

Porod i ritual - prema razumijevanju i humanizaciji tehnokratskog modela rađanja

Ražov, Blanka

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:881861>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-01**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za etnologiju i antropologiju

Diplomski sveučilišni studij etnologije i antropologije (dvopredmetni)

Blanka Ražov

**Porod i ritual – prema razumijevanju i humanizaciji
tehnokratskog modela rađanja**

Diplomski rad

Zadar, 2021.

Sveučilište u Zadru

Odjel za etnologiju i antropologiju

Diplomski sveučilišni studij etnologije i antropologije (dvopredmetni)

Porod i ritual – prema razumijevanju i humanizaciji tehnokratskog modela rađanja

Diplomski rad

Student/ica:

Blanka Ražov

Mentor/ica:

doc. dr. sc. Suzana Marjanić

Komentor/ica:

doc. dr. sc. Danijela Birt Katić

Zadar, 2021.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Blanka Ražov**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Porod i ritual – prema razumijevanju i humanizaciji tehnokratskog modela rađanja** rezultat mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mogega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mogega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 22. ožujka 2021.

Sadržaj

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 4 |
| 2. STVARANJE TEHNOKRATKSE PARADIGME I MODERNIZACIJA PORODA | 7 |
| 2.1. Modernizacija poroda u Hrvatskoj | 9 |
| 3. TRI PARADIGME PORODA: OD TEHNOKRACIJE DO HOLIZMA | 13 |
| 3.1. Tehnokratski model | 13 |
| 3.2. Humanistički model..... | 15 |
| 3.3. Holistički model | 17 |
| 4. FIZIOLOGIJA PORODA I MEDICINA TEMELJENA NA DOKAZIMA | 20 |
| 5. RITUALNA PRIRODA TEHNOKRATSKOG PORODA | 24 |
| 5.1. Tehnokracija: Središnja mitologija naše kulture | 27 |
| 5.3. Opstetrički rituali kao odgovor na kulturne anomalije..... | 28 |
| 6. ZAKLJUČAK | 34 |
| BIBLIOGRAFIJA | 36 |
| LINKOVI..... | 39 |
| KAZIVAČICE..... | 39 |

SAŽETAK

Porod i ritual – prema razumijevanju i humanizaciji tehnokratskog modela rađanja
Ovaj se rad bavi antropološkom analizom medikaliziranog načina vođenja poroda. Njegov teorijski okvir čine tri modela medicinske skrbi, tehnokratski, humanistički i holistički, koji u skladu s različitim pogledima na ljudsko tijelo nude i različite metode liječenja, odnosno vođenja poroda. Osim toga, teorija rituala daje objašnjenje pretjeranom korištenju standardnih opstetričkih procedura u tehnokratskom modelu, dok informacije o prirodnoj fiziologiji poroda upućuju na razloge za korištenje njemu alternativnih modela. Pokazuje se da, umjesto da služe potpomaganju prirodne fiziologije poroda, standardne opstetričke procedure predstavljaju ritualno korištenje tehnologije nad prirodnim procesom, čija je svrha potvrđivanje vrijednosnog sustava društva u kojem se nalazimo, okosnica kojeg je upravo čovjekova mogućnost manipulacije prirodom. Istraživački dio rada, koji uključuje razgovore s četirima kazivačicama, pokazao je zatvorenost hrvatskog porodništva za prodiranje novih paradigmi, dok se glavnim akterom kritiziranja njegove rigidnosti pokazala nevladina udruga Roditelji u akciji (RODA).

Ključne riječi: tehnokratski model poroda, humanizacija, standardne opstetričke procedure, ritual, Robbie Davis-Floyd

ABSTRACT

Birth and ritual: understanding and humanizing the technocratic model of birth

This paper offers an anthropological analysis of medicalized management of labor and birth. Its theoretical frame is based upon three models of medical care - technocratic, humanistic and holistic - which differ in their view of human body, and thus in the medical care they provide. Furthermore, the theory of ritual provides an explanation to the overuse of standard obstetrical procedures within the technocratic model, whilst the knowledge of birth's natural physiology points to the reasons for implementing one of its alternative models. As it shows, instead of supporting natural physiology of birth, standard obstetrical procedures are being used to ritually perform the technological interventions to alter the natural process, with purpose of confirming the fundamental values of our society, organized around man's manipulation with nature. The research conducted for this paper, which includes the conversation with four women, has shown the croatian obstetric system to be inherently closed for the possibility of penetration of new paradigms, while the main actor in criticizing its rigidity seems to be the non-governmental organization *Parents in action*.

Key words: technocratic model of birth, humanization, standard obstetrical procedures, ritual, Robbie Davis-Floyd

1. UVOD

Mišljenje da je bolnica mjesto u kojem bi se trebao odvijati porod u posljednjih je sedamdeset godina postalo dominantnim, kako kod žena koje rađaju i njihovih obitelji, tako i kod medicinskih i državnih institucija. Uvjerenje da bi trudnoća i porod trebali biti pod medicinskim i legalnim nadzorom toliko se ukorijenilo da je postalo neprihvatljivim da pojedinac/ka sam/a o njima odlučuje, do te mjere da bilo kakav pokušaj demedikalizacije trudnoće i poroda na neki način predstavlja prijetnju društvenom redu (usp. Pahor 1999, prema Prosen i Tavčar Kranjc, 2013: 256).

U ovom ću radu ispitati pretpostavku da je suvremeno vođenje poroda uvijek temeljeno na dokazima i da je znanost koja stoji iza medicinskih procedura nepristrana. Alat koji reproduktivna antropologija koristi kako bi ukazala na kulturološko oblikovanje medicinskih praksi koje okružuju porod su transkulturne analize: one otkrivaju da pretpostavljena neutralnost medikaliziranog porodništva, koja bi značila da su bolnički porodi na svakom dijelu svijeta slični jer su dizajnirani da slijede prirodnu fiziologiju poroda, zapravo ne postoji.

I premda je kultura tehnokratskog porodništva postala globalnim fenomenom, često vidimo potpuno oprečne prakse na različitim dijelovima svijeta, koje, kako ćemo u nastavku obrazložiti, otkrivaju duboke temeljne vrijednosti svojih društava i zajednica. Naime, kultura i njoj pripadajuće vrijednosti i uvjerenja presudni su faktor za oblikovanje porođajnih praksi, a ne vrijednosno neutralni znanstveni sustav koji transcendirira kulturu i uvjerenja (usp. Cheyney i Davis-Floyd 2019: 6).

Porodništvo se razlikuje od drugih grana medicine utoliko što je „organizacija i provedba maternalne skrbi snažno nabijena mješavina medicinske znanosti, kulturnih ideja i strukturalnih sila“ (De Vries et al. 2001: xii). To se da naslutiti u sljedećoj anegdoti. Renomirani nizozemski ginekolog i porodničar, profesor Gerrit-Jan Kloosterman pozvan je u London da održi predavanje na međunarodnom simpoziju ginekologa i opstetričara. Dok je iznosio analizu nizozemskog sustava koja je ukazivala da kontinuirano korištenje asistiranog kućnog poroda s primaljom ne predstavlja opasnost za majku i dijete, dogodilo se nešto neuobičajeno. Nekoliko je osoba u publici naglo ustalo i protestno napustilo prostoriju, pokazujući svoje nezadovoljstvo glasnim negodovanjem.

Zašto se ovakvi protesti ne događaju u drugim specijalizacijama? Teško da bi se ikada dogodilo da su liječnici protestno napustili prostoriju usred predavanja o kardiologiji, sve i da su sumnjičavi prema iznesenim podacima. Protokol u medicinskoj znanosti nalaže da se

neslaganja oko podataka ne rješavaju protestiranjem već da se dovode u pitanje njihova metodologija ili tehnika analize (usp. De Vries et al. 2001: xi).

Ovaj će rad ponuditi antropološku analizu standardnih opstetičkih procedura kao sekularnih rituala našeg vremena. Naime, ispod upornog inzistiranja na mehanicističkoj prirodi poroda koji se može pratiti i voditi pomoću definiranih faza s prosječnim trajanjem i ishodima krije se „istina o prirodnoj nepredvidivosti i nespoznatljivosti poroda“ (Davis-Floyd 1990:181). Tijekom čitave povijesti i u svim kulturama, čovjek je koristio ritual kako bi se lakše suočio sa strahom od nepredvidivih sila prirode. Međutim, standardne opstetričke procedure, osim što medicinskom osoblju služe da bi se lakše suočilo sa strahom od vlastite nemoći pred prirodnim procesom rađanja, nose, baš poput svakog drugog rituala, i funkciju reflektiranja temeljnih vrijednosti svoje kulture, u našem slučaju to je ekstremno visoko vrednovanje tehnologije. Ovakvo bi tumačenje dalo odgovor na pitanje zašto se stopa kirurškog dovršavanja poroda iz godine u godinu povećava, te zašto, zajedno sa razvojem sve naprednije tehnologije, medicinska struka počinje smatrati prirodni tijek poroda sve rizičnijim.

Razumijevanje utjecaja koji način definiranja tijela ima na pristup liječenju i, u našem slučaju, na vođenje poroda, omogućit će poglavlje o tri različita modela medicinske skrbi, tehnokratskom, humanističkom i holističkom. Princip separacije tijela i uma, kao i metafora tijela kao stroja glavna su premisa danas dominantnog tehnokratskog modela kojemu su kontrastirana dva alternativna modela; holistički model koji počiva na ideji jedinstva tijela, uma i duha, definirajući tijelo kao energetsko polje koje je u stalnoj interakciji s drugim energetskim poljima, te humanistički model, svojevrsan srednji put, koji se odmiče od tehnokratskog imperativa korištenja tehnologije, poštujući povezanost tijela i uma, iznova mijenjajući metaforu tijela kao stroja u onu tijela kao organizma. Za kontekstualizaciju problema istraživanja značajno je i poglavlje o prirodnoj fiziologiji poroda i medicini temeljenoj na dokazima.

Istraživački dio rada čine razgovori s četirima kazivačicama (od kojih je jedna *doula*), internetski intervju s hrvatskim ginekologom dr. Žarkom Alfirevićem, predstojnikom Klinike za ginekologiju i porodništvo u Liverpoolu koji s 25 godina iskustva rada u Velikoj Britaniji nudi jedinstveni uvid u razlike u funkcioniranju hrvatskog i britanskog opstetričkog sustava. Stav hrvatskih medicinskih stručnjaka potražila sam u glasilu Hrvatskog društva za ginekologiju i opstetriciju i Hrvatskog društva za perinatalnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora, *Gynaecologia et Perinatologia*, dok su stavovi nadležnih institucija vidljivi u izvješću Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, kao i u presudi Europskog suda za ljudska prava u slučaju

koji se bavi uskraćenjem slobode biranja mjesta poroda (POJATINA protiv HRVATSKE). Glavnom akterom kritiziranja rigidnosti hrvatskog porođništva pokazala se nevladina udruga Roditelji u akciji (RODA) koja svojim upitnicima provedenim na velikom broju ispitanica nudi konkretne dokaze o disfunkcionalnosti sustava i nasilju na porodu.

Naposljetku bih ponovila pitanja koja je Davis-Floyd¹ postavila 2003. godine u predgovoru drugom izdanju svog djela koje je obilježilo razvoj antropologije poroda ranih devedesetih, *Birth as an American Rite of Passage*:

Zašto se standardne opstetričke procedure još uvijek koriste kada su znanstveni dokazi da čine više štete nego koristi toliko brojni? Tisuće majki, aktivista/ica i medicinskih radnika/ica prepoznaju iracionalnost tehnomedicinskog vođenja poroda, štetu koju nanosi majkama i djeci, i milijune koji se nepotrebno troše na održavanje ovog sustava. Oni su već dugo frustrirani nemogućnošću, ne samo da promijene situaciju, već i da je uopće objasne. Zašto su porodi tolikog broja žena inducirani ili ubrzavani umjetnim putem kada se pokazalo da ove prakse uzrokuju nepotrebne komplikacije? Zašto CTG (kardiotokografija) ima toliko široku i rutinsku primjenu kada znanstveni dokazi pokazuju da to u najmanju ruku udvostručuje stopu carskog reza, a ne poboljšava ishod poroda? I zašto većina žena još mora rađati u ležećem položaju kada tri desetljeća nagomilavanja dokaza upućuju da je uspravni položaj pri porodu fiziološki daleko učinkovitiji? (Davis-Floyd 1992/2003)

¹ Robbie Davis-Floyd američka je kulturna i medicinska antropologinja s najznačajnijim doprinosom na polju reproduktivne antropologije. U svojoj knjizi *Birth as an American Rite of Passage* definira "tehnokraciju" kao društvo organizirano oko ekstremno visokog vrednovanja tehnologije i globalnog protoka informacija. Njeni glavni doprinosi teoriji uključuju analizu standardnih opstetričkih procedura kao rituala koji prenose temeljne vrijednosti tehnokracije, kao i jasno definiranje triju modela medicinske skrbi: tehnokratskog, humanističkog i holističkog. Na našim su se prostorima pitanjima reproduktivne antropologije bavile Jagoda Vondračak Mesar, Željka Jelavić, Zorica Vitez, kao i autori/ce izložbe *Narodna medicina* u etnografskom muzeju u Zagrebu.

