihičkog stanja.

Novorođenče je, naime, širom otvoreni, "osećajući" organizam. Kao takvo, ono je veoma ranjivo jer su mu čula još uvek bez "filtara" koje tvore razvijene funkcije kore velikog mozga, kao i proteklo iskustvo, na osnovu kojih bi, sve što doživljava, moglo da podvrgne proceni. S obzirom na to, novorođenče ne može ni da intelektualizuje doživljene stresove pa je – pogotovo ukoliko

³⁴⁴ Chess S., Thomas A., *Infant Bonding: Mystique and Reality*, *American Journal of Orthopsychiatry*, (1982.) Vol. 52. No. 2. str. 213-222.

je samo, uplašeno i neutešeno gurnuto u spoljašnji svet – podložno separacionoj traumi.³⁴⁵

Separaciona trauma može da se iskaže na razne načine. U ekstremnim slučajevima inkompatibilna je sa preživljavanjem. Frederik Drugi na primer, vladar Germana (1194-1250), u želji da utvrdi kojim će jezikom prozboriti deca koja prethodno nisu čula ničiji govor, izdvojio je jednu grupu novorođenčadi i naredio da im ne pristupa niko sem sluškinja koje su ih, povremeno, ćutke dojile i prale. Prema izveštaju istoričara Salimbene, pre nego što su progovorila, sva su ova deca umrla.³⁴⁶

Današnji trabant Frederika Drugog, dakako, ne slede doslovno njegov primer. Otuda sputavanje razvoja privrženosti između novorođenčadi i njihovih majki ima manje drastične ishode.

Separaciona trauma najpre, praktično kod svih novorođenčadi koja su je pretrpela, ostaje kao ključno iskustvo prisilne socio-psiho-fizičke lišenosti. S obzirom na to, udružena sa kasnijim relevantnim iskustvima, ona često vodi i razvoju psihičke strukture zasnovane na gladi za privrženost.³⁴⁷ Može, međutim, da doprinese i razvoju

³⁴⁵ Frensis Mot (Franciss Mott) je na primer, uvidom u prirodu tranzicije "materica-spoljni svet", razvio čitavu teoriju ljudskog razvoja nazvavši je biosinteza. Prema ovoj teoriji, ukoliko se ukotvljavanje u spoljni svet preokrene u šokantno iskustvo, organi putem kojih se uspostavlja kontakt sa svetom i drugim ljudima "opružaju se" samo uz oklevanje, a osnova poverenja u sopstveni organizam, u druge ljude i sam svet biće potkopana ili oslabljena, a nekada i uništena. Vidi: Mott F., *Byo-synthesis*, Philadelphia, 1948.

³⁴⁶ Salimbene ne navodi šta se zbilo sa majkama ove dece. The Historian Salimbene (13th Century), u Ross J.B. and McLaughlin M.M., (eds.), *A Portable Medieval Reader*, Viking Press, New York, 1949. str. 366.

³⁴⁷ Jedan od ekstremnijih primera psihičke strukture zasnovane na gladi za privrženost jeste psihička struktura dominantna među pripadnicima pripadnicima pacifičkog plemena Mundugumori. Žene ovog plemena, na primer, aktivno pokazuju da ne vole ni da budu trudne, ni da se brinu oko svoje dece. Svoju novorođenčad nose u veoma grubim košarama, a kasnije na ledima, daleko od dojki. Doje ih, pak, uvek u stojećem položaju. Ne dozvoljavaju da podoj traje duže vremena, dok se odojče ne zadovolji.

nekih patoloških sindroma, prevashodno fizičke ili psihosocijalne prirode, jer nepovoljan početak ekstrainterinog života čini decu osetljivijom i podložnijom raznim stresovima od kojih bi se inače, u uslovima povoljnijim za eksterogestaciju, lako odbranila.

Najočitije, separaciona se trauma odražava na koži novorođenčeta, s obzirom da je koža jedan od osnovnih supstrata, i novorođenčetine potrebe za privrženost, i frustracije što ta potreba nije na odgovarajući način zadovoljena.

Ustanovljeno je, tako, da su novorođenčad koja su sa svojim majkama provodila 8 do 12 sati dnevno imala značajno manje stafilokoknih infekcija od novorođenčadi iz kontrolne grupe koja su sa svojim majkama bila kraće u rede.³⁴⁸

Do sličnog se iskustva došlo i 1976. godine u Gvatemali. Tu su, posle katastrofalnog zemljotresa, prevremeno rođene bebe, kao i novorođenčad rođena carskim rezom, prebačeni iz posebnog centralnog odeljenja u krevete svojih majki. Premda su, zbog oskudice prostora u privremeno uređenim prostorijama, ovi kreveti bili

Otuda su im deca stalno gladna. Mundugumori su, inače, (bili) kanibalsko pleme i razvili su formu društvene organizacije u kojoj je svaki čovek protiv svakog drugog čoveka. Vidi: Mead M., *Male and Female*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, 1976. str. 82-83.

³⁴⁸ Pod uticajem mehanističke medicinske ideologije najveći broj akušerskih poslenika pokušava da se sa infekcijama novorođenčadi izbori isključivo, upotrebom sterilnih rukavica, kapa, maski, odeće, kao i izolacijom tek rođene dece. No, pokazalo se u više kontrolisanih kliničkih istraživanja, da ovaj pristup nema efekta ni na učestalost infekcija, ni na učestalost kolonizacije patogenih mikroorganizama. Kontraproduktivnim se, takođe, pokazalo i kupanje novorođenčadi u specijalnim aseptičnim rastvorima. Vidi: Enkin M., Keirse Marc J.N.C. and Chalmers I., op. cit., str. 306-307.

jedan uz drugi, učestalost infekcija je, sa 17 na 1000, pala na svega 2 na hiljadu novorođenčadi.³⁴⁹

I Dr. Dimitrij Mikuš, akušer iz Slovenjgradeca, navodi da od 1964. godine kada je u slovenjgradečkom porodilištu uveden boravak novorođenčeta uz majku, pa do 1980. godine, "nije bilo nijedne infekcije novorođenčeta koja bi bila pripisana tom obliku nege".³⁵⁰

Karakterističan je, uz to, i nalaz Špica (Spitz), Ovaj je istraživač utvrdio da su deca smeštena u institucijama – a to znači deca koja su imala manje prisnih kontakata sa bliskim osobama – značajno češće patila od ekcema.³⁵¹

Sa separacionom traumom povezan je i rizik zastoja u razvoju.

Učestalost sindroma "neorganskog nenapredovanja" – sindroma za koji je karakteristično da novorođenče kome nije utvrđen nikakav organski poremećaj ne raste, ne dobija u težini i ne pokazuje motorni i bihevioralni napredak u skladu sa svojim uzrastom – znatno je veća kod novorođenčadi koja su, neposredno po porođaju, bila odvojena od svojih majki.³⁵²

³⁴⁹ Klaus M.H., Kennell J.H., (1983.) op. cit., str. 4.

³⁵⁰ Mikuš D., Dolgoletne skušnje z namestitvijo novorojenca ob materi, u Baldani N., Zdravstveno varstvo v perinatalni dobi, 6 zvezek, Zdravstveno varstvo, Posebna publikacija, št. 5/81, Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo, Ljubljana, 1981. Kako mi je ispričao Dr Mikuš, kada se ranih šezdesetih u Slovenjgradecu gradilo novo porodilište, od njega je, kao od jedinog akušera, zatraženo da odredi namenu prostorija. U to vreme Slovenjgradečka su novorođenčad, po porođaju, ostajala uz majke, smeštena u tradicionalne pletene korpe lokalne izrade. Po novome međutim, u skladu sa akušerskim pravilima, trebalo je razdvojiti majke i bebe. No, Dr Mikuš je rešio da za savet upita žene koje su trenutno ležale u porodilištu. Pošto su mu one rekle da im više odgovara da, po porođaju, budu sa svojim bebama, on ih je podržao.

³⁵¹ Spitz R.A., The First Year of Infancy, prema Janov A., op. cit., (1982.) str. 108.

³⁵² Fraiberg S. and Bennet J., Intevntion and failure to thrive, Birth and Family Journal, (1978.) Vol. 5. str. 227-230.

Deca koja su odgajana u institucijama zatim, pa su stoga u toku prvih meseci po rođenju patila od nedostatka privrženosti, češće zaostaju u razvoju.³⁵³ A osobe koje su kao novorođenčad trpele od taktilne deprivacije – češće pate od osećanja napuštenosti i depresije, a i od prekomernog straha koji se razliva u vidu neodređene anksioznosti.³⁵⁴

Kao značajna posledica sputavanja privrženosti između novorođenčeta i njegove majke, često se još pominje i sindrom "zlostavljanog deteta".

Margaret Linč (Lynch) je utvrdila da je za zlostavljanu decu – u poređenju sa njihovom braćom i sestrama koji nisu bili izloženi maltretiranju pa su predstavljali kontrolnu grupu – visoko signifikantno šest faktora: abnormalna trudnoća, abnormalni porođaj, razdvojenost neposredno po porođaju, razdvojenost iz drugih razloga u toku prvih šest meseci po rođenju, poboljšanje tokom prve godine života i bolest majke tokom detinje prve godine.³⁵⁵

Fenerof (Fanaroff) i saradnici su, u istom smislu, ustanovili da je nesrazmerno veći broj zlostavljane dece prevremeno rođen pa je, zbog izolacije u odeljenju intenzivne nege, određeno vreme bio odvojen od majke.³⁵⁶ A prema nešvilskoj (Nashville) studiji, žene kojima je dete dato tek 12 časova po rođenju, a potom svaka četiri sata po trideset minuta, češće su zlostavljale to svoje dete u poređenju sa ženama koje su svoje novo-

³⁵³ Yarrow L.J., Research in Dimension of Early Maternal Care, Merrill – Palmer Quaterly, (1963.) Vol. 9. str. 101-122.

³⁵⁴ Janov A., (1982) op. cit. str. 109-110.

³⁵⁵ Lynch M.A., Ill Health and Child Abuse, Tha Lancet, August 16, 1975. str. 317-319.

³⁵⁶ Fanaroff A., Kenell J.H., Klaus M.H., Follow-up of low birthweight infants: the predictive value of maternal visiting patterns, Pediatrics, (1972.) Vol. 49 str. 287-290.

rođenče dobile sedam sati po rođenju, i potom sa njime bile stalno zajedno.³⁵⁷

Dakako, time što ih prisilno odvajaju od njihove tek rođene dece, pogođene su i žene. Oduzeta im je naime, uz fizičku komponentu sinhronije, i mogućnost da uživaju u svome detetu, kao i da osećaju blagotvornost privrženosti pospešene navalom pozitivnih osećanja. Mnoge među ovim ženama, pri tom, može obuzeti ne samo osećaj usamljenosti nego i zabrinutost za detinje zdravlje. Anksioznost im može biti povećana i šest nedelja posle porođaja.³⁵⁸ A prema nekim istraživanjima, kod žena kojima je neposredno posle porođaja (a u skladu sa dominantnom akušerskom procedurom) ograničen kontakt sa detetom češće se razvijaju depresivna osećanja, pa i postnatalni depresivni sindrom.³⁵⁹

³⁵⁷ O'Connor S., Sherod K.B., Sandler H.M. and Vietze P.M., Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming in, *Pediatrics*, (1980.) Vol. 66. str. 176-182. I niz drugih istraživača nalazi da su se žene koje su neposredno posle porođaja bile odvojene od svoga novorođenčeta, kasnije, prema njemu lošije odnosile. Kao razlog pak, najčešće se navodi fenomen konsolidacije ponašanja, poznat iz izučavanja životinja. Naime, ukoliko se materinsko ponašanje ženke sisara prekine pre nego što je započelo da se konsoliduje, ono se kasnije neće ni ispoljiti. Ukoliko se pak prekine u toku konsolidacije, ono će u situacijama koje nalažu njegovo ispoljavanje biti izraženo, ali uz neodgovarajuću kvalitet i neodgovarajuću učestalost. Vidi: Peterson G.H., Mehl L.E., Comparative studies of psychological outcome of various childbirth alternatives. U Stewart L., Stewart D., (eds.), *21 Century Obstetrics Now*, op. cit., str. 227-228. Naravno, u obzir treba uzeti i druge faktore, naročito one koji proističu iz materinske uloge, nametnute dominantnim kulturnim modelom, prema kome se sva briga oko deteta prepušta ženi. Samim tim što je majka, naime, žena je često preopterećena i iscrpna, socijalno izolovana i sputana što se tiče društvene promocije koja nije u vezi sa materinstvom, a može joj pretiti i egzistencijalna nesigurnost. Povremeno "nematerinsko" ponašanje žene, stoga, može biti i izraz lične patnje, kao i mnogih problema, počevši od onih u vezi sa (ne)zadovoljstvom partnerom, pa do onih koji se tiču samopoštovanja i ličnog identiteta.

³⁵⁸ Sostek A.M., Scanlon J.W., Abramson D.C., op. cit., str. 326-328.

³⁵⁹ Oakley A., op. cit., (1980.) str. 145-148. Inače, u tipičnom maniru proglašavanja žrtve za krivca, ova se ženina depresija često koristi kao potvrda kulturnog stereotipa o ženskoj emocionalnoj nestabilnosti.

