
Evolucija k žensko osrediščeni obporodni skrbi

MARSDEN WAGNER

GLOBALNA EVOLUCIJA OBPORODNE SKRBI

Trdili bi lahko, da je bil pred dvestotimi leti porod human, ker so porodnicam pomagale babice, ki so ženske postavljale v središče porodnega dogajanja in so, če govorimo nekoliko posplošeno, spoštovale naravni potek dogodkov, pri tem pa upoštevale specifična kulturna določila. Čas po drugi svetovni vojni zaznamuje pospešen tehnološki razvoj in uveljavitev prepričanja, povezanega z njim, da lahko s pomočjo tehnologije izboljšujemo naravo in jo presegamo – torej, če lahko, karikirano rečeno, človeka pošljemo na Luno, bomo zagotovo lahko izboljšali poteka nosečnosti in poroda. V razvitem svetu se je rojstvo otroka preselilo v bolnišnice, kjer obporodno skrb vodijo zdravniki ali zdravnice, kjer so na voljo številne naprave in zdravila in kjer so uveljavljeni različni rutinski posegi. Govorimo torej o ključnih spremembah porodnih praks, samega porodnega okolja in ljudi, ki obkrožajo porodni dogodek. Sredi dvajsetega stoletja so tako bili v središču poroda zdravniki, ki so nadzorovali dogajanje in ga odrejali, babiška vloga se je spremenila, saj so babice postale podrejene porodničarjem, njihova prvotna naloga pa je bila potisnjena ob stran,

rojevajoče ženske in njihove družine niso imele kaj dosti besede pri odločanju, skratka – porod je postal medikaliziran.

V osemdesetih in devetdesetih letih dvajsetega stoletja smo bili priča aktivnejšim odzivom na medikaliziran porod in pričetkom premikov k bolj humanemu porodu. Humaniziran porod pomeni, da ženska postane središče poroda in nadzora, kjer sprejema vse odločitve o tem, kar se bo zgodilo, in kjer zdravnik ali kdorkoli drug te naloge ne more več prevzeti. Humaniziran porod pomeni tudi, da so središča, kjer so na voljo obporodne storitve, umeščena v lokalno skupnost in na osnovno raven zdravstvenega varstva. Terciarni bolnišnični centri nikakor ne morejo biti taka središča, ker so namenjeni zdravljenju in pomoči nosečnicam in porodnicam s hujšimi medicinskimi zapleti ali boleznimi. V središču, namenjenem zdravim nosečnicam in porodnicam brez zapletov, delujejo babice, ki so med seboj usklajene, po potrebi pa tudi medicinske sestre in zdravniki ali zdravnice ter drugi strokovnjaki ali strokovnjakinje; odnose med strokami označuje enakovrednost in sodelovanje. Humaniziran porod pomeni, da storitve v času nosečnosti, poroda in v obdobju po njem temeljijo na preverjenih znanstvenih podatkih, vključno z znanstveno preverjeno rabo tehnologije, zdravil in posegov.

V zadnjih petnajstih letih smo priča boju med medikaliziranim in humaniziranim pristopom k obporodni skrbi, ki je postal precej resen in ima globalne razsežnosti. Danes v razvitem svetu obstajajo tri vrste obporodne skrbi. Prva oblika obporodne skrbi je zelo medikalizirana in zelo tehnicistično obarvana, osrediščena je okoli zdravnikov, babice so marginalizirane, značilna pa je, na primer, za ZDA, Irsko, Rusijo, Slovenijo, Poljsko, Češko, Francijo, Belgijo in urbaniziran del Brazilije. Druga oblika je humaniziran pristop z močnimi, avtonomnejšimi babicami in bistveno nižjimi stopnjami posegov; najti jo je mogoče, na primer, na Nizozemskem, na Novi Zelandiji in v skandinavskih državah. O tretji obliki, mešanici obeh pristopov, je mogoče govoriti na primer v Veliki Britaniji, Kanadi, Nemčiji, na Japonskem in v Avstraliji.

EVOLUCIJA OBPORODNE SKRBI V SLOVENIJI

Slovenija, podobno kot nekatere druge evropske države, še posebej pa države bivšega vzhodnega bloka, ki so bile pod močnim vplivom bivše Sovjetske zveze, je popolnoma medikalizirala porod. Tudi po

spremembi političnih režimov ni bilo zaznati bistvenih premikov k humanejšemu porodu. Vse do poznih osemdesetih let dvajsetega stoletja v Sloveniji ni bilo gibanja za humanizacijo poroda, govorili bi lahko le o posameznih spremembah. Od takrat si nekateri ginekologi-porodničarji in drugi zdravniki, babice, strokovnjaki in strokovnjakinje na področju javnega zdravja, znanstvenice in zainteresirane ženske prizadevajo, da bi se procesi demedikalizacije in humanizacije poroda zares pričeli in se okrepili.