2. STVARANJE TEHNOKRATKSE PARADIGME I MODERNIZACIJA PORODA

„Ali zašto je uopće potrebna bolnica?“, pitala je mlada žena svog prijatelja opstetričara. „Zašto ne bismo rađale kod kuće?“ „A što bi napravila kad bi ti se automobil pokvario na sred ceste?“, doktor je odgovorio protupitanjem. „Pokušala bih ga popraviti“, rekla je moderna vozačica. „A ako ne bi uspjela?“ „Odvukla bih ga u najbližeg automehaničara.“ „Upravo tako. Na mjesto gdje su izučeni mehaničari i sav potreban alat“, složio se doktor. „Jednako je i s bolnicom. Ja najbolje mogu obaviti posao – a u medicini se uvijek mora raditi najbolji mogući posao – na mjestu na kojem imam odgovarajuće sadržaje i izučenu ispomoć, a ne u nekom skučenom stančiću ili u kući. Ako nešto pođe po zlu, imam sve moguće alate za rješavanje hitnog slučaja.“ (*Century Illustrated Magazine*, veljača 1926., prema Davis-Floyd 2004.)

Metafora žene kao pokvarenog automobila, u ovom primjeru zabilježena prije stotinu godina, još uvijek je način razmišljanja koji pokreće modernu opstetriciju, kako u Hrvatskoj, tako i globalno. Od vremena kada je ovaj citat napisan mehanicistički pristup porodništvu dodatno se intenzivirao razvojem tehnologije, dajući mu tako dodatnu razinu vjerodostojnosti u društvu koje živi ono što Davis-Floyd naziva „mitom tehnološke transcendencije“, koji u svojoj esenciji nosi obećanje da ćemo jednog dana kroz tehnologiju nadići sva ograničenja prirode. Razlozi za ignoriranje mora znanstvenih dokaza o štetnosti modernog načina vođenja poroda su brojni, ali većinski počivaju na činjenici da standardne opstetričke procedure ne služe potpomaganju prirodne fiziologije poroda već predstavljaju upravo ritualno korištenje tehnologije nad prirodnim procesom, čija je svrha da svi koji su uključeni opetovano potvrđuju vrijednosni sustav društva u kojem se nalazimo, okosnica kojeg je upravo čovjekova mogućnost manipulacije prirodom.

Socijalizacija poroda fenomen je koji se razvio prije otprilike deset tisuća godina, zajedno s neolitičkom revolucijom i prijelazom iz kulture lovaca i sakupljača u život u trajnim naseljima. Dovoljno je dokaza koji upućuju da su se prije te velike prekretnice u povijesti čovječanstva žene izolirale za vrijeme poroda, odnosno da perinatalni rituali nisu postojali (usp. Odent, 2016: 19).

Od tog se vremena porod, u svim kulturama tretiran kao krizni događaj, postepeno sve više socijalizirao i postajao sve više kontroliran od strane društvene okoline. Medicinska antropologinja i pionirka antropologije poroda Brigitte Jordan tvrdi da, ako uzmemo u obzir etnografske zapise, dolazimo do zaključka da ne postoji kultura u kojoj se prema porodu odnosi isključivo kao prema fiziološkoj funkciji. Upravo suprotno, porod je posvuda obilježen i oblikovan od strane društva. Osim toga, tvrdi i kako, bez obzira o kojem se sustavu rađanja

radilo, njegovi ga dionici smatraju upravo najboljim i jedinim načinom donošenja djeteta na svijet. Iz ovih razloga, prakse vezane za porod uvijek su upakirane u relativno uniformiranu, sistematičnu, standardiziranu, ritualiziranu, pa čak i moralno obveznu rutinu (usp. Jordan 1978/1993: 4).

Uvjet za nastanak tehnokratskog modela poroda stvoren je u sedamnaestom stoljeću, kada Descartes definira konceptualnu razdvojenost tijela i uma, znanu kao kartezijanski dualizam, iz kojeg proizlazi metafora „tijela kao stroja“. Naime, percepcija prirode se mijenja, ona više nije viđena kao „organizam“, već kao „stroj“. Ideja je to koja podrazumijeva da čovjekova kulturna i duhovna esencija, njegov um i njegov duh, mogu ostati netaknutima dok se tijelo, kao puki dio mehaničke prirode čovjeka, rastavlja, proučava i popravlja (usp. Davis-Floyd 2001: 2). Ova promjena metafore temelji se na postavci da su ljudsko tijelo i priroda sačinjeni od razmjenjivih atomiziranih dijelova koji se mogu popraviti ili zamijeniti djelovanjem izvana. I kako ekofeministkinja Carolyn Merchant navodi u svom djelu „The Death of Nature“ (1978/1989):

Temeljni društveni i intelektualni problem sedamnaestog stoljeća bio je problem reda. (...) Nova mehanicistička filozofija sredine sedamnaestog stoljeća postigla je reunifikaciju kozmosa, društva i sebstva u okviru nove paradigme – stroja. (...) Uklanjanje animističkih, organskih pretpostavki o kozmosu značilo je smrt prirode – najdalekosežniju posljedicu Znanstvene revolucije. Budući da je priroda sada bila viđena kao sustav mrtvih, nepokretnih čestica, pokretanih od strane vanjskih, prije nego unutarnjih sila, mehanicistički okvir postao je opravdanje za manipulaciju prirodom (Merchant 1989: 192, 193).

Zajedno s rastućim prihvaćanjem poroda kao mehaničkog tjelesnog procesa, na njega se počinje gledati i kao na intrinzično nepouzdan proces, a metafora ženskog tijela kao manjkavog stroja oblikuje filozofske temelje modernog porođništva. Sociologinja Barbara Katz Rothman ukazala je na problematiku metaforizacije ženskog tijela kao defektne mašine i radne premise da će porod biti „bolji“ ako se ova defektna mašina za rađanje prikopča na drugu, savršeniju dijagnostičku mašinu (usp. Davis-Floyd i Davis 1996: 238).

I premda je metafora tijela kao stroja inherentno mogla i biti egalitaristička, društvo u kojoj je nastala sačinjavale su nacije Zapada u jeku industrijalizacije, orijentirane na muškarce i patrijarhalne u svojoj srži. Tako se muško tijelo, medicinski gledano, prometnulo u prototip potpuno funkcionalnog tijela-mašine. Žensko je tijelo, sa svojim devijacijama od muškoga, bilo promatrano kao inherentno manjkavo i pod opasnim utjecajem prirode te je „zbog svoje nepredvidivosti bilo u konstantnoj potrebi za manipulacijama od strane muškarca“ (Merchant 1983., prema Davis-Floyd 2001: 2).

Osim toga, kako je tvornička proizvodnja postala temeljnom organizacijskom metaforom socijalnog života, zavladao je i porodom: bolnica nalikuje na tvornicu, tijelo majke tretira se kao stroj, a beba kao produkt industrijskog procesa proizvodnje. Opstetricija je tako postala grana medicine koja zahtijeva razvoj alata i tehnologija za manipulaciju i unaprijeđenje intrinzično manjkavog procesa poroda, kao i da porod zadovolji standarde modela tvorničke proizvodnje – pokretne trake (usp. Davis-Floyd 2001: 2). Odent tako koristi termin „industrijalizirani porod“, kako bi skrenuo pozornost na pojačano korištenje tehnologije pri porodu, dok Walsh govori o „porodu na pokretnoj traci“ i „fordizmu“. Premda su značenja ovih termina bliska, Odent govori o manipulaciji ekologije poroda u industrijaliziranom dobu, dok Walsh opisuje gotovo tvorničke uvjete maternalne skrbi u kojima su porodi rutinizirani, standardizirani i, jednom rječju, vođeni (usp. Katz Rothman, 2007).

I konačno, valja obratiti pozornost i na koncept moći u razvoju modernog porodništva. Tijekom godina, opstetricija je razvijala i koristila sve moćnije tehnologije koje su posljedično povećavale moć ginekologa nad ženama koje rađaju, kao i nad ostalim medicinskim osobljem. Ultrazvuk je nastao iz konceptualizacije fetusa kao odvojenog pacijenta zarobljenog unutar žene: ta je tehnologija ovu viziju učinila stvarnom, pokazujući nam izolirani fetus. Žena je s te slike izbrisana, a sve je više brišemo i iz našeg uma. „Lisa M. Mitchell (2001.) ukazala je da je ženama teško zadržati svoju mogućnost djelovanja, svoju moć i kontrolu, dok im se prezentira slika fetusa kao gotovo vanjskog bića koji zahtijeva pozornost i brigu, kako od strane njih tako i od strane doktora“ (Katz Rothman 2007).

2.1. Modernizacija poroda u Hrvatskoj

Kada su u pitanju prilike koje okružuju porod u Hrvatskoj, pogled unatrag daje etnologinja Zorica Vitez u monografiji *Etnografija. Svagdan i blagdan hrvatskoga puka* gdje donosi informacije o načinima rađanja koji su prethodili današnjim praksama:

„Žene su rađale stojeći, klečeći, čučajući, sjedeći između dvaju stolaca ili ležeći, većinom uz pomoć tome vješte starije suseljanke (babe, babice) ali i same; između trudova su hodale, pomagale trudovima puhanjem u nešto (boca, zavoj) i povlačenjem nečega (npr. konopa ili lanca stojeći uz ognjište), pile vruće napitke i stavljale vruće obloge“ (Čapo Žmegač et al. 1999:151).

I na našim se prostorima u prvim desetljećima dvadesetog stoljeća porod polako počeo premještati u rodilišta, kada specijalisti iz ginekologije i opstetricije od primalja preuzimaju skrb za trudnice. Taj fenomen prati i migracija stanovništva iz ruralnih u urbana područja, koja

je svoj uzlet doživjela u drugoj polovici stoljeća. Kućno primaljstvo, odnosno porod u kući rodilje praktički nestaje 1959. godine na temelju odluke tadašnjega Ministarstva zdravstva (usp. Dražančić 2008: 193). I jedna od kazivačica je tijekom svog života iskusila ovu postupnu promjenu sustava. Svoje je prvo dijete rodila 1962. u malom selu iza Omiša, u vrijeme prvih stadija institucionalizacije. Premda nije rodila kod kuće, za nadgledanje njenog poroda još uvijek je bila odgovorna primalja. Kako navodi:

„Išla sam rodit u Zadvarje. Doktor opće prakse je tu živio, na katu. Primila me babica i ona me porodila... Doktora nisam ni vidila. Njega bi ona zvala da je nešto tribalo“ (Jelena).

I kazivačica Jelena se u međuvremenu preselila u Split, pa je drugo dijete rodila u rodilištu, početkom sedamdesetih, uz nadzor ginekologa.

Stavove medicinskih autoriteta o današnjem stanju opstetricije u Hrvatskoj pokušala sam dobiti proučavanjem hrvatskog udžbenika o porodništvu, kao i čitanjem stručnog glasila ginekologa i opstetričara i godišnjih izvješća Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo o porodima. Tome sam kontrastirala informacije dobivene od marginalnih skupina sustava: jedne od kazivačica, *doule* Ivane i izvješćima nevladine udruge Roditelji u akciji (RODA).

U prvom hrvatskom porodničkom udžbeniku objavljenom sredinom devedesetih godina, glavni urednik Ante Dražančić opisuje sve beneficije činjenice da se „primitivno primaljstvo“ razvilo u moderno porodništvo (Dražančić et al. 1994). Međutim, dvadeset godina kasnije isti autor navodi kako i on nazire da se ginekologija opet kreće u smjeru primaljstva: u uvodu stručnog časopisa, *Gynaecologia et perinatologia* iz 2008. godine, naslovljenog „Kamo kreće hrvatska perinatologija“, daje naslutiti da je povratak primaljskom modelu poroda revolucija koja se sprema poharati porodništvom. Riječ je, prema autoru, o trima revolucijama u perinatologiji. Prva je bila „preuzimanje antenatalne i perinatalne skrbi za trudnice od primalja na specijalista ginekologa-opstetričara prvih desetljeća 20. stoljeća“. Drugu je revoluciju označio „značajan razvoj perinatalne tehnologije i dijagnostike od 1970-ih godina“. U trećoj bi, pak, revoluciji „antenatalnu i postnatalnu skrb preuzele primalje, a specijalisti iz materno-fetalne medicine i neonatologije skrbili samo za visoko rizične trudnoće i bolesnu novorođenčad“ (Dražančić 2008: 193).

Sličnu viziju treće revolucije ima i *doula* Ivana, koja u svom promišljanju prepoznaje jednak fenomen:

„(...) nitko ne osporava da je medicina zaista uznapredovala i kad postoje problemi mi doktorima dajemo ruku i kažemo hvala što ste tu. Ali s ovim

(neosnovanim korištenjem intervencija na normalnim trudnoćama) oni sebi rejting smanjuju. Oni bi trebali pustiti ono što nije njihov posao i držati se onoga što je. Nitko ne kaže da se rodilišta trebaju zatvoriti da žene tamo više ne idu. Žene i dalje trebaju imati pravo izbora i mogućnost transfera u rodilište. Ali doktor bi se trebao baviti problemima i u njima napredovati do najviših razina da stvarno i spašava živote... Nemojmo gubiti energiju, resurse, ljude na nešto što ženi smeta i ne pomaže joj. Mi bi ih tada još više cijenovali, jer bi znali da su oni tu s razlogom i kad smo došli u njihove ruke da se nemamo šta više ispitivati jer je naše trenutno stanje takvo da nam je potrebna njihova pomoć. Ali kad nam nije potrebna pomoć, mi trebamo imati mogućnost roditi bilo gdje jer je to prirodan proces.“

Ipak, doktor Dražančić pred ovom, naizgled neizbježnom revolucijom izražava bojazan, te tvrdi kako će ona dovesti do ponovnog porasta mortaliteta, koji je moderna opstetricija uspješno svela na minimum:

„Nova ideja o primaljstvu 21. stoljeća neće nas vratiti u radoblje od prije 100 godina, s perinatalnim mortalitetom od oko 120‰ ili maternalnim mortalitetom od oko 1‰ (100/100.000). Društveno-gospodarski uvjeti, ekonomski status, obrazovanje žena, stambene prilike, prometne veze, opća zdravstvena zaštita itd. su se bitno promijenili. Ipak, mislim, pogoršati će se perinatalna zaštita i povećati će se perinatalni mortalitet“ (Dražančić 2008: 193).