9. U KORIST PRIMALNOG BOLA

Posle mnogih dokaza da se dominantnom akušerskom praksom ometa rani razvoj privrženosti između novorođenčeta i njegove majke, grupa eksperata Svetske zdravstvene organizacije donela je, 1985. godine, preporuke prema kojima:

- sva novorođenčad i njihovi roditelji imaju pravo na bliski kontakt od samog detinjeg rođenja,
- bliskost između majke i novorođenčeta treba promovisati u svim okolnostima, uključujući tu i period posle carskog reza, ili posle neke druge medicinske intervencije u vezi sa ženom ili novorođenčetom,
- žene i bebe ne treba da budu odvojene: treba da budu zajedno onoliko koliko to želi majka.
- treba promovisati boravak bebe u sobi sa majkom, a razmišljati o ukidanju centralizovanih prostorija za boravak novorođenčadi.³⁶⁰

Ipak, mnogi akušerski poslenici i dalje, sistemski, sputavaju razvoj privrženosti proizvodeći uz to i patnju, i u novorođenčadi, i u njihovih majki.

Naime, već i unutrašnjim rasporedom akušerskih prostorija, a ne samo tehnološkom procedurom, ženama se u najmanju ruku nameće strepnja, a novorođenčadi - senzorna deprivacija.

I jedno, i drugo, pokriveno je proklamovanom dobrom namerom.

³⁶⁰ Appropriate Technology Following Birth, *The Lancet*, December 13, 1986. str. 1387-1388.

Odvajanjem od novorođenčeta, navodno, ženama se omogućava predah kako bi se odmorile od porođaja i kako bi se privikle na svoju novu ulogu.

No iza ove namere stoje, zapravo, ustaljena praksa i interesi akušerske institucije na šta, kada se radi o brizi za žene, slikovito ukazuje izjava jedne "zaštićene" Beograđanke: "Oduzeli su mi bebu da bih se odmorila od porođaja, a onda su me probudili u pet sati ujutru da mi izmere temperaturu."³⁶¹

Što se pak tiče novorođenčadi, ona se, gladna stimulusa i uz iznenadni gubitak prepoznatljivih informacija, odnose u potpuno nepoznato okruženje gde su veliki deo vremena izložena plaču svojih (prethodno izdvojenih) sapatnika i sapatnica. Uz ove pra-zvuke tuge i straha, ubrzo i novopridošlice počinju da svoju generalizovanu napetost izražavaju plačem, s tim što se ni na te nove pozive za pomoć najčešće ne odgovara.³⁶²

Ostavljenoj novorođenčadi, razumljivo, utehu ne može pružiti (u različitoj meri kompletirani) tehnološki "know how".

³⁶¹ Lično saopštenje S.T. Što se pak tiče privikavanja Žena na novu ulogu, ono se u ovdašnjim akušerskim institucijama mahom svodi na to što po porođaju babice počinju da svaku od njih oslovljavaju sa "majko".
³⁶² Karakteristično je da se potrebe novorođenčeta, izražene plakanjem (a ono, dakako, drugačije ne može i ne ume), zanemaruju u meri u kojoj bi, u slučaju neke odrasle hospitalizovane osobe, to bilo neprihvatljivo. U principu, naime, ne smatra se da odgovorni zdravstveni poslenik na plač novorođenčeta treba da odgovori nekom pomoći ili intervencijom. U ovdašnjoj je kulturi, čak, skovana i izlika da "plač jača bebina pluća". Promena u ponašanju, međutim, ne bi zahtevala neki veliki angažman. Ni pri zadržavanju sadašnjeg centralizovanog smeštaja novorođenčadi. Naime, pravovremenim reagovanjem (a to znači u okviru 90 sekundi od početka određene epizode plakanja) novorođenče se može utešiti za, prosečno, pet sekundi. Ako se pak, u odnosu na ovaj optimalni period, kasnije reaguje onda se novorođenče mora tešiti duže vremena. Vidi: Thoman E.B., How a rejecting baby affects mother-infant synchrony, Parent-infant interaction, Ciba Foundation Symposium 33 (new series), Elsevier Publishing Co., Amsterdam, 1975. str. 177-200.

Razni surogati, od infracrvenih grejača i veštačkih formula za ishranu pa do mehaničkih "utešivača" koji reprodukuju otkucaje ljudskog srca, ma koliko bili brižljivo kalibrisani, mogu samo da skrenu pažnju novorođenčeta, ali ne i da mu zamene toplo i pulsirajuće telo majke.

Otuda, s obzirom da nema potrebe koja nije izraz celog organizma, uz lokalne posledice (koje je kasnije moguće ublažiti), sistemsko sputavanje novorođenčetrovih potreba ima i trajan opšti efekat.

Ono, naime, značajno doprinosi i utemeljenju primalnog bola, jednog od osnovnih uzroka što veliki broj ljudi guši pulsiranje sopstvenih osećanja i tavori, živeći kompulzivno, po diktatu heteronomnih pravila i naloga.

V

KA PROMENI

U svakoj oblasti ljudskog delovanja postoji takozvani dinamički konzervativizam.

Sam konzervativizam se iskazuje tako što se uspostavljeni sistem održava mahom u okvirima ugrađenog ubeđenja o sopstvenoj moralnoj i tehničkoj superiornosti. Tu je kritičko samoprocenjivanje blokirano pa je usvojenu politiku, pravila i procedure veoma teško menjati.

Što se pak tiče dinamike, ona se svodi na puke promene kvantiteta.

U slučaju porodiljstva, to znači da akušerski establišment i na nepovoljne rezultate odgovara samo dodatnom tehnološkom intervencijom: novim tehnikama, sa još više mašinske kontrole, a ne drugačijim stavovima, vrednostima ili atmosferom.

Ipak, uz sav dinamički konzervativizam ortodoksnog porodiljstva, u ovom strogo nadziranom domenu su, tokom 1970-tih, počele da se pomaljaju značajne promene.

Ove promene, pri tom, nisu bile podstaknute nekim novim naučnim zaključcima ili dokazima. Naravno, i naučni zaključci i dokazi koji su ukazivali na potrebu da se radi drugačije su postojali. No, ulogu osnovnog stimulusa odigrali su društveno-ekonomski činioci.

Naime, medicinska je institucija (u svom akušerskom odseku) počela da ustupa pred pritiscima potrošača.

Pritisci su, najvećma, dolazili iz tri pravca.

Najpre iz feminističkog gibanja. Preispitivanjem tretmana porodilje, naime, feministkinje su ukazale na implicitni seksizam opstetričke prakse, a sa time je izravno bilo povezano i saznanje da negativna porođajna iskustva nisu neminovno uslovljena navodnim ženskim manjkavostima, nego da sistematski ishode iz standardne akušerske procedure³⁶³.

Od značajnog je uticaja, zatim, bilo i zagovaranje prirodnog toka porođaja, pa samim tim i dovođenje u pitanje stanovišta prema kome je primena raznih lekova i tehničkih procedura u akušerstvu neizbežna, odnosno da čak spasava život porodilje i novorođenčeta³⁶⁴.

A, kao treće, određenu je ulogu imalo i stalno povećavanje troškova porođanja³⁶⁵.

Tehnokratska arogancija akušerske institucije počela je, tako, da se rastapa.

U okviru izrastanja "bebi-biznisa" postepeno su nastajale opcije namenjene različitim potrebama i interesovanjima porodilja i njihovih bližnjih.

Na akušersku je scenu stidljivo stupio - pluralizam.

³⁶³ Dreifus C. (ed.), *Seizing Our Bodies: The Politics of Women Health*, Vintage, New York, 1978.

³⁶⁴ Arms S., *Immaculate Deception*, Bantam, New York, 1978.

³⁶⁵ Parfitt R., *The Birth Primer*, The Running Press, Philadelphia, 1977, str. 179-181.

ELEMENTI PLURALIZMA

U okviru akušerskog pluralizma, upravo u sredinama najveće mašinizacije porođaja, razvio se fleksibilni sistem sačinjen od niza alternativa.

Svaka se od ovih alternativa, dakako, odlikuje nekim svojim posebnostima. No, sve zajedno imaju i neke skupne karakteristike.

Prva od ovih skupnih karakteristika jeste...

... PROMENA AMBIJENTA POROĐANJA

Naime, primetna je tendencija da se porodiljama, u manjoj ili većoj meri, pruži "domaća" atmosfera.

Sa jedne strane, tako, u supermodernim akušerskim klinikama formiraju se posebne, "civilne" sobe za porođanje u kojima se obično mogu naći: veliki krevet, sto i fotelje, televizor i video, stone lampe, biljke u saksijama, tepih na podu, reprodukcije na zidovima...

Sa druge strane, pak, osnivaju se takozvani (alternativni) centri za porođanje u vidu nekih većih porodičnih kuća, ali sa bolničkom opremljenošću. U njima osoblje (obično) ne nosi ni kape ni maske, a medicinska je oprema smeštena u plakare: ali, ne samo radi izbegavanja bolničke atmosfere, nego i zbog odricanja od standardi-

zovane primene niza ustaljenih akušerskih postupaka i tehnika.³⁶⁶

Opređenost za domaći ambijent, zatim, ogleda se i u tome što je čak i u civilno preuređenom okruženju boravak veoma kratak. Već 12 do 24h po porođaju, naime, novorođenčad i njihove majke odlaze kući, s tim što ih sledećih dana (po utvrđenom rasporedu) obilaze babice, a kasnije su im obezbeđene konsultacije u bolnici, odnosno u centru za porođanje.³⁶⁷

Uz to, kao neko mešovito rešenje, nude se i posebne vrste aranžmana u okviru kojih se kombinuju domaći ambijent i mogućnost raznih hitnih intervencija. Jedan od ovih aranžmana je takozvana Domino šema. Prema njoj, porođaj počinje u kući porodilje, u prisustvu babice koja određuje kada će sa porođiljom poći u bolnicu. U bolnici, ukoliko nema nikakvih komplikacija, ista ta babica pomaže ženi da se porodi i, šest sati kasnije, prati nju i njeno novorođenče njihovome domu.³⁶⁸

Druga skupna karakteristika novonastalih akušerskih alternativa su...

³⁶⁶ Prateći rezultate jedanaest centara za porođanje, Benets (Bennetts) i Labik (Lubic) su ustanovili da je u njima 89% porođaja okončano spontano, bez ikakve intervencije. Carskim je rezom dovršeno 5% porođaja, a smrtnost odojčadi je bila 4,6 na 1000. Vidi: Bennetts A. and Lubic R. W., The free-standing birth centre, *Lancet*, (1982), February 13, str. 378-380.

³⁶⁷ Janouver (Yanover) i njegovi saradnici su utvrdili da je ovako rano otpuštanje iz centra sasvim bezbedno. Vidi: Yanover M. J., Jones D., and Miller M. D., Perinatal care of low-risk mothers and infants: early discharge with home care, *New England Journal of Medicine*, (1976), Vol. 294, str. 702-705.

³⁶⁸ Lloyd D., and Remington D., *Options in Childbirth*, Sphere Books Ltd., London and Sydney, 1985, str. 30.

... VEĆA PRAVA PORODILJE

Kategorija većih prava porodilje je veoma raznovrsna.

Porođilja, na primer, nosi svoju odeću, kreće se ili uzima položaj koji joj odgovara, pije ili jede ako je žedna ili gladna. Neposredno po porođaju, zatim, može da uspostavi kontakt sa svojim detetom, da bude sa njime u istoj sobi, da uz konsultacije sa babicom preuzme odgovornost za njegovu negu. A ukoliko se zadrži u centru za rađanje, ili u bolnici, celoga dana ima pravo na posete.

Veća prava porodilja iskazana su, dalje, i time što se posebna pažnja poklanja njihovom doživljavanju porođaja. Naime, za razliku od ortodoksnog porođiljstva gde su akušerski poslenici usmereni na fizička stanja i procese, poseban se značaj sve većma pridaje porođiljinim psihičkim iskustvima. U okviru toga, na primer, dokumentovano je da na porođilje stresogeno deluje niz faktora nametnutih samom akušerskom procedurom. Virdžinija Larsen, tako, ukazuje da su tokom porođaja žene najviše uznemirene zbog nezadovoljene želje da je uz njih njihov suprug (26%), zatim zbog nezainteresovanosti akušerskog osoblja (25%), onda zbog raznih oprečnih naloga i saveta (13%), zbog raznih uznemirujućih događaja u samom porođištu (7%), kao i zbog usamljenosti (5%), neizvesnosti (5%), fizičke neudobnosti (5%) i preteranog uzimanja lekova (5%).³⁶⁹

³⁶⁹ U istom istraživanju, Virdžinija Larsen navodi i glavne stresogene faktore na koje se žene žale posle porođaja. To su: nemogućnost da njihovo dete bude duže uz njih (20%), bolničke rutinske procedure (13%), postporođajne komplikacije (11%), fizičke neugodnosti (11%), briga za decu koja su ostala kod kuće (10%), briga da li je novorođenče dobro u vreme kada nije pored nje (9%), galama ili neugodnosti od strane žena sa kojima su u zajedničkim prostorijama (7%). Vidi: Larsen V. L., *Stresses of The*

Saobrazno tome, porodiljine se emocionalne potrebe shvataju kao važan činilac bezbednog porođaja, pa se čak ustanovljava da individualna nega i podrška koje joj se pružaju mogu da smanje smrtnost novorođenčadi.³⁷⁰

Prava porodilja se, dalje, proširuju i time što im se pomaže i putem raznih alternativnih postupaka i sredstava. Pri tom, čak i intervencije koje ne zahtevaju nekakav posebni napor – kao pogled, dodir, umirujući glas – pokazuju potencijalno veliku moć i efikasnost. A uspešno se primenjuju i složenije tehnike i terapije, od psihofiziološke integracije, pa do akupunkture i individualno saobraženog homeopatskog tretmana.³⁷¹

U proširenje prava porodilja mogu se svrstati i promene u prenatalnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno drugačije predupređivanje eventualnih porođajnih komplikacija.