Raziskava »Porodnišnice za današnji čas. Razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osredičena perspektiva« predstavlja pomemben korak na poti k humaniziranemu porodu v Sloveniji. S pomočjo zbranih podatkov smo dobili pregled nad uveljavljenimi porodnimi praksami v slovenskih porodnišnicah. Rezultati govorijo o počasnem napredku, najočitnejši premik je mogoče opaziti pri socialnih in izobraževalnih vidikih poroda – tako je na primer navzočnost bližnjih pri porodu že precej uveljavljena, čeprav v nekaterih porodnišnicah omejujejo število navzočih oseb. Drug pozitiven primer je uveljavljen popolni rooming-in v pretežnem delu porodnišnic, kar je izjemno pomembno za ohranjanje stika med otrokom in materjo po porodu.

Vendar pa problem medikaliziranega poroda ostaja zelo aktualen: v praksi zdravniki še vedno nadzirajo babice v porodnišnicah in te so še vedno marginalizirane, ob tem pa ne obstaja možnost poroda zunaj bolnišnic, kajti v Sloveniji ni niti enega neodvisnega porodnega centra. Zavedati se moramo, da so spremembe mogoče in da so nekatere lahko zelo hitre. Tako so bili na primer leta 1990 v Nemčiji trije rodni centri, danes pa jih je več kot sto. Številne babice so zapustile delovno mesto v porodnišnici in sedaj pomagajo ženskam pri porodu v rodnišnicah ali doma. Številni zdravniki v Sloveniji še vedno verjamejo, da je porod doma nevaren, kljub znanstvenim podatkom raziskav, ki kažejo drugače. Med številnimi naj omenim odlično raziskavo, ki je bila objavljena v ugledni medicinski reviji *British Medical Journal*, ki prepričljivo dokazuje, da je načrtovan porod doma popolnoma varen za ženske z nizkim tveganjem.¹³

Posledice medikaliziranega poroda v slovenskih porodnišnicah so vidne v velikem razkoraku med pretirano uporabo invazivnih in celo nevarnih postopkov na eni strani in med priporočili o njihovi optimal-

13 K. Johnson and B. Daviss, »Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America«, *British Medical Journal* 2005, 330, 7505, 1416.

ni rabi, ki temeljijo na preverjenih znanstvenih izsledkih na drugi strani (gl. Tabela 1: Ali obporodna skrb v Sloveniji temelji na preverjenih znanstvenih izsledkih?).

Tabela 1: Ali obporodna skrb v Sloveniji temelji na preverjenih znanstvenih izsledkih?

Postopek	Praksa ¹⁴	Izledek ¹⁵
skrb v nosečnosti zagotavljajo babice	skoraj nikoli	vedno
babica samostojno skrbi za porodnice z nizkim tveganjem	skoraj nikoli	vedno
ista babica med nosečnostjo in porodom	nikoli	vedno
ista babica ves čas poroda	skoraj nikoli	vedno
spremljevalec/ka pri porodu	88 %	vedno
spremljevalec/ka mora imeti potrdilovčasih	včasih	nikoli
spremljevalec/ka mora navzočnost plačati	včasih	nikoli
klistir ob sprejemu	72 %	nikoli
bitje sramnih dlak ob sprejemu	87 %	nikoli
rutinski neprekinjen CTG	67 %	nikoli
lega na hrbtu v prvi porodni dobi	80 %	nikoli
lega na hrbtu v drugi porodni dobi	79 %	nikoli
med porodom pijača ni dovoljena – rutinsko	58 %	nikoli
med porodom hrana ni dovoljena – rutinsko	vedno	nikoli
intravenozni kateter – rutinsko	70 %	nikoli
spontan začetek in potek poroda, brez zdravil	31 %	> 90 %
sproženje poroda z zdravili	30 %	< 10 %
pospeševanje poroda z zdravili	43 %	< 10 %
epiduralni blok	6,6 %	< 10 %
vakuumski porod	4 %	< 10 %
porod s porodnimi kleščami	0,4 %	< 10 %
prerez presredka	54 %	< 10 %
pritisk na vrh maternice v drugi porodni dobi	60 %	nikoli
carski rez	13,7 %	10–15%
sobivanje otroka in matere (24 h)	72 %	vedno
novorojenčku prijazne porodnišnice	86 %	100 %

¹⁴ V stolpcu z oznako Praksa so navedeni podatki o uveljavljenih porodnih praksah v Sloveniji leta 2005.

¹⁵ V stolpcu z oznako Izledek so navedeni podatki o optimalni rabi posameznega posega ali oblike skrbi; podatki so utemeljeni na znanstvenih izsledkih.