Premda je jedini razlog zašto bi se ovakva revolucija mogla dogoditi nagomilavanje velike količine znanstvenih evaluacija neadekvatnosti trenutnog modela, kod autoriteta koji u sistemu djeluju vidljiv je otpor prema promjeni, opravdavan strahom od smrti.

Na sličan se način tumači porast stope carskoga reza, gdje institucije propuštaju uvidjeti (ili priznati) vlastitu odgovornost već se od negativnog trenda rasta carskih rezova pokušavaju ograditi neosnovano upirući prstom u žene. Prenosim izvješće Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2018. godinu:

„inače **problem porasta broja carskih rezova povezuje se s tumačenjem prava pacijenata na slobodan izbor, odnosno utjecajem volje roditelja na odluku o načinu dovršenja poroda** čak i onda kad operativan način dovršenja poroda nije stručno opravdan, ali i povećanim oprezom struke vezano uz sve češće tužbe za eventualnu stručnu grešku u trudnoći s komplikacijama u trudnoći i/ili porodu i nepovoljnim perinatalnim ishodom. Ipak, primjena carskog reza isključivo prema stručnim smjernicama i „vraćanje“ prirodnom spontanom porodu, ukoliko drugačiji postupak nije neophodan, predstavlja pozitivan pomak nakon višegodišnjeg trenda porasta dovršenja poroda operativnim putem.“

Vidljivo je da se ženina odluka na carski rez navodi kao prvi razlog, da bi se dodalo da možda i struka ima nešto s tim brojem, ali prvenstveno zbog straha od potencijalnih tužbi za nepovoljni perinatalni ishod (opet od strane tih istih žena).

S RODA-ine stranice mogu se dobiti sljedeće informacije:

„Carski rez na zahtjev je moguć u jedinom privatnom rodilištu u Hrvatskoj (gdje je stopa carskih rezova u 2012. godini bila 76%), no mali broj poroda u tom rodilištu nije dostatan da se znatno odrazi na državni prosjek. U anketi koju je provela udruga Roda u ožujku 2015., a koja je obuhvatila 4000 žena koje su rodile u zadnje dvije godine, samo 3,4% ispitanica je odgovorilo da su rodile planiranim carskim rezom. Dakle, udio carskih rezova na zahtjev je iznimno malen.“

I kazivačica Martina potvrđuje ono što je zaključila RODA u ispitivanju 4000 žena:

„Došla sam iz Komiže na pregled u Split i onda sam bila prenijela termin tjedan dana. I oni mene nekako zadržase. I kažu ideš na jedan duži EKG. I idu mi brijat drob. Ja kažem makni se pusti me (...) I onda je ona rekla doktore, ova se ne da. On meni govori ti moraš na carski, dijete ti je na zadak. A ja pitam kakav hitan carski. Voda se nije zamutila, ništa nije pošlo krivo, nemam zašto ić na carski. Možda i može zadak bit indikacija za carski, ali ne za hitan. Zašto bi se ja sad igrala boga, a nisu mi ni trudovi krenili. Ja sam se obranila potpisujući onaj papir ali su me ostavili u bolnici da moram ležat, ne znam zašto. Tamo sam dočekala početak poroda i odma sam se pripala da će me uštekat. Odnili su me u predrađaonu i rekli su da neću još rodit. Oni su u svojoj sobi jeli kokice dok sam ja disala i klečala. Jedan liječnik mi je stalno dolazio i pitao da idem na hitan carski. I pritom nosi papir da potpišem da je on lišen odgovornosti. Dolazia je pet, šest puta. I on je mene ganja s tim papirom, a ja sam mu rekla molim vas pustite me na miru. (...) Ja sam rodila jako brzo, u roku od pola sata. Odma su mi trudovi bili svako dvi minute. Koristila sam taj jogijski dijamant položaj u predrađaonici. Klečiš na koljenima, pete ti automatski šire ovaj dio di trebaš rodit i stiskaš se kao tuba s rebrima pritiskajući tako da dijete što lakše izađe i samo dišeš. (...)Malo tko bi imao snage borit se s ovim. Druga žena koja se isto s ovim suočila je uzela krunicu i išla tamo vamo i napravila sve što su joj rekli. Ali ja na to nisam tila pristat jer je to silovanje prirode. Zašto bi zdravu osobu operirao bez neke životne opasnosti? To je ludo i opasno.“

3. TRI PARADIGME PORODA: OD TEHNOKRACIJE DO HOLIZMA

Medicinski i primaljski model medicinske skrbi, kako ih je nazvala Katz Rothman (2007) ili tehnokratski i holistički model, terminologija antropologinje Robbie Davis-Floyd kojom se u ovom radu koristimo, kontrastne su paradigme pristupa vođenju trudnoće i poroda.

Nekoliko godina nakon uvođenja ove terminologije (prvi puta predstavljene 1992. u knjizi „Birth as an American Rite of Passage“), Davis Floyd uvodi i treću paradigmu koju naziva humanističkim modelom, a koji bi u praksi trebao premostiti dramatičnu razliku tehnokratskog i holističkog modela skrbi. Humanistički pristup teži humanizaciji tehnomedicine, stavljajući naglasak na međuljudske odnose, partnerstvo, odgovore na individualne potrebe i suosjećanje:

„Humanizam daje protutežu tehnomedicini jednim nježnijim pristupom, koji može varirati od površnog maskiranja do istinski alternativnih metoda. Površni je humanizam urediti tehnokratsku salu za rađanje tako da mašine nisu u prvom planu; međutim, istinski je humano ženi pružiti fleksibilan prostor u kojem se može kretati kako god poželi, biti u vodi ako to preferira, i roditi onako kako ona odabere.“ (Davis-Floyd 2011: 56)

Zbog različitih terminologija treba naglasiti i kako se primaljski model smatra kombinacijom humanističkog i holističkog modela.

3.1. Tehnokratski model

Premda zapadnjački zdravstveni sustav načelno počiva na znanstveno utemeljenim činjenicama, ovdje ćemo pokazati kako je većinski uvjetovan svojim kulturnim kontekstom: baš poput svih ostalih zdravstvenih sustava, i zapadnjački odražava tendencije i uvjerenja društva koje ga je stvorilo. Temeljni sustav vrijednosti našeg društva snažno je orijentiran na znanost, visoku tehnologiju, ekonomski profit i institucije s patrijarhalnim vodstvom. Već je više od trideset godina jasno da većina rutinskih opstetričkih procedura ima vrlo male ili nikakve temelje u znanosti. One se provode rutinski, ne zato što su znanstveno logične, već zato što su kulturološki logične. Kao što ćemo objasniti u nastavku, one pokazuju neke od temeljnih aspekata tehnokratskog života.

Princip separacije temeljna je vrijednost tehnokratskog modela medicinske skrbi: tehnomedicina odvaja ljudsko tijelo od ljudskog uma. Neizbježno je, međutim, pitanje kako naš um, odnosno mi, možemo biti odvojeni od prirode kada smo njen dio. Davis-Floyd pojašnjava kako upravo naše fizičko tijelo predstavlja duboki društveni paradoks, budući da je istodobno kreacija prirode i fokalna točka kulture. Ovaj su paradoks riješili Descartes, Bacon i njihovi

suvremenici kada su u sedamnaestom stoljeću ustanovili filozofsku separaciju tijela i uma na kojoj počiva već spomenuta metafora „tijela kao stroja“ (usp. Davis-Floyd 2001: 2).

Mehanizacija ljudskog tijela i postavljanje „tijela kao stroja“ za glavni objekt liječničkog tretmana značilo je da je tehnomedicinsko osoblje oslobođeno svake odgovornosti za um i duh pacijenta. Prema tome, to isto osoblje često nema potrebu ući u odnos s osobom koja nastanjuje to tijelo-stroj, te radije o njoj govore na dehumanizirani način, primjerice kao o „carskom u četvorci“. Jordan (1978) demonstrira kako ova tendencija objektiviziranja pacijenta može biti produžena i na odbijanje raspravljanja bilo kakvih detalja slučaja s osobom koja ga utjelovljuje. Ova vrsta otuđenosti od pacijenta često se trenira kroz medicinsko školovanje, gdje se uče zaštititi se izbjegavanjem emocionalne involviranosti. Tehnokratski doktori ne vide vrijednost u podužim razgovorima s pacijentima, preferirajući kratke interakcije (usp. Davis-Floyd 2001: 2).

Još jedna specifičnost tehnokratskog modela medicinske skrbi su dijagnoza i liječenje koji se odvijaju isključivo izvana prema unutra. Prateći analogiju tijela kao stroja, kada dođe do kvara, popravak mora biti obavljen izvana. Izvana se popravljaju disfunkcije, liječe se bolesti i dijagnosticiraju problemi. Najvrjednijima se drže informacije dobivene od modernih dijagnostičkih aparata koji su sada smatrani esencijalnim za kvalitetnu zdravstvenu skrb.

Kada je porod u pitanju, ovi dijagnostički aparati su sveprisutni, od ultrazvuka u trudnoći, do CTG-a pri porodu. Liječenje se također odvija izvana: kada se porod uspori prokida se vodenjak, a u venu se daju infuzije oksitocina ne bi li se ubrzao. Kada se čini da je beba zapela, vadi se forcepsom ili kirurškim nožem (usp. Davis-Floyd 2001: 3).

„Često pitam svoje prijatelje u Hrvatskoj je li istina da svaka zdrava trudnica mora imati po desetak vaginalnih pregleda tijekom trudnoće, klistir i brijanje prije poroda i epiziotomiju tijekom poroda. Kažu - ako to prestanemo raditi, a nešto ode po krivu, tužit će nas. Ja im, pola u šali, pola u zbilji, odgovoram da bi nas u Liverpoolu tužili da to radimo, a mene je rad u Cochrane kolaboraciji uvjerio da je liječnicima puno lakše raditi nešto, pa makar i medicinski bezvrijedno, nego ništa.“ (dr. Žarko Alfirević, predstojnik Klinike za ginekologiju i porodništvo Sveučilišta u Liverpoolu i dugogodišnji urednik Cochrane grupe za trudnoću i majčinstvo)

Nadalje, u tehnokratskom modelu medicinske skrbi sav autoritet i odgovornost pripadaju liječniku. Ova hijerarhijska struktura simbolički se očituje korištenjem titula, kuta i uniformi, izbjegavanjem dijeljenja informacija s pacijentom i uporabom liječničkog žargona koji pacijent ne razumije. Budući da je doktor autoritet, pacijent nema nikakve odgovornosti. Mnogi će doktori tako jednu od opcija nerijetko prezentirati kao jedino rješenje, jednostavno odbijajući

raspravljati o opcijama koje se ne uklapaju u dominantni model, ili koje im iz nekog razloga jednostavno ne odgovaraju. Međutim, kako tvrdi mađarsko-kanadski liječnik Gabor Maté, „u našim bismo životima mi trebali biti osoba od autoriteta, (...) sposobna donositi odluke koje se tiču nas samih. (...) Jedna od slabosti zapadnjačkog medicinskog pristupa leži u činjenici da smo doktora učinili jedinim autoritetom, dok je pacijent tek primatelj tretmana ili lijeka“ (Maté 2019: 9).

U ovom svjetlu je zanimljivo vidjeti i što kazivačica Ivana kaže o prisilnoj pasivizaciji žene u porodu:

„Nekada smo vezali ženu za krevet. Danas bi to izgledalo brutalno ali zato te stave u ležeći položaj, probuše ti vodenjak, stave CTG i priključe te na drip, tako da nisi doslovno vezan ali realno jesi. Samo se uobličilo u prihvatljiviji paket, u tehnološke procedure.“

U porodu je najočitija demonstracija moći „doktorovog izbora“ obvezni ležeći položaj. Iako fiziološki besmislena, ležeća pozicija doktorima omogućuje da porod nadziru stojeći na nogama s jasnim pogledom na rodnicu. Premda je vrlo dobro poznato kako ovaj položaj komplicira porod, izgleda da su brojni fiziološki razlozi za uspravan porod (koji uključuju povećani dovod krvi i kisika za bebu, učinkovitije tiskanje i širi zdjelični otvor) većini doktora manje važni od vlastitog komfora i statusa. Osim što je zgodnije biti na nogama nego leći ispod žene koja čuči, Davis-Floyd tvrdi da je za Zapad specifično da je „gornji“ položaj percipiran kao dobar, a „donji“ kao loš: osoba koja je „gore“ ima status i moć, i rijetko će ih se odreći za dobrobit žene koja rađa i njenoga djeteta. Međutim, kako već desetljećima svjedočimo povećanom broju tužbi protiv opstetičara, izgleda da ovakav svemoćni status liječnika nikome ne ide u prilog. Budući da su u tehnokratskom modelu sva moć i autoritet u njihovim rukama, često ih se tuži i za smrti i ishode koje nijedan smrtnik ne bi mogao spriječiti (usp. Davis-Floyd 2001: 4).