Naime, u nekim akušerskim savetovalištima, trudnice se više ne tretiraju samo prema mehanicističkim nazorima. Drugim rečima, pažnja medicinskih poslenika nije usmerena tek na njihova razna strukturna obeležja, od karličnih mera do godina starosti. Uz to, u skladu sa principom da se stavovi, verovanja i konflikti izražavaju telesnim stanjima i procesima, te da stoga način na koji se neka žena porođa zavisi i od svega onoga što ona misli, što veruje i kako se oseća – poseban se naglasak stavlja na pružanje odgovarajuće psihološke podrške.

Childbearing Year, American Journal of Public Health (1966), Vol. 56, No. 1, str. 32-36.

³⁷⁰ Levy B., Wilkinson F. and Marine W., Reducing Neonatal Mortality Rate with Nurse Midwives, American Journal of Gynecology and Obstetrics, (1971), Vol. 109, str. 50-58.

³⁷¹ Boston Women's Health Collective, Our Bodies, Ourselves, Boston, 1982, Random House, str. 448.

Ispravnost ove orijentacije i, dakako, neadekvatnost uobičajenog tretmana trudnica potvrđuju i neka dosta poznata istraživanja.

Rouzensgren (Rosengren) je, na primer, utvrdio da se žene koje na trudnoću gledaju kao na neku vrstu bolesti porođaju duže.³⁷²

Takođe, pokazalo se da žene koje su, prema psihološkim testovima, sklone anksioznosti – rađaju decu manje težine.³⁷³

Analizom preko stotine istraživanja Ferreira (Ferreira) je utvrdio da je viši stepen anksioznosti trudnica udružen sa mukom i povraćanjem u ranoj trudnoći, sa takozvanim spontanim pobačajima, sa toksemijom i pre-eklampsijom, kao i sa prevremenim porođajem.³⁷⁴

A na osnovu praćenja pet stotina porođaja, Gejl Piterson (Gail Peterson) je ustanovila da su potencijalni prediktivni faktori porođaja sa visokim rizikom: pasivnost, zavisnost od drugih, nesposobnost da se prihvati podrška, odbacivanje ženskog identiteta, potiskivanje seksualnosti, prihvatanje sebe kao seksualnog objekta, detinjastost, manipulativnost u komunikaciji, nepoverljivost i zatvorenost, shvatanje sebe kao slabe, rascepljenost duha i tela, konfliktni odnos sa partnerom i rasporak u planovima, potisnuta strahovanja, sedentarna aktivnost, rigidnost u odnosu na promene i nove ideje,

³⁷² Rosengren V., Some Special Psychological Aspects of Delivery Room Difficulties, Journal of Nervous and Mental Disease, (1961), Vol. 123, str. 515-521.

³⁷³ Levinson G. and Shnider S., Catecholamines: The Effects of Maternal Fear and Its Treatment on Uterine Function and Circulation, Birth and The Family Journal (1979), Vol. 6, No. 3, str. 167-174.

³⁷⁴ Ferreira A., Emotional Factors in Prenatal Environment: A Review, Journal of Nervous and Mental Disease (1965), Vol. 141, str. 108-117.

haotično domaćinstvo i poricanje realnosti porođajnih bolova.³⁷⁵

S obzirom da su – prema holističkom stanovištu – psiha i telo dva aspekta jednog istog entiteta, psihološka se podrška pruža radom na psihi ili radom na telu, ali i radom usmerenim na neke njihove zajedničke suptilne domene.

Povoljne rezultate pokazala je, tako, primena tehnike "ponovnog rođenja". Žene koje su prošle ovo iskustvo, naime, imale su lakše porođaje.³⁷⁶

Slični su i efekti tehnike psihofiziološke integracije, kombinacije opuštanja, vizualizacije i psihoterapije.³⁷⁷

Homeopatskim se preparatima, zatim, povećava vitalnost trudnice i omogućava brži i lakši porođaj. Moguće je, uz to, sanirati i muku, opstipaciju, probleme u vezi sa mokrenjem, anemiju i povišeni krvni pritisak.

Osteopatskim se tretmanom takođe utiče na olakšanje i ubrzanje porođaja, a uspešno se otklanjaju i bolovi u krstima.

Praktikovanje hata-joge vodi većem samopouzdanju, opuštenosti i koncentraciji, poboljšava disanje i čini telo pokretljivijim olakšavajući tako i "protok" vitalne energije.

³⁷⁵ Peterson G. H., *Birthing Normally*, Mindbody Press, Berkeley, 1981, str. 186-187.

³⁷⁶ Ponovo rođenje je tehnika pomoću koje se iznova doživljava sopstveno rođenje. Ima više vidova. Primalno se iskustvo rođenja, naime, može dosegnuti putem hipnotičke regresije, psiholitičnom metodom uz korišćenje psihodeličnih sredstava, simulacijom iskustva rođenja, ili specifičnim disanjem, kada se naglasak može staviti i na iskustvo prvog udisaja. Vidi: Inglis B., West R., *The Alternative Health Guide*, Michael Joseph, London, 1983, str. 217-219.

³⁷⁷ Koristeći ovu tehniku Gejl Piterson je imala veoma dobre rezultate i u okretanju ploda. Kod 80% žena, naime, između 35-te i 40-te nedelje trudnoće, plodovi koji su imali karličnu prezentaciju okrenuli su se, usmeravajući glavu prema materičnom grlicu. Vidi: Peterson G. H., op. cit., str. 39.

Kao poseban doprinos akupunkture navodi se održavanje "protočnosti" energetske kanala jetre, bubrega i slezine koji su u trudnoći posebno opterećeni. A šijacu, uz opšte poboljšanje psihičkog i fizičkog aspekta zdravlja kao i fetalnu stimulaciju, prevenira anemiju, hemoroide, gorušicu i toksemiju.³⁷⁸

Isto tako, s obzirom da čak i mala izmena ženinog odnosa sa ocem deteta može da utiče na njeno poimanje života koji je očekuje posle porođaja, preporučuje se i provodi prenatalna priprema oba roditelja.³⁷⁹

A kao neki okvir svega pomenutog, zagovara se i kontinuitet podrške. Smatra se, zapravo, da babica i/ili akušer sa kojima je žena uspostavljala kontakt tokom trudnoće treba da budu uz nju i tokom porođaja.³⁸⁰

Među osvojenim pravima porodilje, jedno je pravo izbilo u prvi plan i izdvojilo se kao ključni element akušerskog pluralizma. To je...

³⁷⁸ Lloyd D., Remington D., op. cit., str. 30. Ohashi W., with Hoover M., *Natural Childbirth*, The Eastern Way, Ballantine Books, New York, 1983, Shandler N. and Shandler M., *Yoga for Pregnancy and Birth*, Schoken Books, New York, 1979.

³⁷⁹ Feldman S., *Choices in Childbirth*, Grosset & Dunlap, New York, 1978, str. 197.

³⁸⁰ Premda se kontinuitet podrške smatra nepraktičnim, pa i nemogućim, pokazalo se da ga je moguće uspostaviti i u okviru zdravstvenih institucija. Bolnica Sent Džordž (St. George) u Južnom Londonu, na primer, nudi trudnicama program "Upoznajte svoju babicu". Tu četiri babice rade kao tim i odgovorne su za prenatalnu zaštitu, porođaj i kasnije kućne posete 250 žena. Ove babice rade u smenama, tako da žene koje su se opredelile za ovaj program već u ranoj trudnoći mogu da uspostave kontakt sa svakom od njih ponaosob, pa se kasnije i porođaju uz pomoć poznate, a ne potpuno strane osobe. Vidi: Lloyd D., Remington D., op. cit., str. 39.

... NOVA ULOGA OCA NOVOROĐENČETA

Prema standardnoj akušerskoj shemi, žena je tokom porođaja sama, a otac deteta nervozno očekuje vesti iz porodilišta.³⁸¹

Ova je shema, međutim, moderni izraz tabua prema kome je porođaj kvintesencija ženinih opasnih i zagađujućih telesnih funkcija, funkcija koje su muškarcu ne samo nedokučive, nego ih se mora i strogo čuvati kako ne bi bila ugrožena njegova muškost.

Naravno, akušerski su poslenici zaogrnuili ovaj tabu naučnom racionalizacijom.

Naime, zadovoljenje njihove strukovne, a često i lične patrijarhalnosti – a i zadovoljenje ličnog komoditeta, jer civilna im je osoba uz trudnicu dodatni teret i smetnja – predstavljeno je kao spasavanje porođilje i novorođenčadi, spasavanje od mikroorganizama koje bi muškarac uljez uneo u porodilište.

Pri tom, upravo akušerima poznat podatak da su, u bolničkim porodilištima, najozbiljniji izvor infekcija takozvani bolnički sojevi mikroorganizama (sojevi koji su, go-

³⁸¹ U SAD, želeći da tokom porođaja budu uz svoje supruge, neki su muševi pokrenuli sudske procese protiv bolničkih administracija. Presude su, međutim, uvek podržavale pravo bolnica da propisuju pravila za aktivnosti koje su u domenu njihove odgovornosti. Neki su se parovi, opet, okretali nelegalnim sredstvima. Džon Kvin (John Quinn) iz Kalifornije je, na primer, pre nego što je njegova supruga trebalo da bude odvedena u porodilište, svoju i njenu ruku povezao liscama. Do neke znatnije promene je, inače, došlo tek 1973. godine, stupanjem na snagu zakona koji je predložila Marta Grifits (Martha Griffiths) članica američkog Kongresa. Prema ovome zakonu, svaka bolnica koja je primala sredstva iz federalnih fondova morala je da dozvoli da biološki otac deteta prisustvuje porođaju, pod uslovom da se sa time složila i porođilja. Vidi: Gilgoff A., *Home Birth*, Coward, McCann & Geoghegan, Inc., New York, 1978, str. 45.

tovo po pravilu, rezistentni na širok spektar antibiotika) ostao je zapreten u getu naučnih časopisa.³⁸²

A, duغو vremena, "neprimećena" su ostala i istraživanja poput onoga koje su 1964. godine objavili Mur (Moore) i Bridenbou (Bridenbaugh). Analizirajući 17.919 porođilja, tokom jedanaest godina, oni su utvrdili da "boravak muža u porodilištu ne povećava učestalost infekcija".³⁸³

Danas, ukoliko to on i porođilja žele, u mnogim je porodilištima dozvoljeno da otac novorođenčeta prisustvuje porođaju. Ponegde, doduše, na njega još uvek gledaju kao na osobu "morbidne radoznalosti". A ponegde ga otpisuju kao beznačajnog utešitelja. No, pokazalo se da njegova podrška tokom porođaja može da donese značajne prednosti.

Otac novorođenčeta na primer (kao, uostalom, i neki drugi blizak muškarac ili bliska žena), uz svo psihičko značenje njegovog prisustva može još i da pruži moralnu podršku porođilji, može da je teši ili hrabri, da joj prinese vodu, da joj briše lice, da je masira, da podrži njene zahteve i zagovara njene interese, da je podseća na odgo-varajuće tehnike disanja i opuštanja.

Prema istraživanju Klajna (Klein) i njegovih saradnika, tokom porođaja, "muševi dodiruju žene pet puta češće nego što to čine babice". Žene su, uz to, dodire svojih supružnika doživljavale kao pozitivno iskustvo, a po

³⁸² Ravenholt R. and La Veck G., *Staphylococcal Disease: An Obstetric, Pediatric & Community Problem*, American Journal of Public Health, (1958), Vol. 46, str. 1287-1296.

³⁸³ Moore D. C. and Bridenbaugh D. L., *Physician Anesthesia, Regional Block and Father participation: The Ultimate Care of Vaginal Delivery*, Western Journal of Surgery, Obstetrics and Gynecology (1964), Vol. 72, No. 1, str. 261-267.

porođaju su izjavljivale da im je od najveće pomoći bilo upravo njihovo prisustvo.³⁸⁴

Postoje, zatim, i izveštaji da je "prisustvo muža pomoglo porodilji da lakše podnese porođajne bolove"³⁸⁵. A pokazalo se, takođe, da je porođaj lakši i ukoliko je porodilja seksualno uzbuđena milovanjem od strane svoga prisutnog partnera.³⁸⁶

Sem što je od pomoći porodilji, prisustvovanje porođaju je od koristi i samom detinjem ocu.

Naime, predstojeća tranzicija u ulogu oca, odnosno dalje uvećanje porodice itekako mogu da uznemire muškarca. Muškarac međutim, zahvaljujući socijalnim podobnostima, tu svoju uznemirenost lakše maskira. Najvećma, on to čini naglašavanjem tradicionalnog aspekta svoga identiteta, aspekta koji se manifestuje u spoljašnjem svetu, van kuće. Tipično je, na primer, da pred ženin porođaj muškarac naglašava svoju ulogu "snabdevača" što prećutno podrazumeva da je na ženi da nekako izađe na kraj sa (novom) behom.

No, u vreme dok se žena porađa, muškarčeva anksioznost, osećanje nemoći, pa i beskorisnosti, u priličnoj meri izlaze na videlo kombinujući se, često, i sa fantazijama o porođaju i njegovoj "užasnoj" prirodi.