Za nosečnice z nizkim tveganjem, torej brez hujših zdravstvenih težav, bi morale vedno skrbeti babice, pa to skrb skoraj vedno izvajajo zdravniki. Pri porodih z nizkim tveganjem (80–90 % vseh porodov) bi morale pomagati zgolj babice, pa so še vedno zdravniki tisti, ki nadzirajo porod in ponekod celo ukazujejo, kaj naj babice storijo. Posamezna babica skrbi za več porodnic istočasno, delo pa je običajno organizirano tako, da ob koncu delavnika preda skrb za žensko drugi babici, kar za porodnico pomeni, da zanjo med porodom skrbi več različnih babic. Taka skrb za porodnico nikakor ni ustrezna, kajti številne študije so pokazale, da neprekinjena skrb iste osebe cel čas poroda prispeva k temu, da je porod krajši, ženska čuti manj bolečin, število zapletov je manjše, varnost otroka in matere pa večja.¹⁶ Vsaka ženska mora imeti možnost, da jo pri porodu spremljajo ljudje, ki jih pozna in jim zaupa, pri tem ne sme biti omejitvev. Žal v nekaterih slovenskih porodnišnicah obstaja celo praksa, da zdravstveni strokovnjaki rojevajoči ženski ne »dovolijo« več kot enega spremljevalca.¹⁷ To je v nasprotju z najsodobnejšimi podatki, ki med drugim potrjujejo pozitivne učinke hkratne navzočnosti več kot enega spremljevalca, na primer partnerja porodnice in doule. Navzočnosti spremljevalca ali spremljevalke pri porodu ne sme ovirati obveznost plačila ali potrdila o obiskovanju šole za bodoče starše oziroma tečaja priprave na porod. Med nosečnostjo in ves čas poroda bi morala za posameznico skrbeti ista babica, idealno bi bilo, če bi ista oseba obiskovala žensko tudi v poporodnem obdobju toliko časa, kolikor posameznica potrebuje babiško nego in svetovanje za dojenčka in zase. Klistirja in britja sramnih dlak kot priprave na porod ne bi smeli uporabljati. Med porodom ženskam ne bi smeli omejevati pitja ali hranjenja, prav tako ne bi smeli rutinsko uporabljati intravenozne infuzije in kardiokotografa. Med prvo in drugo porodno dobo ženske ne bi smeli usmerjati k legi na hrbtu ali take lege celo spodbujati. Zdravil za sproženje in pospeševanje poroda ne bi smeli uporabiti v več kot 10 % – zelo visoka stopnja uporabe teh zdravil, ki se v Sloveniji uporabljajo kar v sedemdesetih odstotkih, bi lahko imela posledice za zdravje in celo življenje mater. Znanstveni podatki kažejo, da je prerez presredka nujen v največ desetih odstotkih, pa ga po preverjenih podatkih razi-

16 Enkin, M. et al. (2000): *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. New York: Oxford University Press, str. 247–254.

17 V raziskavi »Porodnišnice za današnji čas. Razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osrediščena perspektiva« je dokumentiran negativen pisni odgovor babici, s katerim je vodstvo porodnišnice zavrnilo prošnjo za njeno navzočnost pri porodu prijateljice, ob kateri je želel biti tudi mož, češ da pri porodu ne moreta biti dve bližnji osebi.