3.2. Humanistički model

Količina kritike koju je tehnokratski model medicinske skrbi izazvao u posljednjih nekoliko desetljeća stvorila je potrebu za novom paradigmom, takozvanim humanističkim modelom. Osim što se protivi nepotrebnoj medikalizaciji, ovaj model medicinske skrbi posebno naglašava partnerski odnos između pacijenta i pružatelja skrbi, odnosno napuštanje klasične hijerarhijske strukture kojom dominira liječnik. Primjer liječnika koji je usvojio humanistički model skrbi je ranije spomenuti Žarko Alfirević, koji u istom intervjuu iz prve ruke pojašnjava promjenu paradigme u vlastitoj svijesti:

„Na početku svoje karijere, kao svaki mladi i poletni liječnik, ja sam želio što prije postati slika i prilika svojih profesora i starijih kolega - apsolutni autoritet, nepogrešiv, s odgovorom na svako pitanje i rješenjem za svaki klinički problem, doktor u bijelom kojega pacijenti i medicinske sestre slušaju s divljenjem i strahopoštovanjem - kaže dr. Alfirević, ali 25 godina kasnije s ponosom priznaje da je doktor koji često kaže “ne znam” i otvoreno priznaje kada pogriješi, te da su ga njegovi pacijenti, medicinske sestre i babice naučili jednako kao i knjige i njegovi kolege, a možda i više. Štoviše, s velikim osjećajem odgovornosti uči svoje studente da bježe glavom bez obzira od liječnika i profesora koji znaju sve i ne pristaju reći “ne znam”.“

Osamdesetih se godina prošlog stoljeća krenula dizati svijest o potrebi za promjenom paradigme poroda. Dehumanizacija i nasilje dosegnule su svoj vrhunac, a žene su često imale traumatično iskustvo poroda. Stope carskog reza, epiziotomije i indukcije postale su tako visoke da je morbiditet majki doživio veliki uzlet. To je pokrenulo istraživanja koja su preispitivala neke od praksi koje su se koristile, rezultat čega je bio da su se rutinske medicinske prakse, kao i većina intervencija, pokazale suvišnima, štoviše, i opasnim. U tom su razdoblju krenule preporuke da je za zdrave žene učinkovitija skrb u malim centrima za porode, s niskom stopom intervencija i osobljem koje nije dio profesionalne medicinske struke. Ustanovljeno je da najučinkovitiji pristup za zdravu ženu uključuje kontinuiranu skrb od strane primalje i suosjećajnu skrb tijekom trudnoće, poroda i nakon poroda, što je upravo suprotno od onoga što moderna medicina pruža (usp. Schmid 2011: 140).

Humanistički model odmiče se od tehnokratske separacije mehanicističkog tijela i osobe koja ga nastanjuje; on naglašava povezanost tijela i uma, gledajući na tijelo kao na organizam. Ipak, razlikuje se i od holističkog modela koji se temelji na jedinstvu tijela, uma i duha, s tijelom kao energetskim poljem koje je u stalnoj interakciji s drugim energetskim poljima. “Budući da nije radikalna poput holizma, a ni potpuno otuđena poput tehnomedicine, humanistička paradigma ima najviše potencijala za otvaranje tehnokratskog sustava za mogućnost dalekosežne reforme” (Davis-Floyd 2001: 6).

Suvremene medicinske znanosti i edukacija djelomično još uvijek funkcioniraju „unutar naslijeđa neadekvatne znanstvene paradigme“ (Engel 1988, prema Tresolini et al. 1994: 19). Ova paradigma odvaja tjelesna od mentalnih stanja čovjeka, kao i od životnih događaja, međuljudskih odnosa i okolišnih utjecaja. Međutim, premda neki dijelovi ljudskog tijela zaista funkcioniraju poput stroja, činjenica je biološkog života da tijelo nije stroj nego organizam. Davis-Floyd naglašava kako ovakav zaključak ima značajne posljedice na liječnički tretman, jer će način na koji je tijelo definirano oblikovati način na koji ga se liječi u zdravstvenom sustavu neke kulture (usp. 2001: 7). „U alternativnoj paradigmi živa su bića viđena kao organizam prije nego kao stroj, sa značajkama koje nijedna mašina ne posjeduje: rastom,

regeneracijom, iscjeljenjem, učenjem i autotranscendencijom. Čak ni terapije koje funkcioniraju na principima najslabijima stroju ne bi bile učinkovite bez iscijeljujuće moći organizma.“ (Tresolini et al. 1994: 20).

Teorija da um utječe na ono što se događa u tijelu u porodu se više nego očito potvrđuje. Ona ukazuje na to da su emocije žene koja rađa važne za napredovanje kroz faze poroda, a da se problemi pri porodu puno učinkovitije mogu riješiti emocionalnom potporom nego tehnološkom intervencijom. Najbolji dokaz učinkovitosti skrbi orijentirane na međuljudske odnose su istraživanja o *doulama*. *Doule* pružaju fizičku i emocionalnu potporu ženama tijekom trudnoće, poroda i babinja, informirajući ih pritom o svim dostupnim opcijama.

„Jedna od glavnih prednosti *doule* jest upravo njena neprekinuta prisutnost tijekom poroda, prilikom kojega pruža specifičnu potporu svojim tehnikama i strategijama, ohrabrujući roditelje i njihove obitelji i olakšavajući komunikaciju između majki i medicinskog osoblja. Studije koje ispituju učinak kontinuirane skrbi od strane *doula* pokazuju značajna smanjenja carskih rezova, instrumentalnih vaginalnih poroda, potrebe za umjetnim oksicotinom, kao i kraće trajanje poroda (Campbell, Lake, Falk i Backstrand 2006; Klaus i Klaus 2010; Newton, Chaudhuri, Grossman i Merewood 2009; Papagni i Buckner 2006; Sauls 2002). Isto tako, kontinuirana skrb povezuje se s višim Apgar rezultatom novorođenčeta (7 i više) i sveukupnim većim zadovoljstvom majki iskustvom poroda (Sauls 2002.).“ (Gruber, Cupito i Dobson 2013.)

Važno je spomenuti i koncept salutogeneze, model primijenjene psihologije koji služi kao teorijski okvir novom modelu medicinske skrbi, orijentirane na pacijenta, odnosno na osobu. Ovaj koncept podrazumijeva „kontinuum zbivanja od stanja lošeg zdravlja do potpunog zdravlja, pri čemu je važnije usmjeriti se na resurse koji će pridonijeti stvaranju i održavanju zdravlja, nego se uobičajeno usredotočiti na zdravstvene rizike i bolesti – salutogeneza vs. patogeneza“. (Batinica, Grgurić i Mladić Batinica 2014.). Dokle god je u trudnoći i porodu fokus na rizicima, kao i na neizbježnom strahu koje takav stav uzrokuje, te isključivo na preživljavanju majke i djeteta, ne može se postići istinska kvaliteta poroda. Izlaženje iz okvira tehnomedicinske paradigme i njenog negativnog utjecaja na zdrave majke i bebe podrazumijeva pomicanje fokusa s patologije na zdravlje: od njege koja je usredotočena na profesionalno medicinsko osoblje do njege kojoj su u centru majka i beba, od težnje kontroli prema zdravom odnosu i potpori.

3.3. Holistički model

„Ako je tehnokratski model medicinske skrbi vladajuća hegemonija, holistički je model skrbi ultimativna hereza“ (Davis-Floyd 2001: 12).

Termin holizam predstavlja inkluziju uma, tijela, emocija, duha i okoline u proces izlječenja pacijenta. Od tehnokratskog modela koji na tijelo gleda kao na stroj, potpuno odvojen od uma, preko humanističkog modela koji prepoznaje povezanost tijela i uma, smatrajući tijelo organizmom, holizam ide korak dalje u poimanju ljudskog bića: ono je gledano kao energetska polje koje je u konstantnoj interakciji s drugim energetskim poljima, dok tijelo i um nisu samo povezani, oni su jedno. Brojni autori naglašavaju neadekvatnost jezika da prenese jedinstvo tijela i uma, jer čak i govor o njihovoj povezanosti nosi implikaciju da se radi o dva odvojena, ali na neki način povezana entiteta. U stvarnosti takva separacija ne postoji; ne postoji tijelo koje nije um, ni um koji nije tijelo. Oni koji su oprezniji s jezikom koristit će kovanicu tijelo-um kako bi prikazali pravo stanje stvari (usp. Maté 2019: 9).

Principi povezanosti i integracije koje podrazumijeva holistička paradigma plod su fluidnog i multimodalnog načina razmišljanja specifičnog za desnu polutku mozga, koje nakon dugog niza godina devaluacije na Zapadu, iznova zadobiva izgubljeni prostor (Eisler 1995, prema Davis-Floyd 2001: 12). I kako sociologinja Marija Geiger pojašnjava,

„Nov način promatranja svijeta nastao je u okrilju novih globalnih razvojnih perspektiva i nastojanja oko implementacije održivog razvoja, kritike novovjekovne mehanicističko-pozitivističke znanosti, instrumentalizacije uma i znanstvene „objektivnosti” te zahtijeva postmodernog teorijskog diskursa za promjenom paradigme. Te procese Merchant definira kao tranziciju od etike prosvjetiteljstva prema postmodernom ekološkom svjetonazoru, koji dominaciju nad prirodom, mehanicizam i redukcionističku znanost zamjenjuje načelima međupovezanosti, procesualnosti i otvorenog sustava (Merchant, prema Sterling 2003:117). Nov model promatranja svijeta zagovaraju i Bawden, Zohar, Marshal, Bossel, Waddington, Laszlo, Meadows, Sterling, Capra i mnogi drugi autori koji ističu važnost emocionalne i spiritualne inteligencije, transformativnog mišljenja koje slavi holizam i zdravlje. Svi oni zagovaraju multidisciplinarnu, fleksibilnu i integrativnu pristupe koji svijet opisuju kao kompleksan, međusobno povezan, konačan ekološko-socijalno-psihološko-ekonomski sustav, kojemu može doskočiti samo integrativno mišljenje i učenje (Sterling, 2003.)“ (Geiger 2009: 116).

Holistička paradigma osim jedinstva tijela i uma inzistira i na uključenju duha u cjelinu ljudskog bića. Inkorporacijom duha u proces ozdravljenja, holistički liječnici medicinu vraćaju u svijet duhovnog i metafizičkog od kojeg se odvojila tijekom industrijske revolucije. Za razliku od otuđenog pristupa tehnomedicine, holistički će liječnici (kao i humanistički), puno više vremena i energije posvetiti pacijentu, kako bi doprli do dijelova psihe i emocija koje su za ozdravljenje jednako važne kao i fizičke manifestacije bolesti.

„Nešto smo izgubili. (...) Kako američki psiholog Ross Buck tvrdi, prije uzleta moderne medicinske tehnologije i znanstvene farmakologije, liječnici su se morali oslanjati na „placebo“ efekte. Trebali su u svakom pacijentu potaknuti povjerenje u

vlastitu mogućnost iscjeljenja. Da bi bio učinkovit, doktor je trebao slušati pacijenta, razviti odnos s njime, ali i vjerovati vlastitoj intuiciji. Čini se da su ovo kvalitete koje su doktori izgubili kada smo se počeli oslanjati isključivo na „objektivna“ mjerenja, tehnološke dijagnostičke metode i „znanstvene“ lijekove“ (Maté 2019:5).

Holistički praktikanti trude se napustiti pretpostavke o uzorku i posljedici. Nastoje očekivati neočekivano i biti pripremljeni da ozdravljenje može nastupiti na neobičnim i misterioznim mjestima. Slučajni komentar može trenutno transformirati percepciju koju žena ima o svom stanju i postati temeljem izlječenja. Holistički praktikant neće pretpostaviti da je on taj koji je izliječio pacijenta, on zna da je bilo koja od mnoštva interakcija nad kojima nema kontrolu mogla potaknuti proces izlječenja. Njegova je zadaća da prepozna taj lagani preokret u trenutku kada se dogodi i pomogne mu da se rasplamsa, umjesto da ga ugasi (usp. Davis-Floyd, 2001: 14). „I dok konvencionalna mehanicistička znanost vjeruje u spoznatljivost i prediktivnost, holistička znanost i način mišljenja ustvrđuju granice spoznaje i znanja te odbacuju opasnu iluziju o apsolutnom znanju i kontroli (Sterling, 2003: 157-169)“ (Geiger 2009: 118).

Premda će liječenje i dijagnostika holističkog doktora biti usmjereni iznutra prema van, to ne znači da neće naručiti dijagnostičke testove ili da će odbijati korištenje tehnologije. Međutim, oni će tehnologiju zdravstvenoga sustava staviti u službu pacijenta, umjesto da dopuste da ona dominira, zastrašuje i postavlja glavne odrednice liječenja. Tako će tijekom poroda, primjerice, koristiti tehnologije koje ne služe dominaciji i kontroli, već rade zajedno s fiziologijom poroda kako bi osnažile ženu koja rađa.