Prisustvovanje porođaju, međutim, kao intenzivno lično iskustvo, povlači energiju iz anksioznosti. Bredli (Bredley), na primer, navodi da je 75% muškaraca sa kojima je razgovarao, u prvo vreme, skeptično reagovalo na ideju da prisustvuju porođaju svoje supruge. Posle

³⁸⁴ Klein R. P., Gist F. N., Nicholson J., Standley K., A Study of Father and Nurse Support During Labour, Birth and the Family Journal (1981), Vol. 8, No. 3, str. 161-164.

³⁸⁵ Block C. R. and Block R., The effect of support of the husband and obstetrician on pain perception and control in childbirth, Birth and the Family Journal (1975), Vol. 2, str. 43-49.

³⁸⁶ Reich E., Prevention of Neurosis; Self-regulation from Birth On. Journal of Biodynamic Psychology, No. 1, Spring, 1980, str. 18-49.

porođaja, međutim, kod 95% njih koji su prisustvovali porođaju dominiralo je oduševljenje.³⁸⁷

Karakterističan je i nalaz Margaret Mid (Mead) da se u polinežanskim društvima u kojima određenu ulogu u porođaju ima i muškarac (ali kao muž, a ne kao mag ili sveštenik!) na sam porođaj gleda kao na nešto veoma prirodno i jednostavno. Tu – kako piše Margaret Mid – žene ne vrište, nego "rade", a muškarci (posle porođaja) ne osećaju potrebu za samonametnutim iskupljujućim aktivnostima.³⁸⁸

Dakako, prisustvo porođaju daje nove dimenzije odnosu dotičnoga muškarca i žene. No, otvarajući mogućnost za rano uspostavljanje bliskosti, očevu prisustvovanje porođaju može da bude posebno važno za njegov odnos sa detetom.

Naime, pokazalo se da, pošto im se da tek rođeno dete, očevi reaguju slično majkama.

Predajući očevima novorođenčad (15 minuta po rođenju carskim rezom), Redholm (Rödholm) i Larson (Larson) su utvrdili da se i oni ponašaju prema poznatoj pravilnoj progresiji – od opreznog dodirivanja detinjih ekstremiteta, do obgrljivanja punim dlanovima. Kao i kod majki, zatim, opažen je i sličan proces intenziviranja

³⁸⁷ Bradley R. A., Husband-Coached Childbirth, Harper & Row, Publishers, New York, 1965, str. 12. i 19. Slični su i rezultati istraživanja Gordane Šormaz. Tanje Blejec i Slavice Lotrič-Pentek. Od 214 očeva koji su između maja 1979. i maja 1981. godine prisustvovali porođaju svoje supruge ili partnerke (1,01% od ukupnog broja porođaja u ljubljanskoj ginekološkoj klinici) svi su izjavili da su zadovoljni tim svojim iskustvom i da bi želeli da prisustvuju i eventualnom sledećem porođaju svoje supruge odnosno partnerke. Vidi: Šormaz G., Blejec T., Lotrič-Pentek S., Prisotnost očeta in njegova vloga pri porodu, u Baldani N., Zdravstveno varstvo v perinatalni dobi, 6 zvezek, Zdravstveno varstvo, Posebna publikacija, št. 5/81, Zavod SR Slovenije za zdravstveno varstvo, Ljubljana, 1981, str. 18-21.

³⁸⁸ Mead M., Male and Female, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, 1976, str. 222.

međusobnog gledanja u oči, kao i slično odgovaranje očeva na detinju vokalizaciju.³⁸⁹

Takođe, istražujući interakciju očeva i njihove dva do četiri dana stare novorođenčadi, Park (Parke) je utvrdio da, kada im se pruži prilika da budu sami sa svojim detetom, očevi provode sa njime gotovo isto toliko vremena koliko i majke – držeći ga, gledajući ga i dodirujući ga.³⁹⁰

Grinberg (Greenberg) i Moris (Morris) su, dalje, ukazali da rani kontakt sa novorođenčetom pospešuje da se u očeva razvije fenomen koji su definisali kao – obuzetost. U očeva se, naime, manifestuju:

- vizuelna usmerenost na novorođenče koje ih privlači kao dražesno, milo, ili divno,

- taktilna usmerenost na novorođenče koja se manifestuje željom da ga dodirnu i drže što se, opet, doživljava kao veoma prijatno,

- svesnost posebnih crta lica novorođenčeta,

- percepcija novorođenčeta kao "savršenog",

- ushićenost koju osećaju gotovo svi očevi po prisustvu detinjem rođenju,

- povećan osećaj samopoštovanja.³⁹¹

A prema Gejl Piterson, kada je reč o kvalitetu veze otac-dete, šest meseci po porođaju, najznačajnija prognostička varijabla je stepen očevo učešća u procesu porođaja, kao i njegov doživljaj tog iskustva.³⁹²

³⁸⁹ Klaus M. H., Kennell J. H., *Bonding: The Beginning of Parent-Infant Attachment*, New American Library, New York and Scarborough, Ontario, 1983, str. 52-53.

³⁹⁰ Parke D. R., *Father-Infant Interaction*, u Klaus M. H., Leger T. and Trause M. A., (eds.), *Maternal Attachment and Mothering Disorders: A Round Table*, New Brunswick, New Jersey, Johnson & Johnson, 1975, str. 61-63.

³⁹¹ Greenberg M. and Morris N., *Engrossment: The Newborn's Impact Upon the Father*, *American Journal of Orthopsychiatry* (1974), Vol. 44, str. 520-531.

³⁹² Mehl L. E., *Research on Alternatives in Childbirth; What Can It Tell Us About Hospital Practice*, u Stewart L., Stewart D. (eds.), op. cit., str. 171-207.

Sve u svemu, prisustvovanje porođaju stimuliše muškarca da na potrebe svoga, tek rođenog deteta odgovara u mnogo većoj meri nego što to nalaže dominantni kulturni stereotip.

Prisustvovanje porođaju, tako, doprinosi obelodanjanju činjenice da u prirodno muško ponašanje spada i nega novorođenčeta.

Naravno, zbog dojenja, novorođenče je više upućeno na majku.

Međutim, kada je reč o razvoju privrženosti, ugodnost dodira kao izravni vid izražavanja i doživljavanja ljubavi, pokazala se važnijom od hranjenja.³⁹³

A to znači da majka ne mora da bude jedina centralna osoba u životu novorođenčeta.³⁹⁴

³⁹³ Otuda su, u nekim američkim bolnicama, angažovani dobrovoljci kao "držači beba" (babyholders). Oni, odnosno one, zibaju i dodiruju novorođenčad žena koje, iz raznih razloga, to nisu u stanju. Vidi: Davis W., *The Power to Heal*, *Newsweek*, September 24, 1990, str. 29.

³⁹⁴ Veća međusobna upućenost muškarca i njegovog deteta ima značajne implikacije. Naime, ključ vezivanja žene za kuću su deca, a ne domaćićki poslovi. Ako, pak, u prirodno muško ponašanje spada i nega novorođenčeta, onda to u mnogome oslobađa ženu, odnosno u mnogome razrešava konflikt između njenih produkcionih i njenih reproduktivnih interesa. Naravno, ne time što bi sada muškarac odmenio ženu u odgajanju deteta, nego time što bi ženina usamljenost i isključiva odgovornost bile zamenjene uzajamnošću i saradnjom, izvornog, a ne privremenog ili čak prisilnog tipa. U tom slučaju, gotovo je sigurno da bi nega deteta bila manje idealizovana. Bila bi, međutim, verovatno više vrednovana.

POROĐAJ KOD KUĆE

Porodaj kod kuće je najradikalnija alternativa danas dominantnom medikalizovanom načinu porođanja.

Shodno tome, u krugovima ortodoksnog akušerstva, porodaj kod kuće slovi kao vrhunska jeres i apriorno se odbacuje, često uz pominjanje užasnih "poučnih" primera o bebama koje nisu prodisale ili majkama koje su iskrvarile do smrti zato što nisu na vreme stigle u bolnicu³⁹⁵.

Temelj ovog apriornog odbacivanja i "vaspitnog" zastrašivanja su veoma konkretni esnafski interesi.

Sa jedne strane, medikalizacijom porođaja uspostavljena je kontrola nad značajnim segmentom zdrave populacije, segmentom koji ne čine samo porodilje nego i mnogi njihovi bližnji, spremni da, u raznim stvarima, akušerima budu na usluzi.

A sa druge strane, centralizacijom koja uvek ide uz medikalizaciju porođaja, ova je kontrola obezbeđena uz mnogo manji utrošak vremena. Akušeri tako, čak i pri stalnoj eskalaciji intervencionizma, mogu da se u većoj meri posvete operacijama, istraživačkim projektima, nastavi, ili nekim drugim poslovima koji im obezbeđuju viši društveni status.

³⁹⁵ Slično drugim manipulativnim zamkama, i ovde je problem u tome što se iznosi samo pola istine. Naime, mnoge su zastrašujuće akušerske priče tačne. Međutim, tačno je i to da saterivanje 100% porodilja u bolnice, da bi se obezbedila pomoć za mali broj žena i novorođenčadi koji se svrstavaju u kategoriju visokog rizika, već samo po sebi predstavlja rizik za porodilje i novorođenčad van te posebne kategorije.

Porodaj kod kuće ugrožava obe ove esnafske konstrukcije jer redefiniše dominantnu predstavu o porođanju.

Sâmo prisustvo takozvanih laika naime, kao i kućna atmosfera, tvore sliku prema kojoj je porodaj normalan i prirodan proces, a ne bolest zbog koje je neophodna visoka specijalizovana intervencija.

1. OPANJKAVANJE

Kao i u drugim manipulativnim sistemima, i u sistemu koji je pod kontrolom akušerskog esnafa ugroženost cehovskih interesa se ne iskazuje otvoreno. Umesto toga, u skladu sa strukovnim specifičnostima, pribegava se specifičnom opanjkanju putem (kvazi)naučne argumentacije, pa se porodaj kod kuće predstavlja kao (u najmanju ruku) neodgovorni rizik.

Tako se, najpre, tvrdi da je povećanje procenta porođaja obavljenih u bolnici dovelo do smanjenja smrtnosti odojčadi.

Retrospektivne studije su, međutim, pokazale da je ovo proizvoljni zaključak.

Prema Kardifskoj (Cardiff) studiji, na primer, gotovo stopostotna hospitalizacija, sama po sebi, nije značajno smanjila smrtnost odojčadi³⁹⁶. Isto tako, poređenjem porođaja obavljenih kod kuće i onih obavljenih u bolnici, Baron (Barron) i saradnici su utvrdili da je u Njukashu na Tajnu (Newcastle Upon Tyne), od 1960. do 1969. godine, u obe ove kategorije, smanjenje mortaliteta odojčadi bilo istovetno. Posebno su, međutim, naglasili

³⁹⁶ Chalmers I., Zlosnik J. E., Johns K. A., Cambell H., Obstetric practice and outcome of pregnancy in Cardiff residents 1965-1973, British Medical Journal, 27. March 1976, I, str. 735-738.

da je i za period, i za oblast koju su posmatrali bio karakterističan ekonomski prosperitet, uz nisku stopu nezaposlenosti, raščišćavanje slamova, obezbeđivanje boljih higijenskih uslova, kao i smanjenje atmosferskog zagađenja³⁹⁷.

Tvrđenje o bezuslovnoj opasnosti porođaja kod kuće demaskiraju i analize koje ukazuju da se, kada je reč o riziku, ne mogu poistovećivati sve njegove vrste; jer, između porođaja kod kuće koji bi se mogao nazvati zadesnim, i porođaja kod kuće koji je planiran – postoji velika razlika.

Prema studiji Rone Kembel (Rone Campbell) i njenih saradnica na primer, 1979. godine u Engleskoj i Velsu, u slučaju planiranih porođaja kod kuće stopa perinatalne smrtnosti odojčadi je bila 4,1 na 1000, u slučaju porođaja koji su bili planirani za bolnicu a iz raznih su se razloga dogodili kod kuće ova stopa je iznosila 67,5 na 1000, a kod porođaja koji su se zbili u domu porodilje, bez ikakvog plana (mahom vanbračna deca žena mlađih od dvadeset godina) – 196,6 na 1000³⁹⁸.

Do sličnih su rezultata došli i Barnet (Burnett) i njegovi saradnici. Prema njihovom istraživanju, u Severnoj Karolini, od 1974. do 1976. godine, stopa neonatalnog mortaliteta se kretala od 3 na 1000 za planirane porođaje kod kuće, pa do 120 na 1000 za porođaje koji su se u kući porodilje tek dogodili³⁹⁹. A Ruter (Rutter), izvešta-

³⁹⁷ Barron S. L., Thomson A. M. and Philips P. R., Home and hospital confinement in Newcastle upon Tyne, 1960. to 1969, *British Journal of Obstetrics and Gynecology* (1977), Vol. 84, No. 6, new series. str. 401-411.

³⁹⁸ Campbell R., Davies MacDonald I., MacFarlane A., Beral V., Home births in England and Wales, 1979: perinatal mortality according to intended place of delivery, *British Medical Journal*, 22. September, 1984, Vol. 289, str. 721-724.

³⁹⁹ Burnett III, C. A., Jones J. A., Rooks J., Chong Hwa Chen, Tyler Jr., C. W., Miller A. C., Home Delivery and Neonatal Mortality in North Carolina,

vajući o rezultatima 1060 planiranih porođaja kod kuće, tokom 1961. i 1962. godine, iznosi da je stopa perinatalnog mortaliteta iznosila 2,83 na 1000.⁴⁰⁰

U nastojanjima da dezavuiše porođanje kod kuće akušerska ortodoksija, kao svoj drugi ključni argument, po-teže – komplikacije.