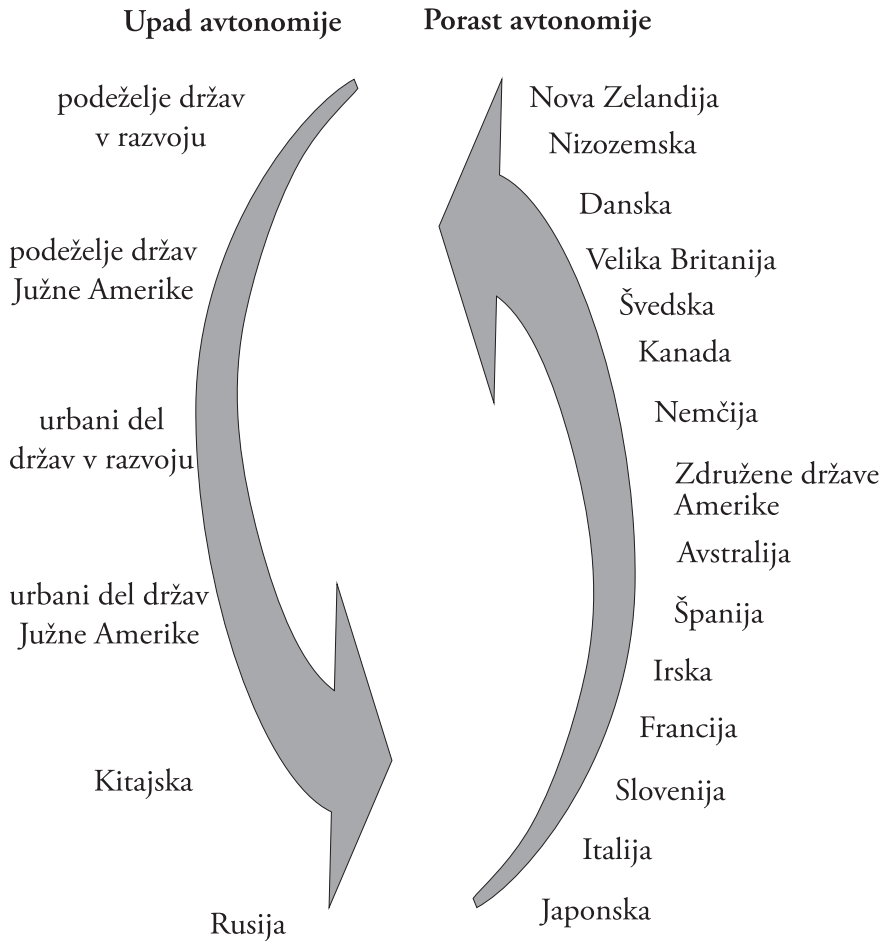
skave opravijo pri 54 % vseh porodov – to je spolno pohabljanje tisočih žensk, ki rojevajo v Sloveniji. Pritiska na vrh maternice v drugi porodni dobi ne bi smeli uporabljati, pa vendar se uporablja pri šestdesetih odstotkih vseh porodov – to je zloraba slovenskih žensk in njihovih otrok. Raziskave kažejo, da je pri porodu, kjer za porodnico samostojno skrbi ustrezno izobražena babica, veliko manj nepotrebne rabe postopkov in zdravil.

KAKO STOPITI V KORAK Z NAPREDKOM

Za poglobljeno razumevanje sodobnega načina skrbi za žensko v nosečnosti in med porodom je koristno, če proučimo spremembe v obporodni skrbi iz globalne in zgodovinske perspektive, pri tem pa smo še posebej pozorni na to, kako se posamezne oblike razvijajo ali kako napredujejo. V shemi »Globalna evolucija porodnih praks« (gl. Slika 1) se osredotočam na avtonomiji porodnic in babic, ker ju pojmujem kot ključni spremenljivki pri določanju mesta, ki ga posamezna država zaseda v evolucijskem procesu. V državah na vrhu sheme imajo ženske in babice visoko stopnjo avtonomije, v državah na dnu pa je imajo malo ali praktično nič. Shema kaže, kje je trenutno posamezna država, njen položaj pa sem določil na podlagi poznavanja obporodnega sistema v posamezni državi, ki sem ga pridobil med proučevanjem različnih sistemov ob obiskih in iz objavljenih poročil, še posebno poročil Svetovne zdravstvene organizacije. Zavedati se moramo, da uvrstitev morda ni čisto natančna, ker gre za evolucijski proces obporodne skrbi, ki nikakor ne more biti statičen. Tako bi se lahko zgodilo, da bi po nekoliko drugačni oceni morala biti na primer Nizozemska višje na shemi kot Nova Zelandija – a pozorni bodite na splošni vzorec, ki je zanesljivo veljaven.

Pred več kot tristo leti so bile vse dežele na svetu na vrhu evolucijskega kroga, ker so skorajda vse ženske nadzorovale svoje porode, kolikor je to dopuščala sama narava procesa. Babice so bile avtonomne porodne pomočnice, ki so pomagale ženski med porodom v okvirih znanja in spretnosti določenega časa in prostora. Ženska in babica sta skupaj oblikovali porodni dogodek, večinoma brez vmešavanja moških zaradi skorajda univerzalnega tabuja, ki je moškim preprečeval vpletanje v reproduktivne aktivnosti žensk. Tako kot so bile v preteklosti menstruirajoče ženske pogosto za določen čas in na določen način izolirane, tako so bile pogosto izolirane tudi porodnice – v veliki večini kultur

Slika 1: Globalna evolucija porodnih praks



so tabuji moškimi prepovedovali približevanje prostoru, kjer se je porod odvijal, še večkrat pa je bilo sodelovanje moških pri porodnem procesu nesprejemljivo.

S postopnim vpeljevanjem moških v obporodno skrb – na primer kot zdravnikov in »brivcev-kirurgov«, ki so bili predhodniki današnjih kirurgov – so tako porodnice začele izgubljati svojo avtonomijo rojevanja, babice pa avtonomijo porodne pomoči. S tem ko je porod postal manj žensko osrediščen, so se dežele začele pomikati navzdol po levi strani kroga. Urbani predeli posameznih držav »modernizirajo« obporodno skrb s tem, da večino storitev izvajajo zdravniki ali zdravnice v bolnišnicah, ob tem pa ženske na podeželju v večini še vedno uporabljajo

jo storitve tradicionalnih babic.