4. FIZIOLOGIJA PORODA I MEDICINA TEMELJENA NA DOKAZIMA

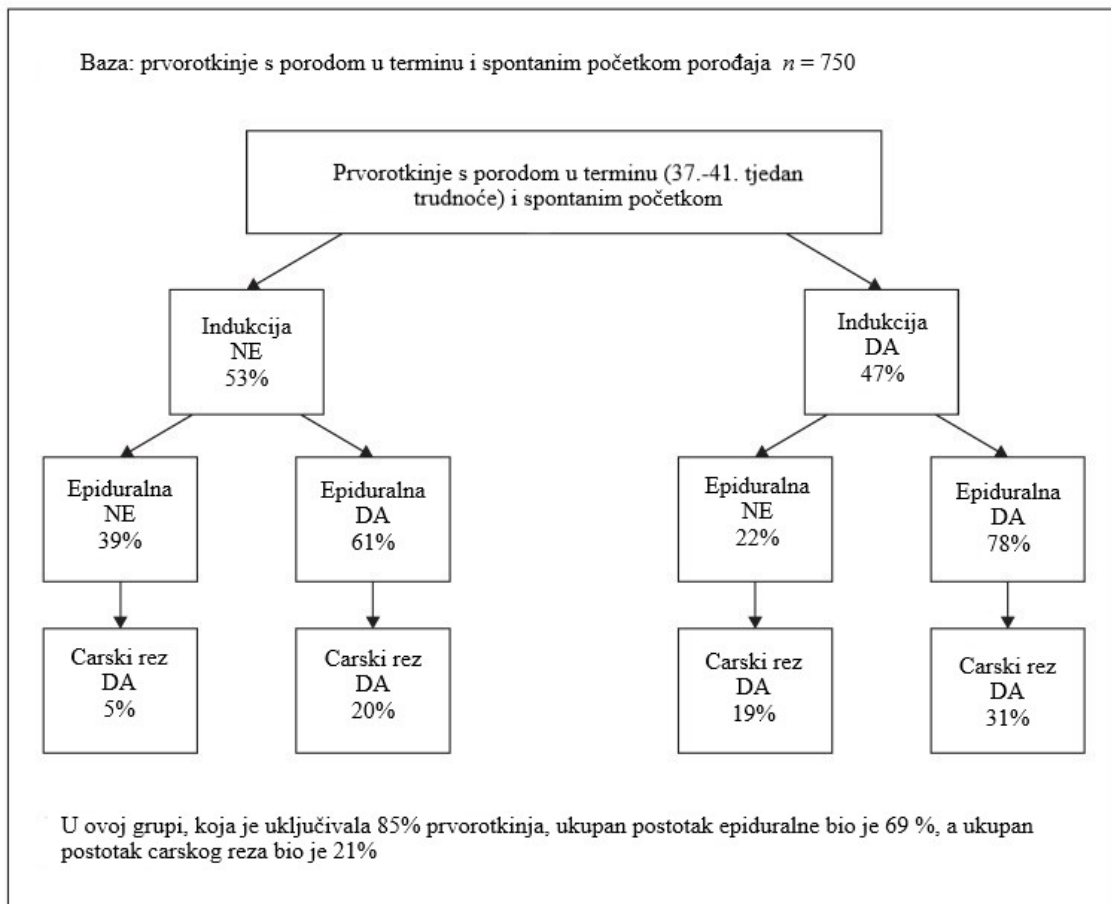
Najtemeljitiije znanstveno pokriće humanističkog i holističkog pristupa porodu dala je Sarah Buckley 2015. godine u velikoj sintezi znanstvenih istraživanja o načinu funkcioniranja hormona od razdoblja kasne trudnoće, preko porođaja do ranog babinja, pod nazivom *„Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care“*. Glavni zaključak ovog rada bio je da korištenjem rutinskih opstetričkih intervencija koje ometaju unutarnje biološke procese, zdravstveni sustavi propuštaju priliku da pruže bolju skrb te da pametnije koriste resurse. Perspektiva hormonalne fiziologije baca novo svjetlo na procjenu štete i koristi intervencija u maternalnoj skrbi i nameće nove prioritete znanstvenim istraživanjima, uključujući stalno mjerenje rezultata tjelesnih procesa koje orkestriraju hormoni, a koji se često previdaju. Prema trenutnim saznanjima, najučinkovitije bi bilo na siguran način izbjeći nepotrebne opstetričke intervencije te podupirati i zaštititi fiziološki porođaj kad god je to moguće. Buckley to naziva *low-technology* pristupom zdravlju u njezi trudnica i njihovih fetusa/novorodenčadi primjenjivim na gotovo svim mjestima maternalne skrbi (Buckley 2015: i).

I kako pojašnjava Michel Odent, s fiziološke perspektive porođaj je nesvjesni tjelesni proces koji kontrolira najstariji dio mozga. Kad su takvi procesi u pitanju, poput probave ili kucanja srca, generalno im se ne pokušava „pomoći“, već se nastoji identificirati faktore koji smetaju njihovom normalnom funkcioniranju. Praktično govoreći, ključna riječ je zaštita. Nekoliko fizioloških faktora jasno ukazuju što može negativno utjecati na porođaj. Primjerice, koncept antagonizma adrenalina i oksitocina esencijalan je kod sisavaca: oni će odgoditi porođaj kada ispuštaju hormone iz adrenalne skupine (Odent 2016: 20). Ovakve postavke organizma u procesu rađanja nisu nimalo iznenađujuće uzmemo li u obzir našu evolucijsku prošlost: mehanizmi u tijelu ponašaju se na način da usporavaju porođaj ako se roditelj osjeća ugroženom. Konkretno, utjecaj stresa na majku onemogućuje spontanu orkestraciju hormona, ono što Odent naziva „koktelom hormona ljubavi“, koja je odgovorna za učinkovito napredovanje porođaja. On se najbolje odvija kada je majka na sigurnom i privatnom mjestu, tj. kada se osjeća sigurno, zaštićeno i opušteno, što je u potpunoj suprotnosti s jakim svijetlima, bukom, medicinskom opremom, učestalim vaginalnim pregledima i ljudima koji ulaze i izlaze u prostoriju (usp. Buckley, 2015).

Ovaj holistički pristup ima potporu u teoriji psihoneuro-endokrinoimunologije (PNEI). Ova teorija objašnjava kako kontekst u kojem se osoba nalazi ima direktan utjecaj na njenu

fiziološku dinamiku. Pokazuje kako postoji neka vrsta direktne razmjene između osobe i njenog okruženja. Primjerice, agresija koja dolazi iz okruženja okidač je ispuštanju adrenalina što posljedično aktivira simpatetički živčani sustav. S druge strane, intimno je okruženje okidač ispuštanja oksitocina (koji uzrokuje osjećaj povjerenja) i endorfina (koji uzrokuje osjećaj sreće i omogućuje povezivanje) (usp. Schmid 2011: 143).

Premda ima slučajeva kada se, unatoč trudu svih uključenih, potreba za opstetričkom intervencijom može pojaviti iznenadno i bez očitog razloga, često se događa da je ona rezultat prethodno provedene medicinske procedure. Tako, primjerice prokidanje vodenjaka kako bi se ubrzao porod može uzrokovati prolaps pupkovine (usp. Levy et al. u Stockton 2011: 99). Osim toga, moguće je omesti porod i na mnogo suptilniji način: neznancima koji ulaze i izlaze u prostoriju, strahom nekog od nazočnih ili lijekovima protiv boli. Ukratko, bilo kakva simulacija neokorteksa može prouzročiti prekidanje toka oksitocina koji potiče napredovanje poroda ili endorfina koji umanjuje osjećaj boli, što posljedično može usporiti porod i smanjiti ženin prag boli, otvarajući tako put prema onome što se u literaturi naziva kaskadom intervencija (usp. Stockton 2011: 99).



Slika 1. Kaskada intervencija (izvor: H. Goer, Dueling statistics: *Is Out-of-Hospital Birth Safe?*, 2016.)

Međutim, čak i kada znanost ukazuje na neučinkovitost i štetnost korištenih metoda, doktori nevoljko mijenjaju način na koji funkcioniraju. Zato Michel Odent često koristi izraz „znanost će nas spasiti”, referirajući se na rastući trend u opstetriciji na zapadu da bude utemeljena na dokazima, takozvana *evidence-based medicine*.

Jedan od paradoksa je činjenica da se tradicionalni sustavi rađanja rapidno mijenjaju pod utjecajem zapadnjačke medicine, dok je opstetricija na Zapadu na udaru kritika. Za tradicionalne sustave, prestižni medicinski model postao je standardni obrazac za napredak zdravstvene njege. Međutim, neke od opstetričkih praksi koje se trenutno „izvoze“ u zemlje u razvoju doma su (u medicinski orijentiranim, visoko tehnološkim zemljama) već zadobile kontroverzni status. Ali osjećaj superiornosti i moralne obveze koji je ugrađen u svaki funkcionirajući sustav obično njegove praktikante drži u odbijanju i neznanju o alternativnim načinima provođenja porođaja, budući da će se previše petljanja u „ispravan“ način najčešće smatrati neetičnim, neodgovornim i opasnim. Iz ovog razloga je eksperimentiranje unutar bilo kojeg sistema uvijek opasno i često nemoguće (usp. Jordan 1993: 5).

Sporost prodiranja znanstvenih dokaza u sustav evidentna je na sljedećem, nama bliskom, primjeru. Riječ je o slučaju Europskog suda za ljudska prava *Pojatina protiv Hrvatske* u kojem je podnositeljica podnijela tužbu s tvrdnjom da joj je povrijeđeno pravo na privatni i obiteljski život iz članka 8. Konvencije za zaštitu ljudskih prava zbog toga što hrvatski zakoni ne predviđaju mogućnost poroda kod kuće uz pomoć hrvatskih primalja. Naime, svoje je četvrto dijete željela roditi kod kuće uz asistenciju primalje, ali kontaktiravši Hrvatsku komoru primalja saznala je da hrvatski zakoni ne predviđaju tu mogućnost, te da time indirektno propisuju da bi se svi porođaji trebali odvijati u rodilištu.

Europski sud za ljudska prava donio je, dana 4. listopada 2018. godine presudu u predmetu *Pojatina protiv Hrvatske* u kojoj je utvrdio da podnositeljici spomenuto pravo nije povrijeđeno.

Iz izvješća o presudi prenosimo tvrdnje Vlade RH, u kojima su naglašeni dijelovi simptomatični za dezinformiranost u gledanju na fiziološki tijek porođaja i pretenziju na znanstvene dokaze, koja je naposljetku i odnijela prevagu u presudi.

„Vlada tvrdi da članak 8. nije bio primjenjiv na ovaj predmet, jer se pitanje o kojem je riječ odnosilo **samo na osobni komoditet podnositeljice zahtjeva**, koja je željela roditi kod kuće, što nije moglo biti dio njezina prava na poštivanje njezina privatnog života. **Nije bilo znanstvenih dokaza** da bi rađanje u zdravstvenoj ustanovi **moglo na bilo koji način naštetiti fizičkom ili psihološkom integritetu majke ili djeteta**, pa stoga zakonodavstvo o porodu kod kuće kao takvo nije moglo biti predmetom ispitivanja od strane Suda na temelju članka 8. Konvencije.“

Upravo znanost na koju se poziva Vlada RH, govori u prilog tzv. primaljskom pristupu porodu, u kojem je za napredovanje porođaja ključno kako se žena osjeća. Ipak, izgleda da odvjetnici i suci svojim zaključcima reflektiraju neutemeljenu pretpostavku da se u medicinskim institucijama sve prakse izvode na temelju dokaza. Prema tome, problematično je zazivanje autoriteta znanosti dok je u realnosti, u najboljem slučaju, znanstvena zajednica neodlučna oko pitanja je li sigurnije roditi kod kuće ili u bolnici (vidi Hutton et al. 2019).

Kako u svom radu *Melankolija maternice* (2016.) pokazuje Ana Uzelac, korijeni ovakvih stajališta sežu davno u prošlost:

„Od renesanse pa nadalje započinje praksa kontrole reprodukcije kroz niz propisa diljem Europe kojima se žene obvezuje da prijave svaku trudnoću, a one čija novorođenčad premine bile su osuđivane na smrt bez obzira na uzrok smrti novorođenčeta.(...) Babice tada postaju marginalizirane, što je u većem dijelu zapadnog svijeta slučaj i danas, a time započinje i proces pasivizacije žene tijekom porođaja, i oduzimanje kontrole nad vlastitim tijelom/porođajem. Do tada je glavna porođajna praksa podrazumijevala kontrolu žene nad vlastitim tijelom i tijekom porođaja, zajednicu žena, kao potporu roditelji, koje su jedine imale pristup u prostoriju u kojoj žena rađa. Bitna promjena koja nastaje u to vrijeme jest i da je od tada pa nadalje u hitnim slučajevima, život fetusa dobio prednost u odnosu na život majke“ (Uzelac 2016: 5-6).

U poglavlju o ritualima objasnit ću zašto institucionalni autoriteti osjećaju da imaju dužnost čuvati kategoriju poroda zatvorenu u ustanovu i odvojenu od svakodnevnog života, i pritom tu odluku, budući da kao društvo pretendiramo na racionalnost i ne-ritualnost, opravdavati razlozima kao što su znanstveni dokazi (čak i kad ti isti dokazi upućuju na suprotno).