Navodi se, tako, da se u porodiljinom domu ne može zaustaviti njeno iznenadno krvavljenje, da u slučaju za-stoja porođaja i patnje ploda transport u bolnicu može biti predug ili suviše opasan, da se van bolnice ne mogu adekvatno zbrinuti veći rascepi medice, da nema moguć-nosti ni za dijagnozu ili lečenje težih zdravstvenih pore-mećaja novorođenčadi, da nema nadzora nad osobama koje pomažu oko porođaja.

Isprva, dakako, ove tvrdnje navode na ozbiljno raz-mišljanje. No njihovu težinu namah relativizuje izosta-vljanje jedne bitne činjenice: žene koje se danas, u uslo-vima razvijene akušerske službe, planirano porođaju kod kuće u velikom broju spadaju u selekcioniranu popu-laciju, populaciju koja je određena brižljivim listama in-dikacija i kontraindikacija.⁴⁰¹ A uz poštovanje ovih in-

Journal of American Medical Association (1980), Vol. 244, No. 24, str. 2741-2745.

⁴⁰⁰ Rutter P., Domiciliary midwifery, is it justifiable? *The Lancet*, December 5. 1964, Vol. 2, str. 1228-1230.

⁴⁰¹ Prema Kloostermanovoj listi (Kloosterman) – u okviru koje je posebno specifikovan i niz medicinskih indikacija koje nalažu specijalistički tretman – kod kuće se može porođati žena koja je zdrava, koja nema znakova toksemije, čije karlične mere omogućavaju prolaz glave ploda, čiji je plod u poslednjim nedeljama trudnoće "angažovan" glavom (utisnut u meka tkiva karlice), u čijoj opstetričkoj istoriji (sem abortusa) nema patoloških epizoda, koja je prvorotka mlada od 25 godina, ili višerotka mlada od 45 godina, čiji porođaj počne spontano posle 36-te ili pre 43-će nedelje trudnoće (za višerotke, pre 45-te nedelje), i ukoliko su zadovoljene sledeće socijalne i tehničke okolnosti: posebna spavaća soba sa adekvatnim grejanjem, tekuća voda i pristup toaletu, te ako je (u slučaju potrebe) u roku od jednog sata porodilju moguće transportovati (na nosilima) u najbližu bolnicu. Vidi: Keirse Marc J. N. C., *Interaction Between Primary and Secondary Antenatal Care, with Particular Reference to the*

dikacija i kontraindikacija komplikacije su ne samo retke nego su, ukoliko do njih i dođe, mahom lakše prirode.

Prema četvorogodišnjoj studiji Deборе Saliven (Deborah Sullivan) i Rut Bimen (Ruth Beeman), na primer, među 1243 žene koje su se porađale kod kuće njih 3% je bilo hospitalizovano zbog komplikacija, dok je 15% bilo zbrinuto ambulantno posle porođaja, uglavnom zbog ušivanja rasepa drugog stepena.⁴⁰²

U jednoj holandskoj studiji, od 916 višerotki koje su se porađale kod kuće, njih 24 (2,6%) je tokom porođaja bilo prebačeno u bolnicu.⁴⁰³

A Mel i Piterson su saopštili da je od 287 žena koje su se porađale kod kuće njih 35 (12,2%) tokom porođaja bilo prebačeno u bolnicu gde se njih 10 (3,5%) porodilo carskim rezom.⁴⁰⁴

Inače, u slučaju da dođe do komplikacija, danas postoje i medikamenti kojima se može protektivno delovati. Jedan od njih je i derivat gama-aminobenzoične kiseline za koga se smatra da poboljšava metabolizam hipoksičnih moždanih ćelija ploda.⁴⁰⁵

Treći temeljni argument kojim pripadnici akuškog establišmenta otpisuju porođaj kod kuće zapravo je svojevršno etiketiranje. Naime, pozivajući se na veoma so-

Netherlands, u Enkin M., Chalmers I., (eds.), *Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care*, Spastic International Medical Publications, London; William Heineman Medical Books Ltd., Philadelphia; J. B. Lippincott Co., 1982, str. 231-233.

⁴⁰² Sullivan D. A. and Beeman R., *Four Year's Experience With Home Birth by Licensed Midwives in Arizona*, American Journal of Public Health (1983), Vol. 73, No. 6, str. 641-645.

⁴⁰³ Van Alten D., Kloosterman G. J., Treffers P. E., *A place to be born*, British Medical Journal, 27 March, 1976, str. 771.

⁴⁰⁴ Mehl L. E. and Peterson G. H., *Management of the Complications of Home Delivery; an Analysis of Results from the Santa Cruz Birth Center, California*. U Sousa M., *Childbirth at Home*, Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1976, str. 177-195.

⁴⁰⁵ Enkin M., Keirse Marc J. N. C. and Chalmers I., op. cit., str. 196-197.

fistikovanu akušersku opremu, kao i na sve veću akušersku specijalizovanost, oni porođaj kod kuće predstavljaju kao puki anahronizam.

Uverljivost ove etikete zasnovana je na jednom njenom bitnom podtekstu.

Podrazumeva se, naime, da je porođaj opasan i po zdravlje žene i po zdravlje deteta, te da mu se kao takvom u porodiljinoj kući ne može suprodstaviti onako uspešno kako je to moguće u bolnici gde je, uz propisanu tehnološku proceduru, na raspolaganju i dodatna dijagnostička i terapijska oprema.

No, navodna univerzalna prednost akušerske tehnološke procedure i dodatne opreme pokazala se sumnjivom.

U pitanje su je najpre dovele studije mortaliteta odojčadi.

Prateći trendove perinatalnog i neonatalnog mortaliteta u Engleskoj i Velsu, od 1960. do 1969. godine, na 50.000 porođaja, Frajer (Fryer) i Ašford (Ashford) su ustanovili da se perinatalni mortalitet novorođenčadi težih od 2.500g smanjivao samo do 1967. Od te godine pak, premda se procenat bolničkih porođaja i dalje uvećavao, stopa ovog specifičnog mortaliteta je počela da raste.⁴⁰⁶

Ovaj porast mortaliteta (vremenski se, inače, poklapao sa periodom tamošnjeg masovnog uvođenja monitoringa) mogao se objasniti samo jatrogenim potencijalima bolničke akušerske prakse.

Na istom tragu, poredeći stope perinatalnog mortaliteta porođaja kod kuće i porođaja obavljenih u bolnici, Merdžori Tju (Marjorie Tew) je utvrdila da je

⁴⁰⁶ Fryer J. G. and Ashford J. R., *Trends in perinatal and neonatal mortality in England and Wales 1960-1969*, British Journal of Preventive and Social Medicine, 1972., Vol. 26, str. 1-9.

perinatalni mortalitet odojčadi znatno viši u grupi bolničkih porođaja. S obzirom da su (u populaciji koju je ona posmatrala) u bolnici bili češći porođaji srednjeg i visokog rizika, ona je svoje podatke standardizovala koristeći takozvani antenatalni prediktivni skor. No, i po obavljenj standardizaciji, bolnička je smrtnost odojčadi pokazivala višak od 16% u odnosu na mortalitet ustanovljen kod kućnog porođaja.⁴⁰⁷

Sem studija mortaliteta, proklamovanu univerzalnu prednost bolničke procedure i raspoložive akušerske opreme opovrgla su i komparativna istraživanja.

Luis Mel (Lewis Mehl) je, na primer, poredio ishode 1046 porođaja kod kuće i 1046 porođaja u bolnici. Obe su grupe bile izjednačene što se tiče starosti porođilja, njihovog pariteta, socijalno-ekonomskog statusa, obrazovanja, kao i ustanovljenih faktora rizika. Prema završnim rezultatima, porođaj kod kuće je trajao duže, ali je u bolničkoj grupi bilo šest puta više slučajeva fetalne patnje, tri i po puta se češće javljao mekonijum u plodovoj vodi, pet puta je bio češći povišen krvni pritisak porođilja, a tri puta je više porođilja krvarilo posle porođaja. Što se pak tiče intervencija, u bolničkoj je grupi dva i po puta više žena primilo oksitocin (95% u bolnici prema

⁴⁰⁷ Tew M., The safest place of birth, (further evidence), The Lancet, June 30. 1979, Vol. 1, str. 1388-1390. Karakteristična je, inače, i sama geneza ovog istraživanja. Merdžori Tju je, naime, studentima i studentkinjama Notingemskog medicinskog fakulteta (u okviru predmeta epidemiologija) zadala da izračunaju korelaciju između pada perinatalnog mortaliteta i većeg stepena hospitalizacije porođilja. Studenti i studentkinje su je iznenadili rezultatom prema kome, kada je reč o perinatalnom mortalitetu, porođanje u bolnici nije pokazalo veću sigurnost od porođanja kod kuće. Merdžori Tju je isprva pomislila da su studenti i studentkinje negde pogrešili, ali je posle dve i po godine provera i preračunavanja zaključila da je njihov rezultat tačan. "Naivno sam mislila - napisala je, kasnije - da će svako biti zainteresovan za ovaj nalaz, ali jedva sam uspela da objavim istraživanje kojim sam ga dokumentovala." Vidi: Tew M., The First International Conference on Home Birth, International Home Birth Movement Newsletter, No. 1, London, 1987, str. 5-6.

24% kod kuće), bilo je zatim devet puta više epiziotomija, a i devet puta više težih rascepa međice trećeg i četvrtog stepena), tri puta je bio češći carski rez, dvadeset dva puta je češće korišćen forceps, a anesteziji, ili nekom vidu analgezije, podvrgnuto je 75% porođilja, u odnosu na manje od 5% njih iz kućne grupe. Uz to, kada je reč o novorođenčadi, u bolnici je tri puta češće bilo potrebno stimulisati ih da prodišu, četiri puta su češće bile infekcije, a trideset puta češće povrede. Neonatalni i perinatalni mortalitet su bili jednaki u obe grupe, ali je u bolničkoj grupi Apgar skor bio značajno niži.⁴⁰⁸

Do sličnih je rezultata došla i Morin Obrajen (Maureen O'Brien) poredeći porođaj kod kuće i bolnički porođaj u 24 distrikta Engleske i Velsa. Prema njenoj studiji, epiziotomiji je bilo podvrgnuto 12% žena iz kućne, a 37% žena iz bolničke grupe. Pri tom, međica je bila šivena kod 38% žena koje su se porađale kod kuće, naspram 59% žena koje su se porađale u bolnici. Žene koje su se porodile kod kuće ranije su počele da doje i duže su dojile svoju novorođenčad. A i muževi su im češće prisustvovali porođaju (92%, prema 42% u bolnici).⁴⁰⁹

⁴⁰⁸ Mehl L. E., Research on Alternatives in Childbirth; What Can It Tell Us About Hospital Practice?, u Stewart L. and Stewart D., (eds.), op. cit., str. 171-207.

⁴⁰⁹ O'Brien M., Home and hospital: a comparison of the experiences of mothers having home and hospital confinements, Journal of the Royal College of General Practitioners, (1978), Vol. 28, str. 460-466.

2. PREDNOSTI

Osnovna prednost kućnog porođaja jeste njegova saobraženost ženi koja se porađa.

Porodilji je, najpre, saobraženo mesto porađanja. Ona je na svome, na svojoj teritoriji, u svome krevetu, u svome prostoru. Poznati su joj okolni zvuci i zna gde šta može da nađe kada joj ustreba.

Mir i prisnost sopstvenog doma, međutim, nemaju samo opšte umirujuće dejstvo. Prema Njutnu (Newton) i saradnicima, sam refleks izbacivanja ploda najbolje funkcioniše u zaklonjenoj sredini, sredini u kojoj porodilja nije uznemirena raznim stranim uticajima⁴¹⁰.

Poznato je, na primer, da se materične kontrakcije proređuju, ili da privremeno iščezavaju tokom prebacivanja porodilje iz kuće u bolnicu⁴¹¹.

Isto tako, na važnost sredine u kojoj se žena porađa ukazuju etnološka posmatranja i statističke studije.

Prema prvim, i u pismenim, i u pre-pismenim kulturama, za porođaj se uvek biraju neki mirni i zakloniti prostori.

⁴¹⁰ Newton N., Peeler D., Newton M., Effects of disturbance on labor, American Journal of Obstetrics and Gynecology, (1968), Vol. 101, No. 8, str. 1096-1102.

⁴¹¹ Prema nekim istraživanjima, sredina porađanja je faktor koji, u osnovi na isti način, kontroliše aktivnost miometrija u svih sisara. Otuda se ženke sisara, u prirodnim uslovima, u vreme porađanja povlače, a neke se još i ugnežđuju. Eksperimentalno je, takođe, utvrđeno da ženke uznemirene tokom porađanja odgovaraju mišićnom napetosti, pa i bekstvom; a porođaj nastavlja kada se sredina u kojoj borave smiri ili kad nađu neko drugo mirno mesto. Promena sredine inače, ako je nasilna, uz produžavanje porođaja, može da dovede i do povećanja perinatalnog mortaliteta. Vidi: Newton N., Foshee D. and Newton M., Parturient mice: Effects of environmental disturbance, Science, (1966a), Vol. 151, str. 1560-1561.

A prema drugima, porođaj se najčešće odvija u doba dana kada je žena, u skladu sa ritmom svojih svakodnevnih aktivnosti, među svojim i na sigurnom.

To su pokazali i Kajzer (Kaiser) i Halberg. U njihovoj studiji, od ukupno 601.222 spontana porođaja, najveći broj njih bio je okončan između tri i četiri časa ujutru⁴¹².