V nekem trenutku posamezna država doseže dno kroga, ko se na prvi pogled zdi, da je dosežen cilj razvoja, in kjer država in družba sebe pojmujeta kot »končno moderno« – tako obporodno skrb lahko opazujemo v državah, kot so Kitajska, Rusija in v večini držav Južne Amerike. Ženske v teh državah ne morejo več odločati o tem, kaj se bo dogajalo z njihovo nosečnostjo in porodom, in babice niso kaj dosti več kot pomočnice ali celo služkinje zdravnikov.

Potem pa se v državah na dnu sheme nekaj zgodi. Ta dogodek se od države do države razlikuje, a karkoli se že zgodi – ko je sistem resnično slab in ko je ženska reproduktivna svoboda hudo zlorabljena, odločilen dejavnik ali serija dejavnikov priključijo pozornost žensk, da začno preizpraševati legitimnost oblasti zdravnikov nad reproduktivnimi vidiki njihovega življenja. Uvid v stanje vodi k streznitvi, povzroča jezo in ogorčenje ter usmerja v delovanje. Odziv je morda hitrejši v razvitejših državah, kjer so ženske že dosegle vsaj določeno raven pravic; obenem pa je združitev moči posameznih žensk tudi vir osveščanja o pravicah in svoboščinah žensk in začetek aktivnejšega delovanja na tem področju.

Kljub temu da so pogosto babice z dna sheme razdeljene na tiste, ki sprejemajo *status quo*, in tiste, ki želijo položaj spremeniti, pa ključni dogodek vpliva tudi na babice nasploh, tako da se tudi one aktivirajo in angažirajo. Pridružijo se jeznim ženskam in pogosto z njimi sklenejo zveze, ki vključujejo znanstvenike in znanstvenice, novinarke in novinarje, nekatere politike in političarke, nekatere zdravnike in zdravnice ter medicinske sestre, da bi sprožili dolg, pogosto težak proces vnovičnega pridobivanja avtonomije na področju rojevanja in reproduktivnega vedenja nasploh; tokrat na drugi kvalitativni ravni. Država se začne pomikati po desni strani sheme navzgor.

Raziskovanje in razumevanje primerov posameznih držav z večjo avtonomijo žensk in babic ponuja pomembne učne ure tudi za Slovenijo, ki je pred težavno nalogo, da odkrije, kako se pomakniti tja, kjer želi biti. V Kanadi, na primer, je bila aretacija samostojne babice iz Toronta tista, ki je vodila k sodni preiskavi o babiških praksah nasploh, angažiranju skupin žensk in babic, prosvetljevanju javnosti in strokovnjakov, kar je posledično vodilo k legalizaciji babištva v celi državi.

Nemčija je drug dober primer prizadevanj za babiško avtonomijo. V osemdesetih letih dvajsetega stoletja je Zveza nemških porodničarjev zahtevala od zvezne vlade, da z zakonom prepove vse porode zunaj bolnišnic. Nenadoma so se nemške babice zbudile, prav tako so se

zdramile tudi ženske organizacije in se med seboj povezale ter skupaj izdelale strateški načrt, s katerim so nasprotovale predlogu porodničarjev. Odločile so se za učinkovito orožje: zbrale so preverjene znanstvene podatke, dokumente in primere zakonskih ureditev iz drugih držav in Svetovne zdravstvene organizacije in z njimi seznanile zakonodajalce in medije. Rezultat tega boja je večja avtonomnost: veliko število nemških babic je zapustilo bolnišnice, začele so delovati kot babice v lokalni skupnosti, pomagajo pri porodih doma in v samostojnih porodnih centrih. Danes približno četrtnina babic v Nemčiji deluje zunaj bolnišnic, hkrati pa se je izjemno povečalo število porodnih centrov zunaj bolnišnic.¹⁸ Vse to se je zgodilo kljub hudemu odporu vodilnih nemških porodničarjev, ki so ženskam ponavljali, da s porodom zunaj bolnišnice ogrožajo sebe in svoje otroke. Nemški primer dokazuje, kako je mogoče spremeniti obporodno skrb tudi brez odobritve in podpore porodničarjev, kar predstavlja pomemben nauk za države na dnu ciklusa. Videti je, da obstaja še nekaj močnejšega kot institucija medicine: jezne ženske, ki se med seboj povežejo in se organizirajo.