I konačno, prenosim i zaključak Suda o slučaju:

„U tom pogledu, Sud prima na znanje Vladinu tvrdnju da u **svjetlu svih znanstvenih nalaza koji su joj poznati**, i iako bi porod kod kuće mogao biti ugodniji za buduće majke, to je i dalje predstavljalo opciju koja nije bila sigurna kao potpuni porod u bolnici.(...) Sud primjećuje da se podnositeljica zahtjeva mogla odlučiti da rodi u bilo kojem rodilištu u Hrvatskoj za koje je smatrala da će **vjerojatno poštivati njezine želje**. Međutim, prema tvrdnjama podnositeljice zahtjeva na temelju njezina vlastitog iskustva, **čini se da se želje budućih majki nisu u potpunosti poštivale u rodilištima**. Čini se da su te **napomene u biti potvrđene u izvješćima Odbora za zabranu diskriminacije protiv žena**, Roditelja u Akciji - nevladine udruge Roda i Pravobraniteljice za ravnopravnost spolova, koja su navodila situacije (...) u kojima se želje žena u rodilištima tijekom poroda nisu poštivale.(...) Zaključujem da podnositeljica zahtjeva ne može tvrditi da je žrtva povrede njezinih konvencijskih prava. U svakom slučaju, **teško je vidjeti bilo kakvu opipljivu predrasudu**, a **kamoli bilo kakvu znatnu štetu** koju je pretrpjela podnositeljica zahtjeva“ (Presuda Pojatina protiv Hrvatske, 2018: 18, 27).

5. RITUALNA PRIRODA TEHNOKRATSKOG PORODA

„Premda su me, kao ženu, literatura i intervjui s preko stotinu majki (...) tjerali da se pitam gdje je „znanstveno“ pokriće opstetričkih procedura, kao antropologinja sam naučila da većina kulturoloških ponašanja koja na prvi pogled djeluju iracionalnima zapravo, ako ih se pomnije prouči, imaju itekakvog smisla: ona igraju važne i znakovite uloge u kontekstu sveukupnog kulturološkog sistema. (...) Kakvu bi kulturološku svrhu opstetričari mogli ispunjavati donoseći novog društvenog člana na svijet kroz labirint žica i elektroničkih signala?“ (Davis-Floyd 1990: 175).

I konačno, nakon povijesne kontekstualizacije razvoja modernog načina poroda, objašnjenja poveznice između shvaćanja tijela i različitih pristupa liječenju koje to shvaćanje generira, te jezgrovitih informacija o načinu na koji prirodna fiziologija poroda funkcionira, dolazimo do objašnjenja zašto kao društvo tvrdoglavo inzistiramo na mehanicističkoj prirodi poroda i njegovom zatvaranju u bolnice, pod nadzorom medicinske struke koja mu mijenja tijek svojim intervencijama.

I kako kaže *doula* Ivana:

„Oni imaju niz tih intervencija koje rade i oni znaju ishod svake od intervencija. Njima je najveći misterij prirodan fiziološki porođaj. Znači držat prekrížene ruke i gledat sa strane. To je njima izazov. Njima nije izazov napraviti hrpu stvari, jer ako i pogriješe imaju rješenje za to. A to je najčešće carski rez.“

U ovom ću poglavlju detaljno objasniti ritual i primijeniti ga na standardne opstetričke procedure, zatim ću pojasniti što stoji iza ideološkog sustava pretjerane valorizacije visoke tehnologije i njemu prateće devalorizacije prirode, te kako se taj sustav nosi s anomalijama koje nam porod, kao proces koji zorno prikazuje da dolazimo iz prirode, a ne iz kulture, nužno uzrokuje. Osvrnut ću se i na pitanje na koji se način društveno stvoreni konstrukti muškog i ženskog oživljavaju u zapadnjačkoj medicini kroz definiranje trudnoće i poroda kao disfunkcionalnih mehanicističkih procesa čiji se prirodni tijek mora prekidati i iznova poticati kako bi se stvorila predodžba kontrole prirodne funkcije ženskog tijela kroz patrijarhalno vođene institucije.

Naime, nakon proučavanja literature teško je ne ostati zbunjenim/om budući da autoritativnost tehnokratskog modela rađanja leži u pretpostavci da je stručnost medicinskoga osoblja utemeljena u znanosti. Međutim, kada uvidimo da su, umjesto u znanosti, procedure koje se rutinski izvode zapravo utemeljene u medicinskoj tradiciji otvara se drugi spektar interpretacije ponašanja medicinskog osoblja u porodu, onaj kulturološki, u kojem je Davis-Floyd objasnila naočigled iracionalno ponašanje sudionika poroda teorijom rituala.

Prema njenom objašnjenju, standardne opstetričke procedure, od CTG-a do indukcije, ne proizlaze iz logike znanosti već iz logike rituala. Poput većine rituala, i one reflektiraju temeljne vrijednosti svoje kulture, u ovom slučaju kulture tehnokratskog društva. Oni su dizajnirani, upravo poput toliko drugih rituala, u pokušaju kontrole nekontroliranih sila prirode te kako bi pomogli nositi se sa strahom, u ovom slučaju sa strahom od smrti i od sudskih tužbi. Dakle, rituali koji posvuda prate porod u našem su vremenu postali medicinski rituali, službeno nazvani „standardnim procedurama“. Ona objašnjava i zašto je ritualizacija poroda naizgled neizbježna: „Premda je temeljni sustav vrijednosti nekog društva vidljiv u mnogim aspektima njegovog kulturnog života, najočitiiji je u kulturološkom tretiranju ljudskog tijela, pogotovo kada to tijelo rađa novog društvenog člana koji će osigurati budućnost društva u kojem je rođeno“ (Davis-Floyd, 2004).

Antropolog William Robertson Smith prvi je, kao ritualist, s prijelazom s teksta na izvedbu, izričito naglasio važnost rituala analiziranjem i interpretacijom ljudskog ponašanja u kontekstu šire slike od onoga što ljudi misle o onome što rade ili u što vjeruju. On je bio pionir takozvanog „antiintelektualnog“ razumijevanja ljudskoga ponašanja, tj. ponašanja utemeljenoga u iracionalnim impulsima, a ne na razumu s osnovnim oblicima logike (Bell 1997: 5).

„Izvođač ritualiziranu radnju vidi kao gotovu stvar, spremnu da je on ili ona izvede. On ili ona je „utjelovljuju“, ne radi se o tome da rade nešto kao u svakodnevnom životu, već radeći to podržavaju ideju onoga što bi se trebalo raditi“ (Humphrey i Laidlaw 1994:102).

Kako odrediti radi li se ovdje zaista o ritualiziranim radnjama? Teorija nam govori da se radnja odvaja od svakodnevne i postaje ritualnom onda kada je kod izvođača/ice prisutna ritualna obveza (eng. *ritual commitment*). To znači da namjera izvođača/ice više neće određivati radnju koju on/ona izvodi, već prethodno donesena odluka o izvođenju rituala. Prema tome, ritualizacija ovisi o promjeni obveze: primjerice, polijevanje glave vodom i davanje imena kao radnje mogu biti neritualne, ali izvor njihove transformacije čini zauzimanje ritualnog stava izvođača/ice. Ono što se tada događa jest da stvari i radnje unutar „ritualne arene“ prolaze mentalnu reklasifikaciju. Razgovor s izvođačem/icom nije od velike pomoći, budući da će najčešće tvrditi da je to jednostavno način na koji se stvari rade, a da pritom nemaju nikakva vjerovanja ili teorije zašto je tome tako (usp. Humphrey i Laidlaw 1994: 99-100). Ritual može stvoriti svijet za koji se čini da *jest* svijet, što je slučaj i s drugim vrstama sveobuhvatnih fenomena koji konstruiraju vlastite parametre prostora i vremena. Kako je Glenn Gould (1984: 5) pisao o glazbi:

„problem nastaje kad zaboravimo da se radi o nečem umjetnom... kada postanemo toliko impresionirani strategijama naše sistematične misli da zaboravimo da ima naličje, da je isklesana iz... praznine negacije koja je okružuje“ (prema Humphrey i Laidlaw 1994: 105).

I tako brazilski opstetričar Ricardo Herbert Jones svjedoči da on i njegovi kolege naprosto izvode standardne procedure jer se *to uvijek radilo na taj način*. On potvrđuje analizu rutinskih procedura kao rituala kojima su opstetričari, tijekom godina prakse, i sami postali podređeni. „Rade to na isti način, iznova i iznova, i nezamislivo im je da se to može napraviti na drugačiji način“ (Herbert Jones 2011: 116).

Premda prema spomenutoj teoriji ritualne obveze, izvođač/ica donosi svjesnu odluku o izvođenju rituala, u slučaju tehnokratskog upravljanja porodom ta će odluka biti donesena nesvjesno. Razlog tome je priroda našeg odnosa prema vladajućoj društvenoj ideologiji visokog vrednovanja tehnologije: „premda ona definira naša iskustva na bezbroj načina, većini nas ostaje ispod razine svijesti“ (Davis-Floyd 1990: 182). A kada ideološki sustav koji serija rituala prikazuje nije eksplicitan, kao što je primjerice u religijama, elaboracija rituala neuobičajeno je detaljno razrađena:

„kada je ideologija oskudna ili fragmentirana...potrebna je dodatna prezentacija i uvjeravanje, više komuniciranja informacija“ (Moore i Myerhoff 1977: 11, prema Davis-Floyd 1990:182).

Definicija rituala koju daje Davis-Floyd je sljedeća:

„Ritual je repetitivno i simboličko uprizorenje kulturnog uvjerenja ili vrijednosti koje se odvija prema određenom obrascu“ (Davis-Floyd, 2004).

Prema tome, ponašanje prema obrascu koje zaista susrećemo u opstetričkoj praksi moglo bi se protumačiti kao ritual pod uvjetom da ta ponašanja *simbolički prikazuju* društvena *uvjerenja* i *vrijednosti*. Davis-Floyd također tvrdi kako se „uvjerenja neke kulture prikazuju putem rituala, pa nas tako analiza ovih rituala može odvesti direktno u smjeru razumijevanja tih uvjerenja“ (Davis-Floyd 2004, prema Herbert Jones, 2011: 116).

U knjizi „Birth as an American Rite of Passage“, Davis-Floyd analizira klistir, korištenje bolničkih spavaćica, odvajanje od obitelji, brijanje stidnih dlaka, infuziju, umjetnu indukciju i pojačavanje poroda, elektroničko nadziranje fetusa, epiziotomiju i carski rez kao moderne rituale koji izražavaju i prikazuju duboke kulturne vrijednosti i uvjerenja o „nečistoći“ ženskih bioloških procesa, te još uvijek aktualnu patrijarhalnu devalorizaciju žene, kao i duboko ukorijenjeno kulturno vrednovanje superiornosti tehnologije. Porod je trenutak iznimne

osjetilne otvorenosti, što ga čini najboljim mogućim kulturološkim trenutkom za pojačavanje ženske inferiorne pozicije u društvu, ali i za prikaz dubokog kulturnog uvjerenja superiornosti visoke tehnologije nad prirodnim procesima (usp. Herbert Jones, 2011: 117). O tome će više govora biti u poglavlju o kulturnim anomalijama.

5.1. Tehnokracija: Središnja mitologija naše kulture

„Tehnokratski model prirode i društva (...) je narodno vjerovanje koje nema ništa veću univerzalnu valjanost od teorije bilo kojeg primitivnog naroda“ (Peter C. Reynolds, *Stealing Fire: The Mythology of the Technocracy*, prema Davis-Floyd, 1994: 1138).

U svom djelu *Stealing Fire: The Mythology of the Technocracy*, Peter C. Reynolds ukazuje kako je moderna visoka tehnologija proizašla iz mitološkog sistema koji se temelji na ritualnoj transformaciji prirode u svrhu njenog prilagođavanja kulturno stvorenim slikama. Tako bi, prema njemu, termin „tehnološki napredak“ bio narodni izraz za ritualne procese preobrazbe „prirodnih“ tijela, konceptualiziranih kao primitivnih, zemaljskih, „ženskih“ i zagađujućih, u umjetno stvorena tijela, konceptualizirana kao napredna, pročišćena, nebeska i „muška“ (Davis-Floyd 1994: 1125). Zanimljivo je da ovu dihotomiju ženske biologije i muške kulturološki proizvedene naprednije stvarnosti kazivačica Ivana u svom promišljanju također intuitivno prepoznaje:

„čim zatrudniš odmah si pod mikroskopom, odmah si potencijalni problem. U tebi raste beba i ti moraš stalno bit na pregledima. (...) A naša je greška ta što nismo muškarci.“

Reynolds pritom ukazuje na specifičan fenomen koji se događa prilikom ove ritualne transformacije, koji naziva „*One-Two Punch*“ (hrv. jedan-dva udarac). Uzmimo, primjerice, prilično uspješan prirodni proces (npr. losos pliva uzvodno kako bi se mrijestio). Udarac jedan: učinimo proces disfunkcionalnim korištenjem tehnologije (postavimo brane, sprječavajući time da losos stigne do mjesta mriještenja). Udarac dva: riješimo problem tehnologijom (izvadimo lososa iz vode strojevima, umjetno potaknemo mriještenje i uzgojimo jaja u posudama, zatim pustimo mladog lososa nizvodno u blizini oceana) (usp. Davis-Floyd 1994: 1126).