Saobraženost porođaja kod kuće porodilji iskazuje se i njeu slobodom ponašanja.

Naravno, sloboda ponašanja porodilje je u mnogome određena njenom kulturom i njenim ličnim nazorima. Međutim, u svojoj kući, porodilja ne mora da se podvrgava nekom heteronomnom rasporedu, pa ni nekakvom opštem pravilu odvijanja porođaja. Ona, jednostavno, može da se ponaša onako kako joj to u određenom momentu odgovara.

Porodilja, dakle, može da se odmara, da jede ili da pije, da sei ili da šeta, da koristi (svoje!) kupatilo kad god hoće i koliko god hoće, da sluša omiljenu muziku, da razgovara sa ukućanima...

Između porođajnih bolova zatim, uz određena prilagođavanja, porodilja može da nastavi sa uobičajenim aktivnostima, a može čak i da napredovanje porođaja određuje na osnovu kvaliteta aktivnosti koje je u stanju da obavlja u intervalima materičnih kontrakcija.

Čitav ovaj niz aktivnosti inače, od čitanja ili pospremanja tokom rane faze porođaja, pa do nalaženja najpovoljnijeg položaja tokom drugog porođajnog doba, umanjuje mogućnost da porodilja postane "žrtvom" bola, odnosno da se otuđi od sopstvenog tela te da u neminovnoj

⁴¹² Kaiser I. H. and Halberg F., u Wolf W. (ed.), Rhythmic functions in the living system, Annals of the New York Academy of Sciences, (1962), Vol. 98, str. 1056.

potraži za spasiocem postane pasivna, prevladana strahom i nesigurnošću⁴¹³.

Saobraženost porođaja kod kuće porodilji upotpunjena je još jednim elementom. To je – specifični kvalitet porodiljinih socijalnih interakcija.

Naime, pri porođaju kod kuće porodilja je centralna osoba. Ona, čak, u mnogome gubi i ulogu pacijenta po primajući ulogu žene koja obavlja jedan prirodan i veoma ličan čin. Njena se zabrinutost uzima u obzir. Na njena se pitanja odgovara. Primarja, odnosno lekar, gotovo su njeni gosti. Došli su da joj pomognu. Najčešće, to im nije prva poseta, pa i njihov odnos nije čisto tehničke, odnosno lično neutralne prirode⁴¹⁴.

U odnosu na bolnički porođaj, zatim, drugačija je i porodiljina interakcija sa ocem deteta. Tokom porođaja kod kuće, njih dvoje su najčešće jedno uz drugo, pa do izražaja dolaze specifični modaliteti njihovog ličnog odnosa, jer i otac deteta je na svojoj teritoriji i nije sputan osećanjem da nekom važnom (a uz to i nepoznatom i neosporivom) smeta. Samim tim, on najbolje može da razume porodilju, a i da joj pomogne prema svojim mogućnostima.

Porođaj kod kuće omogućava i optimalnu interakciju žene i njenog novorođenčeta.

⁴¹³ Prema Gejl Piterson i Luisu Melu, žene kod kojih je došlo do porođajnih komplikacija prethodno su bile obuzete mislima koje su ukazivale na nepoverenje u sopstvenu sposobnost da se porode. Misli su im se, naime, kretale od "Nešto ne valja..." ili "Ne mogu to da uradim...", pa do "Ovo se nikada neće završiti..." ili "Mora da umirem...". Vidi: Peterson G. H. and Mehl L. E., *Pregnancy as healing*, Mindbody Press, Berkeley, 1984, str. 82-83.

⁴¹⁴ Prema istraživanju Morin O'Brajen koja je poredila iskustva žena koje su se porođale kod kuće i iskustva žena koje su se porođale u bolnici, žene koje su se porođale kod kuće bile su znatno zadovoljnije odnosom akušerskog osoblja: i u smislu pomoći koju im je ovo osoblje pružilo, i u smislu razumevanja za tegobe koje su one osećale. Vidi: O'Brien M., op. cit., str. 464.

Između ostalog, razvoj njihove međusobne privrženosti tu je pospešen i povoljnim uslovima za dojenje.

Naime, i refleks istiskivanja mleka najbolje funkcioniše u mirnoj i zaklonitoj sredini⁴¹⁵. Uz to, kod kuće se novorođenče može dobiti u skladu sa njegovim potrebama, a ne prema nekom preporučenom ili naloženom rasporedu. A to je važno zbog toga što mleko žene (kao, uostalom, i mleko svih ženki sisara koje mladunčad nose sa sobom ili ih ona prate) sadrži relativno malu količinu masti i proteina. Intervali dojenja od tri do petnaest sati, pak, svojstveni su sisarima čije je mleko mnogo bogatije i čije ženke, po pravilu, svoje mladunce ostavljaju same u leglu⁴¹⁶.

Konačno, porođaj kod kuće je mnogim porodiljama saobražen i time što im pruža mogućnost da se ne odvajaju od svoje prethodno rođene dece.

Porođanjem kod kuće, zapravo, ove žene izbegavaju sve vrste neprijatnosti koje se, u slučaju porođanja u bolnici, javljaju dosta često. Prva je neprijatnost vezana za njihovu ličnu brigu, pa i osećaj krivice, zbog malog deteta (ili dece) ostavljenog (odnosno, ostavljenih) kod kuće. Druga pak neprijatnost potiče od same "ostavljene" dece.

⁴¹⁵ Cross B. A., Sympathetico-adrenal inhibition of the neurophysiological milk-ejection mechanism. *Journal of Endocrinology*, (1958), Vol. 9, str. 7-11.

⁴¹⁶ Ben Shaul D. M., Notes of hand-rearing various species of animals, *International Zoo Year Book*, (1962), Vol. 4, str. 300. Inače, kod novorođenčadi koja su bila dojena po njihovoj sopstvenoj želji, uz velike varijacije u intervalima i broju podoja, najviše je podoja obično oko petog dana po rođenju (Vidi: Stanway P. and Stanway A., *Breast is Best*, Pan. London, 1978, str. 25). U jednoj se studiji navode i prednosti ovakvog dojenja. Naime, žene koje su tokom prvih četrnaest dana po porođaju dojile osam puta u 24 sata, u poređenju sa ženama koje su dojile rede, tridesetog su dana po porođaju imale više mleka i rede su patile od bolnih bradavica, dok su njihova novorođenčad imala niže nivoe bilirubina. Vidi: Klaus M. H., Kennell J. H., *Bonding, The Beginnings Of Parent-Infant Attachment*, New American Library, New York and Scarborough, 1983, str. 74.

Naime, zbog majčinog odlaska u porodilište, ova se deca često osećaju zapostavljenom, uznemirenom, pa i zastrašenom. A pošto ispada da je svemu tome "krivo" novopridošlo novorođenče, "ostavljeni" mogu da reaguju ljuto, pa i agresivno, i prema njemu, i prema majci⁴¹⁷.

U slučaju porođaja kod kuće, već samim tim što ih majka ne napušta, prvorodena deca imaju manje razloga za osećanje ljubomore i rivalstva.

A ukoliko im se omogućiti rani kontakt sa novorođenčetom, i pruži mogućnost da za njega nešto čine, i kod njih se brzo razvija osećanje privrženosti⁴¹⁸.

⁴¹⁷ Negativne se reakcije na novopridošlo novorođenče češće javljaju kod dece mlađe od tri godine. Prema Henčijevoj (Henchie) studiji, one su se pojavile kod 89% dece mlađe od tri godine, a samo kod 11% dece starije od šest godina. Slično tome, prema istraživanju u okviru koga su ispitivana deca stara od jedne do tri godine, po rođenju brata odnosno sestre, kod njih 92% je došlo do pojave (ili do povećanog intenziteta) jednog problema, a kod njih 54% do pojave (ili do povećavanja intenziteta) tri ili više problema. Najčešće, u 73% slučajeva, radilo se o remećenju spavanja. Vidi: Klaus M. H., Kennell J. H., op. cit., str. 76-77.

⁴¹⁸ Prema nekim studijama, privrženost prvorodne dece pridošlom novorođenčetu može se pospešiti i njihovim prisustvom porođaju. Vidi: Hathaway M. and Hathaway J., *Children at Birth*, Academy Publications, Sherman Oaks, 1978.

3. NEUOBIČAJENA KOALICIJA

Kao i u slučaju razotkrivanja niza drugih mistifikacija akušerske ortodoksije, dokumentovane prednosti porođaja kod kuće pokazale su se slabim pred nasiljem nadležnih zvaničnika⁴¹⁹.

Ipak, ni pritisci na lekare pristalice porođaja kod kuće, ni napadi, prisile i ucene kojima su bivale izložene trudnice rešene da se porode van bolnice, nisu mogli da ponište snagu ličnog iskustva.

Gordn (Gordon) i Ilaja-Džouns (Elias-Jones) su na primer, 1960. godine, po ispitivanju 336 žena koje su se porađale i kod kuće i u bolnici, ustanovile da je 80% ispitanica bilo rešeno da se sledeći put porađa kod kuće. Glavni razlozi kojima su ove žene objasnile svoju odluku bili su: nevoljnost da se odvoje od muža i dece, ugodnost i opuštена atmosfera sopstvenog doma, i individualizovana pažnja njihove "domaće" primalje⁴²⁰.

Slične razloge, a i sličnu većinu opredeljenih za porođaj kod kuće, u populaciji žena sa obe vrste porođajnog iskustva, našle su i Florens Li (Florence Lee) i Džej Gla-

⁴¹⁹ "Nije nas briga ako majke dobijaju svoje bebe u gomilama dubreta po kućama sve dok u to nije uključena lekarska profesija" - kaže se u zvaničnoj izjavi Udruženja lekara i hirurga Alberte (Alberta College of Physicians and Surgeons) iz Kanade. A tipičan je i primer Australije. Tu je, novembra 1987. godine, Nacionalni zdravstveni i medicinski istraživački savet (National Health and Medical Research Council), glavna nezavisna medicinska naučna organizacija, usvojio izveštaj svog specijalnog Komiteta kojim je priznato pravo žene da se opredeli za porođaj kod kuće, i ustanovljena obaveza lekara i babica da joj pri tom budu od pomoći. Posle oštih protesta lekara, formiran je drugi Komitet. Ovaj je Komitet sačinio kompromisni predlog koji je takode odbijen, pa je formiran treći Komitet. Vidi: International Home Birth Movement Newsletter, No. 1, str. 12-14, 1987.

⁴²⁰ Gordon I. and Elias-Jones T. F., prema Cox C. A., Fox J. S., Zinkin P. M., Matthews A. E. B., *Critical appraisal of domiciliary obstetric and neonatal practice*, British Medical Journal, 10 January, 1976, str. 84-86.

ser (Jay Glasser)⁴²¹. A prema Rajlijevoj (Riley) anketi žena koje su se porađale i kod kuće, i u bolnici, njih 86% je prednost dalo porođaju kod kuće, njih 10% bolničkom porođaju, a ostale su bile neodlučne⁴²².

Ove rezultate potvrđuje i jedan nevoljni socijalni eksperiment. Naime, zbog štrajka pomoćnog bolničkog osoblja, 65 žena (od toga 28 prvorođanica) koje su bile "planirane" za bolnički porođaj silom prilika su, u kratkom roku, orijentisane na porođaj kod kuće. Njih 62% je ovu promenu prihvatilo ravnodušno ili uz zadovoljstvo (trinaest žena se, prethodno, porađalo i kod kuće i u bolnici), a ostale uz različit stepen negodovanja. Posle porođaja, međutim, 52 žene (80%) izrazile su želju da i sledeće dete rode kod kuće. Ostale su se opredelile za bolnički porođaj, ili su bile neodlučne⁴²³.

Danas, u zemljama sa razvijenim sistemom akušerske zaštite, porođaj kod kuće je predmet mnogih istraživanja, mnogih rasprava i knjiga, kao i posebnih međunarodnih naučnih skupova.

Žene koje se planirano porađaju u svome domu, pak, nisu ni siromašne ni neobrazovane. Najčešće su pripad-

⁴²¹ Lee F. E. and Glasser J. H., Role of Lay Midwifery in Maternity Care in a Large Metropolitan Area, Public Health Reports, (1974), Vol. 89, No. 6, str. 537-544.

⁴²² Riley E. M. D., What do women want? - The Question of choice in the conduct of labour, u Chard T. and Richards M., (eds.), Benefits and Hazards of the New Obstetrics, Heineman Medical, London, 1973.

⁴²³ Za bolnički su se porođaj opredelile žene koje su bile u grupi nezadovoljnih promenom mesta porođanja. A glavni razlog za odabir porođaja kod kuće bio je odnos sa babicom koji su porođilje osetile kao potpuno različit od uobičajenog bolničkog akušerskog tretmana. Inače, 18 žena (28%) je ovaj svoj porođaj opisalo kao težak (zbog četiri je žene bila pozvana ekipa za hitnu akušersku pomoć), a porođaju je prisustvovao 31 suprug premda su, prvobitno, svoj pristanak dali samo njih četrnaestorica. Vidi: Goldthorp W. O., Richman J., Maternal attitudes to unintended home confinement, The Practitioner, (1974), Vol. 212, No. 1272, str. 845-853.

nice srednje klase, a po svojim generalnim stavovima pripadaju užem ili širem krugu jedne neuobičajene koalicije.

Jedan član te koalicije su tradicionalisti, a drugi - feministkinje.