Nekako ob istem času so se razjezile ženske z Nove Zelandije. Profesor porodništva je v univerzitetni bolnišnici izvajal randomizirano raziskavo, da bi potrdil ali ovrgel predpostavko o učinkovitosti presejalnega testa za raka na materničnem vratu, PAP testa, ki se imenuje po zdravniku, ki ga je prvi opisal, gospodu Papanicolaou.¹⁹ V študiji je primerjal ženske s pozitivnimi rezultati PAP testa – skupino je razdelil na polovici, prva je bila deležna spremljave in zdravljenja, ženske v drugi skupini pa niso bile deležne nobenega zdravljenja. Sčasoma so ženske iz polovice brez zdravljenja začele umirati – a poizkus se je nadaljeval. O tem je izvedela raziskovalna novinarka in napisala prispevek. Ženske z Nove Zelandije so bile besne. Porodniška stroka v državi je izgubila precej verodostojnosti. Hkrati pa so si babice na Novi Zelandiji prizadevale za izboljšanje obporodne skrbi v državi in si prizadevale upreti izraziti medikalizaciji, ki je doletela porod v drugih državah. Ko so se ženske na Novi Zelandiji streznile in niso več kar tako verjele porodničarjem, so se številne med njimi za porodno pomoč obrnile k babicam. Tako so se zakonodajalci na Novi Zelandiji začeli bolj posvečati temu, kar ženske in babice hočejo. Ustvarili so nov sistem obporodne skrbi: sedaj

18 Osebna komunikacija z vodjo Nemškega babiškega združenja

19 V zgodnjih devetdesetih letih dvajsetega stoletja sem obiskal Novo Zelandijo in se pogovarjal s številnimi babicami, zdravniki in novinarji, ki so potrdili zgodbo o omenjeni randomizirani študiji in njenem vplivu na ženske in politike.

lahko vsaka nosečnica z nizkim tveganjem izbere svojo lastno babico ali družinskega zdravnika, ki skrbi zanjo v nosečnosti in med porodom, porodničarji pa skrbijo za ženske s povečanim tveganjem. Prav tako lahko ženske same izberejo, kje bodo rodile. Vsa obporodna skrb je del javnega zdravstvenega sistema Nove Zelandije in vsi zdravstveni strokovnjaki, ne glede na to, ali gre za zdravnika ali babico, ki skrbijo za ženske, prejmejo isto vsoto za skrb v nosečnosti in med porodom z nizkim tveganjem. Danes ima Nova Zelandija izjemno nizke stopnje nepotrebnih porodniških posegov, ene najnižjih na svetu, s stopnjo carskih rezov blizu desetim odstotkom. Hkrati ima nižjo perinatalno in maternalno umrljivost kot Slovenija.²⁰

Res je, ključni dogodek, ki vodi k spremembam v obporodni skrbi, je lahko od države do države drugačen, a kljub temu je mogoče videti skupne točke in jih strniti v nekaj splošnih ugotovitev. Prepričan sem, da so to učne ure o evolucijskem procesu, ki tistim, ki želijo uvesti spremembe v Sloveniji, ponujajo dobra izhodišča in strategije.

Prvič, videti je, kako morajo biti medikalizacija obporodne skrbi in izguba babiške ter ženske avtonomije ekstremni, da tako stanje sproži odziv. Takrat ko je ženska reproduktivna svoboda hudo ogrožena ali zlorabljena na ta ali oni način, se ženske in babice dovolj razjezijo, da se aktivirajo. Ni dvoma, da so v sodobni obporodni skrbi v Sloveniji določeni vidiki zelo medikalizirani – to kažejo med drugim stopnja sprožitve porodov in stopnja pospeševanja porodov z zdravili skupaj z napačnimi informacijami o koristih in tveganjih, povezanih z njimi; neprekinjena uporaba kardiotokografije med normalnim, nezapletenim porodom; položaj med porodom v prvi in drugi porodni dobi, torej ležanje na postelji; britje sramnih dlak ter klistir kot del priprave na porod, postopka, ki bi ju morali takoj izločiti iz sodobne porodne pomoči.

AVTONOMIJA ŽENSK, AVTONOMIJA BABIC

Pomemben vidik cikla globalne evolucije obporodne skrbi je povezava med avtonomijo žensk in avtonomijo babic. Preprosto rečeno, če ženske v posamezni državi nimajo pravice do lastnih porodnih odločitev, tudi babice ne bodo avtonomne; in če babice ne smejo samostojno

²⁰ Glejte www.who.int; tudi Betrán, A. P. in sod. (2007): Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. V: Paeditric and Perinatal Epidemiology, 21, 2, 98–113 (16).

delovati, je veliko težje doseči avtonomijo žensk. Ženske vedo, da sta njihova moč in svoboda tesno povezani s pravico odločanja o lastnem telesu, vključno z nadzorom nad reprodukcijo in porodom. In babice vedo, da nikoli ne bodo mogle doseči avtonomije, če jih pri tem v posamezni družbi ženske ne bodo popolnoma podpirale. Na ta način lahko razumemo, zakaj je kvaliteta obporodne skrbi v vsaki državi neposredno povezana s stopnjo avtonomije žensk in babic in zakaj pri razvrščanju posameznih držav v krog evolucije obporodne skrbi na shemi kot kazalnik uporabljamo prav avtonomijo.