Glavna postavka ovog fenomena je sljedeća: uništi prirodni proces, a zatim ga ponovno izgradi, ovaj put kao kulturni proces. Radi se o spontanom rezultatu društva koje ekstremno visoko vrednuje znanost i tehnologiju, devalorizirajući pritom prirodu. „Industrijsko društvo uništava prirodne procese jednom rukom dok drugom gradi njihove fabrikate, ali integrirana

operacija ovih dvaju različitih procesa ljudima je gotovo nevidljiva“. (Reynolds 1991., prema Davis-Floyd 1994: 1126)

Čovjek je taj koji prirodni proces osakati, da bi mu potom osmislio adekvatnu protezu kako bi nastavio funkcionirati. Nije teško uvidjeti kako se ovaj proces sakaćenja i proteze odvija i u modernom vođenju poroda. Naime, kako tvrdi Davis-Floyd, mi se poroda bojimo, na isti način na koji se bojimo poplava i drugih prirodnih sila koje ne možemo kontrolirati, pa ga „popravljamo“ tehnologijom. Prvo ga rastavimo na dijelove, faze poroda, na koje primjenjujemo standardizirane mjere i pravila (primjerice Friedmanova krivulja) koja nam govore na koji bi se način svaka od tih faza trebala razvijati. Zatim istražujemo odvijaju li se faze na način na koji bi se trebale odvijati (primjerice CTG-om) i koristimo tehnologije kako bismo ih doveli na „pravi“ put (umjetni oksitocin, epiziotomije, forceps, carski rez). Dakle, kada je nesretni ishod sada disfunkcionalnog poroda fetalni distress, spašavamo ga korištenjem još više tehnologije. Zatim si čestitamo kako smo dobro obavili posao, baš kao što su graditelji mrjestilišta lososa koje je Reynolds posjetio u Kaliforniji stavili plaketu na zid kako bi sebi čestitali što su „spasili losose“ (usp. Davis-Floyd 1994: 1127).

5.3. Opstetrički rituali kao odgovor na kulturne anomalije

Robbie Davis-Floyd razvila je tezu da se temeljni sustav vrijednosti našeg društva zasniva na znanosti i tehnologiji, na institucijama kroz koje se te ideje prenose u društvo, te na patrijarhalnom sustavu putem kojeg se ove institucije vode. Činjenica da je porod stalni podsjetnik da bebe dolaze od žena i od prirode, a ne od tehnologije i kulture, našu kulturu stavlja u poziciju da se nosi s nekoliko praktičnih dilema: Kako učiniti da porod, tako moćan ženski fenomen, podupire umjesto da potkopava patrijarhalni sustav na kojem se naše društvo još uvijek temelji? Kako pretvoriti prirodni i individualni proces poroda u kulturni obred prijelaza koji uspješno prenosi dominantni temeljni sustav vrijednosti na pojedince? (usp. Davis-Floyd 1990: 175). U nastavku ću predstaviti neke od paradoksa za koje je kultura trebala pronaći rješenje kako ne bi potkopali fragilni tehnološki konceptualni sustav oko kojeg se suvremena društva, uključujući naše, organiziraju.

I kako kaže antropologinja Mary Douglas,

„kultura, ako je shvatimo kao javni, standardizirani sustav jedne zajednice, usmjerava iskustva pojedinca. Unaprijed daje neke osnovne kategorije, pozitivan obrazac unutar kojeg su ideje i vrijednosti uredno raspoređene. (...) Svaki sustav klasifikacija mora uzrokovati anomaliju, i svaka se kultura mora suočiti s događajima koji su naočigled

suprotstavljeni njenim postavkama. Ne može zanemariti anomalije koje nastaju u njenom sustavu, osim po cijenu narušavanja danog joj povjerenja. I zbog toga svaka kultura, koja s pravom nosi taj naziv, sadržava razne odredbe za postupanje s dvodsmislenim događajima ili anomalijama“ (Douglas 2004: 66-67).

Dakle, naše društvo je konceptualno utemeljeno u tehnološkom modelu stvarnosti, i prema tome ima interes u održavanju konceptualne vjerodostojnosti tog modela. Osim toga, svako se društvo u razvijanju svog sustava uvjerenja mora konceptualno odvojiti od prirodnog svijeta iz kojeg je nastalo, odnosno odlučiti gdje kultura počinje, a gdje priroda završava (usp. Davis-Floyd 1990: 179).

Budući da novi članovi zajednice ulaze u kulturu samo putem prirode, porod kao takav preispituje sve konceptualne granice koje je kultura pokušala ustanoviti između sebe i prirode: on negira tehnološki model budući da nas suočava sa slikovitim dokazom da bebe dolaze od žena i prirode, a ne od tehnologije i kulture. Najčešći kulturološki odgovor na ovakvu vrstu konceptualne prijetnje je zatvaranje događaja od svakodnevnog društvenog života, stvarajući posebnu kategoriju „tabua“. Prema Mary Douglas, tabu je „spontano sredstvo koje služi za zaštitu određenih životnih kategorija. Tabu štiti lokalno stajalište o ustroju svijeta. Učvršćuje nepostojane istine. Smanjuje intelektualni i društveni nered.“ (Douglas 2004: 10). Naša je kultura tabuizirala porod zatvarajući ga u bolnice, baš kao što čini i s ostalim podsjetnicima naše podčinjenosti prirodi: s bolesti i sa smrću (usp. Davis-Floyd 1990: 180).

Još jedan način rješavanja ovog paradoksa je „deaktiviranje konceptualne bombe kroz pažljivo i ustrajno izvođenje rituala dizajniranih da oblikuju proturječni fenomen u prividnu suglasnost sa službenim uvjerenjima društva“ (Vogt E. Z., *Torillas for the Gods: A Symbolic Analysis of Zinacanteco Rituals*, 1976., prema Davis-Floyd 1990: 180). Kako to Davis-Floyd tumači, nakon što žena uđe u bolnicu, simbolički joj se oduzima njena individualnost, autonomija i seksualnost dok prolazi proces „pripreme“, koji uključuje odvajanje od supruga, svlačenje vlastite odjeće, oblačenje bolničke spavačice, brijanje stidnih dlaka i ritualno čišćenje klistirom. Nakon što je se tako obilježi kao vlasništvo institucije može joj se pridružiti suprug, ako ona to želi, i zatim liježe na krevet. Intravenozna igla stavlja joj se u ruku – simboličkim jezikom ova radnja predstavlja ženinu pupčanu vrpču s bolnicom, označavajući njenu potpunu ovisnost o instituciji za svoj život, prenoseći joj poruku da nije ona ta koja daje život, već *institucija* (usp. Davis-Floyd 1990: 180).

Vaginalni pregledi otvaranja cerviksa izvode se svakih sat do dva, intervencija koju komentira kazivačica:

„Što oni imaju od te informacije? To je po meni jedna od najnepotrebnijih intervencija. S tom se informacijom ne zna ništa, jer se nijedan porod ne događa po nekoj krivulji. Niti jedan. Teoretski bi mogao postojat jedan porod koji će takvu krivulju zauzet, a možda ni on. Žena nepotrebno prolazi kroz vaginalni pregled. Ako joj kažeš da je dobro otvorena to ionako može stati i ne micati se sljedećih nekoliko sati, tako porođaj prirodno funkcionira. Ako joj kažeš da nije dobro otvorena počneš vršiti pritisak na nju, ona se počne osjećati da nije dobra, da ne radi dobro.“ (Ivana)

Ako se otvaranje ne odvija prema standardnim grafovima, roditelja u pravilu prima umjetni oksitocin, tzv. *drip* kako bi se porod ubrzao. Ovo „pojačavanje poroda“ jasno pokazuje ženi da je njena „mašina“ defektna jer ne može zadovoljiti proizvodnju prema zadanom rasporedu. Međutim, ovom općem pravilu treba dodati da, prema saznanjima koje sam dobila razgovarajući sa ženama koje su rodile u Hrvatskoj, izgleda da u našim rodilištima umjetni oksitocin primaju gotovo sve roditelje koje uđu u rađaonicu, bez obzira na napredovanje porođaja.

„Skoro sam rodila na skalama od bolnice. Na brzinu su me stavili u rađaonicu i rodila sam u roku od par minuta.“ Na pitanje je li dobila drip, kaže: „normalno da sam ga dobila. Čim sam legla stigli su mi dat drip, prije nego sam rodila. U sva tri poroda sam dobila drip čim sam ušla u rađaonicu.“ (Ana)

Još jedan od pokazatelja odnosi moći je obvezni ležeći položaj u kojem se porod u rodilištima rutinski obavlja. U takozvanom ginekološkom položaju žena leži s podignutim nogama i stražnjicom na samom rubu stola za rađanje, što potvrđuje proces simboličke inverzije od autonomije i privatnosti u ovisnost i potpunu izloženost. Time se izražava i pojačava njena nemoć, kao i moć društva u vrhunskom trenutku njene individualne transformacije (usp. Davis-Floyd 1990: 180).

„Onaj njihov položaj je kriminalan. Ženu s time mučiš, ja ne znam kako to ijedna žena koja ima imalo svijesti o svom tijelu prihvati.“ (Martina)

Mehanicistička priroda poroda ženi se demonstrira i davanjem analgezije ili anestezije: fiziološko odvajanje uma od tijela koje ukazuje da je njeno tijelo-mašina koje proizvodi bebu potpuno drugi entitet od nje same. Ova se poruka pojačava i CTG-om pričvršćenim oko struka kako bi se nadgledala snaga njenih kontrakcija i djetetovi otkucaji srca. To pojačava poruku da je beba kao proizvod bolnice u potencijalnoj opasnosti od inherentne defektnosti majke kao stroja za rađanje.

Kada se bliži trenutak poroda, radnje koje se izvode na ženi se intenziviraju. Sterilne plahte kojima se ona tada pokriva naglašavaju jasno razgraničenje kategorija, grafički ilustrirajući ženi da je njena beba, proizvod društva, čista i neokaljana, i da je se mora zaštititi od fundamentalne nečistoće njenoga tijela, kao i od njene seksualnosti. Opstetričar majci daje upute kako i kada

da tiska, uhvati bebu i predaje je medicinskoj sestri, objavljujući pritom spol (usp. Davis-Floyd 1990: 180).

„Ono kad kreće izgon pa su svi tu. Sve što žena treba u izgonu je opet i dalje samo sebe. To je ta postavka da je žena neki objekt kojim se manipulira i razdvaja je se od nečeg stranog što je u njoj.“ (Ivana)

Ovim se procedurama prirodni proces poroda dekonstruira u segmente koje se može lako identificirati, da bi ga se potom rekonstruiralo kao mehanički proces. Tako porod naizgled potvrđuje, umjesto da preispituje tehnološki model stvarnosti.

Sljedeća konceptualna dilema koju je društvo trebalo riješiti je činjenica da proces kao što je porod nosi određenu opasnost po uređenje društva budući da, kad su nekanalizirana, individualna transformativna iskustva često stavljaju u pitanje vladajući sustav uvjerenja (Davis-Floyd 1990: 182). Društvo u takvim slučajevima generalizira individualnu transformaciju putem pomno osmišljenog procesa zvanog obred prijelaza ili *rite de passage*. Tvorac pojma, francuski antropolog i folklorist Arnold van Gennep u svom je djelu „Obredi prijelaza“ („Les Rites de Passage“ 1909) prijelaznim stanjima dao ozbiljna društvena značenja:

„Društvo je promatrao kao kuću sa sobama i hodnicima kod kojih se prijelaz iz jednoga u drugi smatrao opasnim. Opasnost leži u prijelaznim stanjima, jednostavno zato što sam prijelaz ne pripada ni jednom ni drugom stanju, on je neodređen. Osoba koja mora prijeći iz jednog stanja u drugo čini opasnost za sebe i za druge. Ritual kontrolira tu opasnost i jasno odjeljuje pojedinca od njegova starog stanja, odvaja ga na neko vrijeme od društva i zatim javno proglašava njegov ulazak u novo stanje“ (Douglas 2004: 133).

Obred prijelaza služi kao most sačinjen od rituala, dizajniranih da sigurno prenesu pojedinca u tranziciji iz jednog društvenog stanja u drugo, kao i da kognitivno transformiraju tog pojedinca u njegovim vlastitim očima, ali i u očima društva. I u današnjem društvu porod predstavlja inicijacijski obred prijelaza za majku, koji se, kako je već spomenuto, ostvaruje kroz jasno definirane rituale. Ti transformacijski rituali šalju poruke kroz simbole, onima koji ih izvode, ali i onima koji ih primaju ili promatraju.

Poruka sadržana u simbolu prije će biti doživljena holistički, kroz tijelo i emocije, nego analitički dekodirana intelektom. Između poruke i primatelja ne postoji konceptualna distanca, te primatelj ne može svjesno odlučiti hoće li prihvatiti ili odbiti poruku koju nosi simbol. „Prema tome, konačni efekt repetitivne serije simboličkih poruka poslanih kroz ritual može biti iznimno moćan: prenoseći model stvarnosti koji je prezentiran kroz ritual na individualno uvjerenje i vrijednosti sustav primatelja, individualni kognitivni sustav usklađuje se s onim šireg društva“ (Munn 1973:606, prema Davis-Floyd, 2004).

Korijenita emocionalna i psihološka integracija društvenog dubokog poštovanja i ovisnosti o tehnologiji, kao i primarno muškog svijeta koji je ta tehnologija izgradila, iznimno je bitna tijekom ženinog obreda prijelaza u majčinstvo, budući da će ona biti primarni socijalizator novog člana društva – svog djeteta (usp. Davis-Floyd 1990: 182).