Za tradicionaliste, porođaj kod kuće je važan kao zbiivanje koje ističe i promoviše porodično zajedništvo i tradicionalnu ulogu žene-majke. Prema njima, porođaj je nešto sveto. Ali, ne samo zbog rađanja novog člana porodice i ispunjenja ženinog poslanja, nego i kao jedan od vrhunaca zajedničkog porodičnog života. Otuda je porođaju i mesto u domu, jer samo je dom sredina koju su zajednički stvorili muž i žena, i samo tu porođaj i može da bude porodična proslava.

Smatrajući, dalje, da porođilja treba da bude okružena ljubavlju, a ne tehnikom, tradicionalisti se slažu sa feministkinjama videći u porođaju kod kuće još i šansu za prirodni porođaj. Uz to, kao i feministkinje, oni osporavaju ortodoksni akušerski model smatrajući da su bolnice namenjene bolesnicima te da su stoga, i u fiziološkom i u psihološkom smislu, opasne za zdrave majke i bebe.

Feministkinje, pak, porođaj kod kuće posmatraju sa stanovišta ženine autonomije.

One, pri tom, ne osporavaju samo akušersku tehnologiju kao takvu, nego se protive i u njoj opredmećenoj akušerskoj patrijarhalnoj ideologiji.

S obzirom da se porođaj kod kuće odvija izvan okvira agresivnog muškog medicinskog obrasca, feministkinje u njemu vide još jednu ženinu priliku da preuzme kontrolu nad sopstvenim telom, a time i nad jednim važnim aspektom sopstvenog života.

Uz to, feministkinjama je porođaj kod kuće blizak i kao autentično obeležje jednostavnog i neformalnog životnog stila, pa samim tim i kao bitan element takozvane

komunalne kontrole, projekta iz 1960-tih, bliskog svim emancipatorskim grupama.

U populaciji ljudi zainteresovanih za porođaj kod kuće tradicionalistički i feministički se stavovi često mešaju i prožimaju.

Ilustrativni primer ovog mešanja i prožimanja su rezultati studije Lester Hejzel (Lester Hazell). Lester Hejzel je ustanovila da je opšta karakteristika 300 parova koji su se opredelili za porođaj kod kuće – samosvest, iskazana njihovim snažnim opredeljenjem za prirodni porođaj, kao i njihovom dubokom zainteresovanošću za zdravu hranu, ekološka pitanja i nazore humanističke psihologije.

Što se pak tiče specifičnih stavova ovih parova, oni su se na porođaj kod kuće odlučili jer:

- veruju da je svako, pre svega, sam odgovoran za svoje zdravlje,

- smatraju da odluku o tome gde će se porađati, kako će se porađati i ko će prisustvovati njenom porođaju treba da donese žena, a ne akušerski ekspert ili bolnica,

- definišu zdravlje, odnosno bolest, drugačije nego medicinski poslenici,

- veruju da bolnica nije najsigurnije mesto za porađanje,

- smatraju da su za ishod porođaja odgovorni oni, a ne bolnica,

- misle da bolničke procedure nanose nepotrebne fizičke i psihičke traume,

- nemaju poverenje u sistem ortodoksne zdravstvene zaštite⁴²⁴.

Kombinacija tradicije i emancipatorskih težnji karakteristična je i za kućno porađanje u Holandiji gde se,

⁴²⁴ Hazell L. D., A Study of 300 Elective Home Births, Birth and Family Journal, (1975), Vol. 2, str. 11-18.

danas, u sopstvenome domu porađa jedna trećina porođilja.

Sa jedne strane, toliki broj porođaja kod kuće u Holandiji je izraz davno uvreženog običaja, kao i tradicionalnog poštovanja prema ženi koja se porađa.

Sa druge strane, porođilja se smatra akterom porođaja. Primalja joj je samo na pomoći, kao i takozvana materinska negovateljica koja radi u timu sa babicom i, posle porođaja, pomaže oko novorođenčeta i u kućanstvu.

Za holandski porođaj kod kuće tipično je i prisustvo supruge porođilje, kao i potpuna autonomija babice⁴²⁵.

No, Holandija je izuzetak.

U drugim zemljama, sličnog profila, planirani porođaj kod kuće nije ni tako čest, ni tako dobro organizovan.

Njegova je uobičajena učestalost tek 1% od ukupnog broja porođaja⁴²⁶.

Ali, naravno, ne zato što nema potencijalno zainteresovanih...

⁴²⁵ Holandski pristup porođaju je u mnogome zasnovan na stavu da je rađanje normalan fiziološki proces. Saobrazno tome, porođaj kod kuće je ne samo priznat kao opcija, nego je i finansijski podržan. Naime, neka opšta pravila i finansijski aranžmani holandskog zdravstvenog osiguranja usmereni su upravo na očuvanje opcije kućnog porađanja. Primalje su, na primer, ovlašćene da se potpuno samostalno brinu o ženama koje su se opredelile za porođaj kod kuće. A u toku trudnoće, pregledi specijaliste akušera pokriveni su zdravstvenim osiguranjem samo ako to proizlazi iz medicinskih indikacija. Jedna primalja inače, zbrinjava sto do dve stotine žena godišnje. Što se pak tiče primaljine saradnice, materinske negovateljice (kraamverzorgster), ona, izvesno vreme posle porođaja, pomaže u kućnim poslovima. Uz ženu i novorođenče obično je od 7 sati ujutru, pa do dolaska muža sa posla. Na taj je način majci omogućeno da se skoncentriše na svoje dete, a smanjen je i pritisak na oca deteta. Vidi: Keirse Marc J. N. C., op. cit., str. 222-230.

⁴²⁶ Pearse W. H., Trends in Out-of Hospital Births, Obstetrics and Gynecology, (1982), Vol. 60, No. 3, str. 267-270.

KVALITET

U kontekstu niza raznorodnih promena akušerske prakse, kao izraz njihove sinteze, pojavio se i princip – kvalitet porađanja.

Ovim je principom ortodoksno akušerstvo osporeno u samoj osnovi. Jer, osporena je njegova ograničenost na fizičku komponentu zdravlja.

Naime, kao neodvojivi deo dominantnog medicinskog modela, ortodoksno akušerstvo (svojom svakodnevnom praksom) nameće veoma suženo značenje porođaja. Prema njemu – u skladu sa posebnim akušerskim tumačenjem porođaja kao potencijalno patološkog procesa, i u skladu sa opštim kontekstom medicinske nauke gde je primarni proklamovani cilj: održati pacijente živim – podrazumeva se da žena mora biti zadovoljna svojim porođajem ukoliko ga preživi i dođe kući sa živim i zdravim detetom.

Međutim, kada su, uz ovo ekspertsko tumačenje, legitimnost počeli da dobijaju i doživljaju i iskustvo žena koje su preživele ortodoksno porađanje – “otkrilo se” da porođaj nije samo (pato)fiziološka pojava, nego i jedno od ženinih najdubljih emocionalnih iskustava.

Samim tim “otkriveno je” i da je porođaj mnogo više od toga da žena i njeno novorođenče ostanu živi.

Suočen sa ovom činjenicom, akušerski je establišment (u svom prosvetčenom segmentu) reagovao inauguracijom tehnicističkog tipa kvaliteta.

U okviru ovog tipa kvaliteta porođaja insistira se na tehničkoj perfekciji, u smislu strogog poštovanja propi-

sanih stručnih manevara i procedura. A uvode se i drugačija merila uspeha. Mortalitetna statistika gubi na značaju, a veća se pažnja posvećuje maternalnom i perinatalnom morbiditetu, odnosu majke i novorođenčeta i eventualnim dugoročnim detinjim hendikepima⁴²⁷.

No, ovaj manevar nije pomeo zagovornike i zagovornice kvaliteta porođaja.

One i oni su i dalje zahtevali da cilj porođaja ne bude zadovoljan akušer, nego zadovoljne majka i beba.

A to je, umesto normalnog porođaja, u fokus postavilo – porođaj kao zadovoljavajuće iskustvo⁴²⁸.

Drugim rečima, za cilj porođaja su, umesto preživele majke i bebe, postavljeni – majka i beba sa punom fiziološkom i psihološkom sposobnošću za međusobni odnos i odnos sa njihovim bližnjim.

⁴²⁷ Dunn P. M., *Obstetric delivery today*, The Lancet, April, 10. 1976, str. 790-793. Mortalitetne se statistike, inače, nije bilo teško odreći. U razvijenim je sredinama maternalni mortalitet postao toliko nizak da je njegovo praćenje izgubilo svaki smisao. Što se pak tiče perinatalnog mortaliteta, postalo je jasno da su njegove promene prevashodno rezultat socijalno-ekonomskih uslova. Berger i njegovi saradnici su na primer, analizom blizu 300.000 porodilja, ustanovili da je stopa perinatalnog mortaliteta viša kod “obojene” nego kod “bele” novorođenčadi (41,0 naspram 25,7). Prema njihovim rezultatima, na ovu razliku nije uticao ni broj prenatalnih poseta akušeru, odnosno babici, a ni stepen sofisticiranosti akušerske i neonatološke službe u bolnicama gde su se ova deca rodila. Kao osnovni uzrok, pak, iskazala su se dva faktora: “obojena” su novorođenčad u mnogo većem procentu bila prevremeno rođena, a imala su i manju težinu. Jedan od osnovnih zaključaka autora istraživanja bio je, stoga, da treba organizovati programe za poboljšanje ishrane trudnica. Vidi: Brever T., Hodin J., *Why women must meet the nutritional stress of pregnancy*, u Stewart D., Stewart L., (eds.), op. cit., str. 390.

⁴²⁸ Danas, u ekonomski razvijenim sredinama, većina žena ne gleda više na rađanje kao na neku neizbežnu i rutinsku obavezu koja je deo njihove biološke sudbine. Rođenje deteta je, uglavnom, izraz njihove izričite odluke. A s obzirom da većina žena želi manje dece, svaki porođaj ima važnost iskustva koje se doživljava jednom ili dva puta u životu. Otuda je i sve više žena kojima je važno kakvo će biti njihovo iskustvo porođaja.

Samim tim, morale su se, bar donekle, zadovoljiti sve tri ključne kategorije principa kvaliteta: i BITI, i IMATI, i VOLETI⁴²⁹.

Zadovoljavanje kategorije BITI (kada je reč o danas uobičajenom načinu porađanja) pre svega nalaže personalizaciju porođaja.

Nema, naime, pravog ili ispravnog načina porađanja. Pravi, odnosno ispravni način, varira u zavisnosti od ličnih svojstvenosti svake porodilje.

Otuda, svakoj ženi treba obezbediti uslove da BUDE, to jest da ostvari za nju karakterističnu spontanost. A to, namesto sadašnje izgubljenosti žene u gomili neidentifikovanih sapatnica, podrazumeva individualizovani pristup. Na ovakav je pristup, svojevremeno, ukazivala i Helen Dojč (Deutsch) zahtevajući da se nađu one tehnike porađanja kojima će biti potvrđena psihička vrednost majčinog aktivnog učešća. Jer, prema Dr. Dojč, tako bi se pospešilo ponovno sjedinjavanje novorođenčeta i majke.⁴³⁰

Što se tiče kategorije IMATI, neophodno je da porodilja prihvati snagu svog tela.

Naime, medikalizacijom porođaja porodilja je dovedena u stanje potpune zavisnosti, i to ne samo tehnološkim nasiljem, nego i psihičkom manipulacijom. Razni aparati, plastične cevi, žice, a onda i injekcije i instrumenti, poručuju joj da se bez njih ne može poroditi, da stoga vođenje porođaja treba da prepusti akušerskim poslenicima kao osobama koje nad celom ovom skalamerijom imaju kontrolu, te da je i sam porođaj stvar eksperata, a ne proces njenog organizma.

⁴²⁹ Allardt E., Experiences from the Comparative Scandinavian Welfare Study, with a Bibliography of the Project, European Journal of Political Research, (1981), Vol. 9, str. 101-111.

⁴³⁰ Deutsch H., The Psychology of Women; A Psychoanalytic Interpretation, Grune & Stratton, New York, 1945, str. 251-255.

Na delu je zapravo nastojanje da se, što se tiče porođaja, ukine potreba za ženskim telom kao nečim što, poput same porodilje, nije dovoljno vredno.

Naravno, žensko je telo, uprkos svim pomagalicama i ideološki nametnutom nasilju, glavni efektor porođaja.

Međutim, da bi u punoj meri došlo do izražaja, bilo bi potrebno da ga porodilja "preuzme".

Da ga prihvati kao potpuno opremljeno da se suoči sa procesom porađanja.

Da popusti njegovoj snazi ostajući, istovremeno, sama svesna i aktivna.

Da u njegovoj energiji oseti izvor zadovoljstva...

A kada je reč o kategoriji VOLETI, tu je posebno važno energetske prestrukturisanje psihosocijalne sredine u kojoj se odvija porođaj.

Naime, porođaj je, u suštini, sistem odnosa u koji su izravno uključeni - porodilja, novorođenče/plod, i svi drugi prisutni.

Kao sistem odnosa, porođaj je pod uticajem složene energijske mreže koju čine sve tekuće personalne interakcije.

Ove personalne interakcije, čak i svojim najsuptilnijim manifestacijama kakve su misli i osećanja, proizvode veoma realne materijalne efekte. A naročito se materijalizuju u telima porodilje i novorođenčeta/ploda, delujući kao faktička ne-fizička intervencija.

Tako, ukoliko u energetske mreži sa jedne strane dominiraju kombinovani nebriga i nasilje, a sa druge strane strah, frustriranost i poniženje, niz njihovih neposrednih efekata omešće optimalno odvijanje porođaja, dok će odloženi efekti uticati i na majčine, i na detinje odnose.