S tem ko si ženske in babice prizadevajo priti navzgor po desni strani evlucijskega kroga porodnih praks in si skušajo ponovno zagotoviti avtonomijo, obporodna skrb postaja bolj žensko osrediščena, bolj humanizirana in bolj temelječa na znanstvenih podatkih. Države zahodne Evrope so odlični primer povezave med avtonomijo žensk in babic ter dobrih porodnih praks. V zahodni Evropi se stopnja enakosti in neodvisnosti žensk na splošno stopnjuje od juga proti severu – tako imajo ženske v državi, kot je na primer Danska, precej več pravic in večjo neodvisnost kot ženske v državi, kot je na primer Italija. Podobno stopnjevanje od juga proti severu je mogoče videti v veljavi in neodvisnosti babic, ki jima sledi kvaliteta obporodne skrbi. Na primer, stopnja prerezov presredka v skandinavskih državah je manj kot 10 %, v Italiji je nekje okoli 30 %, v Sloveniji pa se giblje nekje okoli 50 %.

V Sloveniji bodo tisti, ki so prepričani, da je porodništvo v njihovi državi med najboljšimi na svetu, presenečeni nad umestitvijo svoje države v cikel evolucije porodnih praks. Ženske v Sloveniji so dosegle izjemno stopnjo enakosti v družbi, a z dosežki na področju obporodne skrbi ne morejo biti zadovoljne. Zdi se, da so ženska gibanja v Sloveniji tej problematiki namenila premalo pozornosti. Rezultat tega je, da imajo porojevajoče ženske v Sloveniji omejene veljavne informacije, omejeno resnično možnost izbire, ki bi temeljila na jasnih in natančnih pojasnilih o tveganjih in prednostih posameznih postopkov in zdravil, deležne so visokih stopenj nepotrebnih in tveganih posegov, kot sta sproženje in pospeševanje poroda z zdravili, problematično stopnjo umrljivosti nosečnic in porojevajočih žensk in očitno pomanjkanje preglednosti, odgovornosti, nadzora in ustreznega upravljanja na področju porodnih praks – od tod umestitev Slovenije na evlucijskem krogu. Eden od poglobitnih razlogov, zakaj je porodništvo v Sloveniji ušlo izpod nadzora, je, da v Sloveniji ni dovolj čutiti aktivnosti velike in močne avtonomne babiške organizacije in tudi ne velikih in močnih združenj žensk,

osredotočenih na področje obporodne skrbi, ki bi oblikovale odpor in sooblikovale obporodno skrb, kot se je to zgodilo z obporodno skrbjo v nekaterih drugih industrializiranih državah.

Morda je še najobetavnejše, da vedno več in več žensk v ZDA in v evropskih državah, med njimi tudi v Sloveniji, začneja prepoznavati obporodno skrb kot eno od ključnih ženskih tematik. Pomembno je poudariti, da gre pri tem za temeljno pravico, da imajo ženske nadzor nad tem, kaj se dogaja z njihovimi telesi, in da imajo dostop do najboljših možnih izbir. Veliko prizadevanj je bilo potrebnih, da so ženske končno dobile pravico in možnost, da se zaščitijo pred nezaželeno nosečnostjo ali da takšno nosečnost prekinajo. Prav tako pa bo potrebnih veliko prizadevanj, da bodo ženske končno dobile nadzor nad tem, kaj se dogaja z njimi v času zaželenosti in poroda, kajti to področje do danes ni bilo deležno dovolj pozornosti tistih, ki si prizadevajo za uresničitev pravic žensk. Na srečo ženske skupine vse bolj prepoznavajo ključne vidike in tematike, povezane z obporodno skrbjo, med drugim potrebo po zagotavljanju večje preglednosti obstoječega sistema skupaj z analizo njegovega delovanja, zagotavljanjem odgovornosti izvajalcev obporodne skrbi in uveljavitvijo žensko osrediščene skrbi.