Ukoliko pak u energetske mreži porođaja dominiraju osećanja naklonosti, razumevanja i ljubavi, ona će i po-

rođaj i rađanje učiniti stimulativnim, blagorodnim i skladnim.

Pre pedesetak godina, kada je pisala o ovim "intervencijama više energije", Helen Dojč je verovala da će znanje o njima biti sigurno i nepovratno izgubljeno. Čak je i pozdravljala ovaj gubitak dajući prednost "efikasnosti tehnologije".⁴³¹

No, mnogi su pokazali da je to bila zabluda.

Među njima i Frederik Leboaje (Frédérick Leboyer).

Izmenom energijskih mreža u smislu kategorije VOLETI, on je preobrazio porađanje.

Pri rođenju bez nasilja – kako svoj metod naziva Leboaje – tišina, blagost, strpljenje, nežnost i vedrina čine žene spokojnim.

A novorođenčad se, neposredno po rođenju, zadovoljna – smeše.⁴³²

⁴³¹ Deutsch H., op. cit., str. 209-215.

⁴³² Leboaje F., *Rođenje bez nasilja*, Gradina, Niš, 1989.

KONTROLA

Tokom 1970-tih, težnja za porođajem kao zadovoljavajućim iskustvom, težnja koja se manifestovala labavo povezanim kulturalnim gibanjem žena srednje klase, zadobila je socijalne i političke akcente. Žene iz raznih socijalnih sredina (najvećma u SAD, ali i u nekim evropskim zemljama) počele su da se organizuju, da se međusobno obrazuju, i da pokušavaju da promene, pa i da izbegnu profesionalne i institucionalne strukture nadležne za porođaj.

Bilo je zapravo logično da, pošto su počele da imaju porođaj kao pozitivno iskustvo – a ne kao nešto opasno, za gađujuće i patološko – ove žene odbiju ulogu objekta, isključenog iz svih odluka u vezi ovog njihovog važnog proživljavanja.

Tim odbijanjem, naravno, pripadnice gibanja za porođaj kao zadovoljavajuće iskustvo su radikalizovale svoju poziciju. Jer, uz osporavanje medicinskih postulata, ot počele su da otvoreno osporavaju i tradicionalni asimetrični odnos moći između porođilja sa jedne, i akušerskih poslenika sa druge strane.

U procesu ovog osporavanja, mnogim je ženama postalo jasno da je osnovna odrednica nasilničkog i nehumanog porođaja – odnos, a ne metod. To jest, da je metod izveden iz odnosa, da mu je svrha da prikrije odnos, da ga nametne i prepetuira.

Logično, ovim je saznanjem doveden u pitanje niz neprikosnovenih obrazaca ortodoksne akušerske prakse. Nije se više automatski podrazumevalo šta je normalno a

šta ne, ko određuje šta će se uraditi i kada, ko je zaslužan za srećan a ko odgovoran za nepovoljan ishod porođaja. A postavljeno je i ključno pitanje: "Čiji je porođaj?", odnosno "Ko je taj koji nad porođajem treba da ima kontrolu?"

Osporavanje njihove kontrole nad porođajem mnogi su akušeri shvatili kao svetogrđe.

No, u sredinama osetljivijim na fluktuiranje tržišta, izravna akušerska represija je, manje ili više, modifikovana.

Kontrola je postala suptilnija.

Najčešće primenjivan metod, pri tom, bila je participacija. Participacija je, naime, omogućila da se akušerska kontrola kombinuje sa samokontrolom koja je ne samo predstavljana nego je i izgledala – kao veća sloboda.

Tipičan primer ove kombinacije kontrole i samokontrole danas su razne vrste priprema za porođaj gde se trudnice podučavaju uslovljavajućim tehnikama čija je svrha da im odstrane pažnju od porođajnih bolova. Tu se, dakako, ništa ne osporava. Naprotiv. Žene se socijalizuju za ortodoksni način porođanja. Tehnike kojima sebe same zamajavaju, pak, još većma ih uteruju u pasivnost, jer ih odvajaju od centralnog događaja – njihovog sopstvenog porođaja.

U sličnu se kombinaciju kontrole i samokontrole, zatim, uvlači i porođajin partner. Naime, muškarac koji je pozvan (i koji je pristao) da pruža podršku porodilji koja mu je bliska, često stupa u prećutni savez sa akušerskom institucijom. U ovaj se savez, inače, ulazi neosetno, jer je zasnovan na dva uvrežena kulturalna obrasca. Prvi je dominacija zdravih nad bolesnima. A drugi – dominacija muškarca nad ženom. Sa stanovišta ova dva obrasca, pa i sa stanovišta nekog generalnog kulturnog modela, muškarac koji bi podržao ženin otpor akušer-

skom establišmentu ne samo što bi prekoračio društvene norme, nego bi automatski bio sveden na status žene kojoj je pružio podršku. Otuda, da ne bi dopali u položaj koji i sami smatraju podređenim, mnogi muškarci koji prisustvuju porođaju podržavaju nasilje nad porođiljom, a i sami mu se pridružuju.

Istovrsni primer "participativnog" maskiranja akušerskog nasilja je i praksa da se, po porođaju, ženi dozvoli da uz svoje novorođenče bude samo nekoliko minuta, a da su pri tom, još, i ona i beba omamljeni raznim kombinacijama medikamenata.

A jedan od pravih "participativnih" bisera je takozvani porođajno orijentisani carski rez, u institucijama u kojima se carskim rezom porođaja i do 30% porodilja. Umesto da se ospori previsok procenat operativnog porođanja, ovde se nudi program prema kome je porodilja pod spinalnom anestezijom, dakle budna, a operaciji prisustvuje i otac deteta⁴³³.

Ipak, uz svo favorizovanje, participativna zamka nije ugušila početke ženske pobune.

Naravno, iz pragmatičnosti ("daj šta daš"), ili iz ubeđenja (ne znajući za bolje), mnoge su joj se žene prepuštale. Kao što su, uostalom, mnoge žene ostale indiferentne i na ogoljeno akušersko nasilje. No, moć profesionalnog veta je ostala narušena. Jednom prekinuto ćutanje nije se moglo ponovo uspostaviti. I, uz mnoga nova pitanja, počela je da se pomalja i nova vizija realnosti.

U okviru te vizije, umesto da se po običaju naglasi manjkavost žene kao takve, u pitanje je doveden porođaj kao društvena institucija, a samim tim i njegovi označitelji i kontrolori.

⁴³³ Katz Rothman B., *Awake and Aware, or False Consciousness; The Cooption of Childbirth Reform in America*, u Romalis S., op. cit., str. 178.

Drugim rečima, umesto da se okrivi žrtva, odgovornost je zatražena od onih koji su jedan prirodni proces socijalno definisali kao opasnu intervenciju.

A, kao prirodno pripremljena, i kao nezamenljivi akter porođaja – žena je postala norma.

Naravno, tranzicija koja je ovime pokrenuta nametnula je tražanje za novim značenjima, kao i novim bihevioralnim odgovorima.

Na mikro-nivou, usledila je rekonceptualizacija porođaja.

Porođaj je, naime, shvaćen kao nešto što žena radi, a ne nešto što joj se pruža u vidu medicinske usluge.

Podrazumeva se, pri tom, da žena sarađuje sa profesionalnim pomagačima, kao i sa bliskim osobama. Ali, s obzirom da se radi o njenoj životnoj tranziciji (za koju je, nizom svojih svojstava, u principu i pripremljena) podrazumeva se, takođe, da je ona ta koja porođajem i upravlja.

To, pak, znači da su primarne njena volja i odluke, odnosno da je na njoj da izabere kako će koristiti svoje telo (da li će da šeta, stoji, sedi, čuči ili leži), da je na njoj da se opredeli za metod za koji smatra da će da joj najviše pomogne.

Isto tako, naglašava se da porođajin rad treba posebno da bude vezan za materične kontrakcije. Jer, na njoj je i da taj specifični izraz svoje sopstvene zdrave i moćne sile – usmeri, da prepuštanjem bolu cervikalne dilatacije, a potom snagom aktivnog istiskivanja, pospeši napredovanje ploda ka njegovoj tranziciji.

Razumljivo, u kojoj će meri žena koristiti prednosti porođaja kao rada, u mnogome zavisi i od nje same.

Žena koja upravlja svojim životom, na primer, i koja preuzima odgovornost za svoje ponašanje, sposobna je (a

i oseća sposobnost) da preuzme kontrolu i nad svojim porođajem.

Žena pak koja se identifikuje sa verovanjem da je, kao i sve druge žene, i ona pasivna i slaba – teško može da skupi dovoljno snage za ovu vrstu rada. Otuda, umesto da aktivno, ili sa tek malo inhibiranosti, odgovori na proces koji je pokrenulo njeno sopstveno telo, ona često ispostavlja simbolički zahtev: "Molim da se porodite za mene", što akušerski poslenici spremno koriste za legitimizaciju kontrole i, faktički, tuđ porođaj preobraćaju u svoj rad⁴³⁴.

Dakako, porođaj kao rad nije u sukobu za ženinom prirodom, nego sa sindromom njene lično i institucionalno nametnute podređenosti. Otuda se, kao neophodna, pokazala i jedna specifična rekonceptualizacija na makro-nivou, rekonceptualizacija koja bi se najkraće mogla definisati kao – izmena dominantnih vrednosti.

Naime, podređenost žene spada u osnovne predpostavke dominantne kulture, a ne tek u rutinu akušerske institucije. Medicinsko osoblje samo učvršćuje i čuva već proizvedenu sliku žene kao poslušne, slabe, zavisne, podatne, nepouzidane...

Pod ovakvim jarmom, poziv ženama da se opredele za porođaj kao rad neke među njima može da uznemiri, ili depimiru, ili zbuni. Što se pak tiče žena kojima je poimanje porođaja kao rada blisko, one će teško moći da insistiraju na svome izboru onako nepokretne, izložene na akušerskom stolu, boreći se za malo preostalog dostojanstva.

⁴³⁴ Stav: "Molim da se porodite za mene" može da doprinese razvoju raznih porođajnih komplikacija. Akušerski se poslenici, onda, simbolički "porođaju za ženu" tako što svojim maksimalnim angažmanom kakav je upotreba forcepsa, ili kakav je carski rez, potpuno prisvajaju njen porođaj.

jednima i drugima je, stoga, neophodna potpora šireg društvenog konteksta.

Praktično, pak, to znači konfrontaciju sa čitavim sistemom proizvođača i korisnika dominantnog "prirodnog" poretka.

Sa jedne strane, to podrazumeva tematizaciju dominantnih značenja i preispitivanje vladajućih ideologija i nadležnih struktura.

A sa druge strane, organizovanje i razvoj različitih vidova institucionalne i vaninstitucionalne podrške i pomoći. Uključujući tu, kao posebno važnu, i sposobnost da se na kulturalno prihvatljiv način odgovori na neizbežne kritike i napade.

Ovim višedimenzionalnim "Velikim Odbijanjem"⁴³⁵, dakako, automatski je osporeno i ortodoksno akušerstvo. Ali, ne da bi se odbacilo; nego da bi mu se pomoglo da, umesto kontrolorskog, postane – naučno.

Naime, ima puno toga neophodnog što je van uskog opsega pitanja na kojima se zadržavaju akušerski poslenici, ograničeni logikom institucionalne kontrole i profesionalne dominacije.

A to znači da njihovo znanje nije samo nepotpuno, nego i da je pod kontrolom sistematske greške.

⁴³⁵ Marcuse H., *An Essay of Liberation*, Penguin Books Ltd. Harmondsworth, 1973, str. 10.

Porodajem, žena pušta i istiskuje svoje dete iz materice, kako bi mogla da ga prihvati u naručje.

Kao njena i detinja mena, porodaj jeste period krize.

Ali, on nije kazna na koju bi da ga svedu privrženici judeohrišćanskog kulta patnje.

Niti sadrži toliko pretnji koliko bi da mu natovare akušerski žreci.

U porođaju se susreću težak rad, bolovi i strepnja, ali i seks, ljubav i kreativnost, trenuci uvida i otkrića, kao i lepota.

Otuda je porodaj autentično "iskustvo vrha".

Kao takav, on je i specifično izvoriste ženinoga razvoja.

Po porođaju se žena, naime, može osećati snažnijom jer se pokazala sposobnom da se suoči sa bolom, neizvesnošću i strahom.

Može se osećati seksualno slobodnijom jer je prošla snažno fizičko i seksualno iskustvo.

A može se osećati i samostalnijom jer je pokazala šta može da postigne.

Samim tim, ma koliko bio korišćen kao sredstvo upodobljavanja i uzapćivanja, upravo porodaj može da doprinese da ideologija disciplinovanja i straha ustupi pred ženinom radošću i samopouzdanjem.

Tu radost i samopouzdanje, naime, porođaj nosi sam po sebi.

Značenje patološkog i pretećeg događaja pak – koje porođaj, u mnogome, ima danas – gubiće se u onoj meri u kojoj i on sam bude saobražavan mementu Lao-Cea:

“Da li misliš da možeš da preuzmeš Univerzum
i da ga usavršiš?

Ne verujem da se to može postići.

Univerzum je svet.

Ne možeš ga poboljšati.

Ako pokušaš da ga promeniš, razorićeš ga.

Ako pokušaš da ga prisvojiš, izgubićeš ga.”



OB KOVAČICA

Psrp 61
STAMBOLOVIĆ, Vuk
Porođaj



300012710

COBISS ©