Z vstopom Slovenije v Evropsko unijo se dramatično spreminja vloga babic. V vse več zahodnoevropskih državah babice zagotavljajo skrb med nosečnostjo, v 80 do 90 % pomagajo ženskam pri porodih, kjer je tveganje nizko, večina žensk med nosečnostjo in porodom ne sreča zdravnika. To se mora zgoditi tudi v Sloveniji. Nemčija, Nizozemska, Velika Britanija in skandinavske države so bližnje ali daljne slovenske sosede – te države lahko služijo kot pomembni modeli in primeri dobrih praks. V Sloveniji je na področju obporodnih storitev treba veliko izboljšati. Boj za spremembo sistema obporodne skrbi bo težak, vendar se cilj lahko uresniči, če bodo babice, ženske skupine, napredni zdravniki in strokovnjaki javnega zdravja, osveščeni novinarji in politiki ter vsi drugi, ki podpirajo kvalitetno obporodno skrb, združili moči. To se je zgodilo v številnih državah, to se dogaja danes v državah vzhodne Evrope in to se lahko zgodi v Sloveniji.

V ZDA, na primer, prihaja trenutek, ko gibanje za demedikalizacijo in humanizacijo poroda postaja močno in prepoznavno. *Zveza za izboljšanje obporodne skrbi*²¹ je prevzela pobudo na tem področju, v njej

21 *The Coalition for Improving Maternity Services* (CIMS), za več informacij glejte www.motherfriendly.org.

sodeluje več kot petdeset organizacij in več kot devetdeset tisoč posameznih članic in članov. Njihovo poslanstvo je »promocija dobrodejnega modela obporodne skrbi, ki bo izboljšal rezultate poroda«. Vodila, ki predstavljajo bistvo tega modela, so: normalnost, kar pomeni, da je treba porod razumeti kot naraven, zdrav proces; krepitev ženske, kar pomeni, da je treba porojevaljoči ženski in njeni družini zagotoviti skrb, ki podpira, je občutljiva in spoštljiva; avtonomija, kar pomeni, da je treba zagotoviti pogoje, ki bodo ženski omogočili odločanje na podlagi natančnih in sodobnih informacij, in zagotoviti dostop do različnih oblik skrbi; dosledno upoštevanje pravila »predvsem, ne škodujte«, kar pomeni, da se je treba izogibati rutinski uporabi testov, postopkov, zdravil in omejitev; odgovornost, kar pomeni, da mora obporodna skrb temeljiti na znanstveno preverjenih podatkih, izvajati jo je mogoče zgolj v najboljšem interesu žensk in otrok.²²

Težko bi tem enostavnim, a temeljnim vodilom kaj očitali, pa vendar so v velikem nasprotju z realnostjo, s katero se v sodobnem svetu vsako leto sooči na tisoče žensk. Če bi se vodila *Zveze za izboljšanje obporodne skrbi* uresničila v praksi, bi ženske in njihove družine svobodno izbirale načine poroda. Ključno vprašanje sodobnega poroda je, kdo je tisti, ki nadzoruje porodni dogodek – če dosledno upoštevamo pravice žensk, bi morala biti porodnica tista, ki je v središču porodnega dogodka, ona naj ga nadzira in ona naj odloča. Trenutni sistem obporodne skrbi v Sloveniji je v pretežni meri oblikovan tako, da porodnice ne podpira, temveč jo nadzoruje in odloča namesto nje. Zdravniki, bolnišnice, kardiotokografi in zdravila ne rojevajo otrok – le ženska v sodelovanju z otrokom je tista, ki lahko rodi. Da pa bi lahko rodila, mora ženska široko odpreti svoje telo; to izjemno kulturno in fiziološko dejanje zahteva od posameznice, da se sooči s tem, kar je in kar zmore, da uporabi vse vire moči, ki jih ima. To osnovno dejstvo bi morali upoštevati vsi strokovnjaki v obporodni skrbi in svoje delovanje oblikovati tako, da bi bili ženski pri porodu v resnično pomoč in podporo.

prevedla Zalka Drglin

22 Ibid.

VIRI PODATKOV O PRAKSAH

- Markelc Nered, M. in Mihevc Ponikvar, B. (2005): Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije. Primerjava podatkov med regijami za leto 2004. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2005.
- IVZ 17, Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije 2004.
- Zbirka podatkov, zbranih z vprašalnikom »Rojstvo v Sloveniji 2005«, raziskava »Porodnišnice za današnji čas. Razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osrediščena perspektiva«, neobjavljeno.
- Zdravstveni statistični letopis 2003, Slovenija. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

LITERATURA

- Betrán, A. P., Meriardi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., Wagner, M. (2007):** Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. V: *Paeditric and Perinatal Epidemiology*, 21, 2, 98–113(16).
- Enkin, M. et al. (2000):** *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1985):** *Having a Baby in Europe*. Copenhagen: World Health Organization.
- Hartmann, K. et. al. (2005):** Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review. V: *Journal of the American Medical Association*, 293, 2141–48.
- Johnson, K., Daviss, B. A. (2005):** Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. V: *British Medical Journal*, 330, 7505, 1416.
- Wagner, M. (2006):** *Born in USA. How a Broken Maternity System must be Fixed to Put Women and Children First*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.