Premda se moderna misao zasniva na pretpostavci da su obredi prijelaza, kao i praznovjerja i tabui koji okružuju porod ostali u našoj prošlosti i danas se mogu vidjeti samo u „primitivnim“ društvima, Davis-Floyd pokazuje upravo suprotno: došlo je do „re-ritualizacije“ poroda u izvedbi tehnokratskog modela, čija je razrađenost do najsitijeg detalja bez presedana u kulturološkom smislu.

Osim toga, tehnokratski model egzistira u društvu koje ga je većinski nesvjesno, te on kao takav zahtijeva još intenzivnije razrađene rituale od onih koje prezentiraju eksplicitni sustavi vjerovanja (poput, primjerice, Katoličanstva) jer se takvi nesvjesni modeli prenose isključivo kroz rituale i simbole. Maskirajući ga u niz radnji koje naizgled imaju svoju medicinsku svrhu, razrješava se dilema društva koje nastoji izgledati što je više moguće racionalno, znanstveno i ne-ritualno. Tako se porod uspješno izvodi kao obred prijelaza, a da pritom uopće ne *izgleda* ritualno (usp. Davis-Floyd 1990: 182).

I konačno, od renesanse naovamo se, paralelno s razvojem filozofske misli koja je postala temeljem mehanicističkog poimanja svijeta, događala i fragmentacija sustava organizirane religije, dotadašnjega nosioca konceptualnog okvira europskoga društva. Tako se mehanicistički model prometnuo u konceptualni faktor koji ujedinjuje kozmos i društvo. Primarna odgovornost za ljudsko tijelo, koja je dosad pripadala religiji, predana je u ruke medicinskoj profesiji (usp. Davis-Floyd 1990: 117). „Medicina se može promatrati kao sekularna religija kada znamo da je uvjerenje u njene moći bazirano na mitovima o prošlosti i vjeri u sadašnjost“ (Hart 1985: 117, prema Cahill 2001: 335).

Zanimljivo je da je u srednjovjekovnoj Europi porod predstavljao jednake konceptualne izazove s kojima se društvo, u skladu s duhom vremena, nosilo na drugačiji način. Porod je bio isključivo ženski fenomen, ali zato je bilo smatrano da je beba nečista, rođena u stanju okaljivosti istočnim grijehom, sve dok muški svećenik nad njom ne obavi obred krštenja, omogućujući spas duše, odnosno odlazak u raj. Ženski je fenomen time bio kanaliziran kako bi ipak ostao podčinjen patrijarhalnom uređenju društva. Ritual krštenja jasno je izražavao visoku vrijednost koju je srednjovjekovna Europa pridavala muškoj sferi i fundamentalnu kulturnu devalorizaciju ženske (usp. Davis-Floyd 1990: 184).

Feministička teoretičarka Elizabeth Grosz u knjizi *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism* (1994.) upozorava na opasnost dihotomija te kako „razmišljanje u dihotomijama stvara hijerarhiju i postavlja dva suprotna termina tako da privilegiranom terminu drugi negativan termin postaje pandemonij“ (Marjanić 2017: 1). Baš poput mnogih drugih kulturnih institucija, i moderno porodništvo ima temelje u srednjovjekovnom sustavu Katoličke Crkve obilježenom simboličkim opozicijama između desnog i lijevog, muškog i ženskog: sustava uvjerenja koji drže konceptualnu hegemoniju nad Europom već više od tisuću godina (Davis-Floyd 1990: 182).

6. ZAKLJUČAK

U ovom sam radu ustanovila kako nam je kao društvu iznimno teško suzdržati se od korištenja tehnologije i intervencija tijekom porođaja zbog vječne težnje čovjeka da ovlada svakim djelićem prirode kojim može. I čak kada loše posljedice i nagomilavanje dokaza pokazuju da pokušaj kontrole poroda ne daje dobre rezultate, odnosno da bismo ga u većini slučajeva naprosto trebali pustiti da se odvija prirodnim tijekom, opravdavamo petljanje u prirodni proces smanjenjem smrtnosti u odnosu na vrijeme kada su uvjeti života i medicinsko znanje bili puno lošiji i manje napredni.

Budući da porod u svim kulturama okružuju rituali i tabui, objasnila sam kako smo, premda djeluje nevjerojatnim, nesvjesno ritualizirali porodničke prakse za koje vjerujemo da su premještanjem u bolnice uspješno izmaknute iz područja praznovjerja i bapskih priča koje su ih nekada okruživale. Zato će nam razumijevanje otpora koje imamo prema mijenjanju radnji okamenjenih u ritual dopustiti da takvu vrstu iracionalnog ponašanja podvrgnemo detaljnoj reevaluaciji kako bismo majkama, bebama i obiteljima pružili najbolja moguća iskustva i ishode. Premda trenutne porodničke prakse postoje da bi nam dale osjećaj sigurnosti pred nekontroliranom silom prirode, istinski bi racionalno bilo da primijenimo postojeća saznanja o njihovim štetnim posljedicama, ali i o samoj fiziologiji poroda, koja nas naizgled niti ne zanima. I premda ovakva promjena paradigme u praksi uglavnom znači da porod vode primalje, bilo da se odvija u domu roditelja, u kućama za porode ili izdvojenim primaljskim jedinicama u bolnicama, to ne isključuje daljnje usavršavanje stručnog kadra ginekologa-opstetričara i tehnoloških pomagala, ali oni tada ostaju u specijaliziranom području rizičnih slučajeva, u kojem se rizici koje intervencije neminovno sa sobom nose mogu opravdati spašavanjem života, a ne strahom od potencijalne komplikacije koja se može i ne mora dogoditi.

I dok zagovornici kućnog poroda naglašavaju štetnost obveznog ležećeg položaja i rutinskih intervencija izvođenih u bolnici, oni koji ga ne preporučuju često naglašavaju da je porod proces u kojem su dva života u riziku ako nešto krene po zlu te kako bolnica pruža najbolju opciju da se situacije u kojima je potrebna hitna intervencija dobro završe po majku i po dijete. Premda se svi možemo složiti o važnosti sigurnosti, potonji najčešće zanemaruju činjenicu da većina žena s urednim trudnoćama i porođajima imaju psihičke i/ili fizičke posljedice bolničkog vođenja poroda. Porod zaista jest intenzivno iskustvo s elementima boli, ali malo tko postavlja pitanje je li strah od poroda koji se perpetuira strašnim pričama produkt same prirode poroda ili lošeg odnosa prema roditeljama, prisilnog ležećeg položaja, umjetnog oksitocina i kaskade

intervencija općenito. Premda, zbog vlastitog iskustva poroda u bolnici u kojem nisam imala pravo odbiti neopravdane intervencije, imam sklonost prema porodu izvan bolnice, želim naglasiti da mislim da bismo u Hrvatskoj trebali pronaći način da ženama pružimo mogućnost izbora mjesta poroda, kao i mogućnost ginekolozima-opstetričarima da promijene praksu koja im je, zbog trenutnih zakonskih regulacija, itekako nametnuta. Zaključak je uvijek isti, nedostaje političke volje da se porod u Hrvatskoj bolje uredi, te da se i medicinskom osoblju omogući prostor za preispitivanje problematičnih praksi i mijenjanje slike poroda nabolje.

Budući da je način na koji kao vrsta opstajemo, priroda je, srećom, učinila porod veoma otpornim procesom pa će u većini slučajeva završiti dobro, bilo da ga primalja vodi podupirući njegov prirodni put ili da ga opstetričari pokušavaju mijenjati i kontrolirati raznim intervencijama. Ne radi se, stoga, o pitanju je li porod bolji i sigurniji u bolnici ili kod kuće, već koja mu kultruološka značenja pridajemo kada ostaje u privatnoj sferi doma ili kada se rutinizirano obavlja u nadležnim institucijama. U prvom slučaju mi smo maleni dio svemira, dio Božje kreacije, dok smo u drugoj mi kreatori, mi smo bogovi (usp. Davis Floyd 1990: 1138).

„Problemi nastaju kada se miješamo u plan prirode, kada egoistično vjerujemo da mi imamo dizajn koji nadilazi original, i kada vjerujemo da naša tehnologija može proizvesti proces porođaja superioran prirodnom. Kada postanemo toliko samouvjereni da mislimo da možemo reproducirati i redizajnirati jedan tako kompleksan događaj kao što je porod, mi zapravo pretpostavljamo da se možemo igrati Boga (...) Vjerujemo da je za porod potreban timski rad majke, maternice i bebe, te da svi troje instiktivno znaju kako raditi zajedno kako bi dovršili ovaj proces“ (Cohen i Esner, 1983., prema May, 2017).

BIBLIOGRAFIJA

BATINICA, Maja, GRGURIĆ, Josip, MLADIĆ BATINICA Inga. 2014. *Salutogeni pristup u promicanju kardiovaskularnog zdravlja*, Promocija zdravlja i prevencija bolesti u djece i mladih. časopis Medix, XX (112): 68-73. Dostupno na http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2014/12/medix_112_68-73.pdf (pročitano 12. rujna 2020.)

BELL, Catherine. 1997. *Ritual. Perspectives and Dimensions*. Oxford: Oxford University Press

BRENKO, Aida, DUGAC, Željko i RANDIĆ, Mirjana. 2001. *Narodna medicina*. Zagreb: Etnografski muzej

BUCKLEY, Sarah J. 2015. *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies and Maternity Care*. Washington D.C.: National Partnership for Women & Families

CAHILL, Heather A. 2001. *Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis*. Journal of Advanced Nursing, 33(3), 334-342.

ČAPO ŽMEGAČ Jasna et al. 1998. *Etnografija. Svagdan i blagdan hrvatskoga puka*, Zagreb: Matica hrvatska

DAVIS-FLOYD, Robbie, CHEYNEY, Melissa. 2019. *Birth in Eight Cultures*. Illinois: Waveland Press

DAVIS-FLOYD, Robbie. 1992./2003. *Birth as an American Rite of Passage*. Berkley and Los Angeles, California: University of California Press

DAVIS-FLOYD, Robbie. 2004. „The Technocratic Model of Birth“. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/265100185_The_technocratic_model_of_birth 8 (pročitano 1. srpnja 2020.)

DAVIS-FLOYD, Robbie. 2001. „The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth“. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/230669902_The_Technocratic_Humanistic_and_Holistic_Models_of_Birth#fullTextFileContent (pročitano 7. srpnja 2020.)

DAVIS-FLOYD, Robbie, DAVIS, Elizabeth. 1996. „Intuition as Authorative Knowledge in Midwifery and Childbirth“, Medical Anthropology Quarterly, 10(2):237-69.

DAVIS-FLOYD, Robbie. 1994. *The Technocratic Body: American Birth as Cultural Expression*. *Social Science & Medicine*, 38 (8):1125-1140.

DAVIS-FLOYD, Robbie. 1990. *The Role of Obstetrical Rituals in Resolution of Cultural Anomaly*. *Social Science & Medicine*, 31 (2): 175-189.

DEVRIES, Raymond et al. 2001. *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. London/New York: Routledge

DONNA, Sylvie (ur.) 2011. *Promoting Normal Birth. Research, Reflections and Guidelines*. UK: Fresh Heart Publishing

DOUGLAS, Mary. 2004. *Čisto i opasno: antropološka analiza pojmova čistoće i tabua*. Zagreb: Algoritam

DRAŽANČIĆ, Ante i suradnici. 1994. *Porodništvo*. Zagreb: Školska knjiga

DRAŽANČIĆ, Ante. 2008. *Kamo kreće hrvatska perinatologija*. 2008. *Gynaecologia et Perinatologia*, 17 (4): 191-194.

GEIGER, Marija. „S onu stranu monokulture – tradicijska ekološka znanja i novi ekološki svjetonazor“, dostupno na: https://www.pilar.hr/wp-content/images/stories/dokumenti/lay_razvoj/lay_kb_109.pdf (pročitano 14. kolovoza 2020.)

GOER, Henci. 2016. *Dueling statistics: Is Out-of-Hospital Birth Safe?* *The Journal of Perinatal Education*, 25(2): 75–79.

GRUBER, Kenneth J., CUPITO, Susan H., DOBSON, Cristina F. 2013. *Impact of Doula on Healthy Birth Outcomes*. *The Journal of Perinatal Education*, 2013 Winter; 22(1): 49–58.

HUMPHREY, Caroline, LAIDLAW, James. 1994. *The Archetypal Actions of Ritual. A Theory of Ritual Illustrated by the Jain Rite of Worship*. New York: Oxford University Press

HUTTON, Eileen K. et al. 2019. *Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses*. *The Lancet*, 14: 59–70.

JELAVIĆ, Željka. 2009. „O majčinstvu, kapitalu i konvenciji za prava majki“. (Razgovarala Suzana Marjanić). *Treća*, broj 1, vol. XI, 2009., str. 67–81.

JORDAN, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Waveland Press: Illinois

MARJANIĆ, Suzana. 2017. *Žena – trudnica – majka: Zelene sfere i nekropolitike*, katalog izložbe, kustosica Anita Zlomislić. Zagreb: Galerija Vladimir Bužančić

MATÉ, Gabor. 2019. *When the Body Says No. The Cost of Hidden Stress*. London: Vermilion

MAY, Maureen. 2017. *Epiduralized Birth and Nurse-Midwifery. Childbirth in the United States. A medical ethnography*. Sampson Book Publishing

MERCHANT, Carolyn. 1989. *The Death of Nature*. New York: Harper & Row

ODENT, Michel. 2016. „The right to challenge tradition and cultural conditioning“, *Midwifery Today*, Autumn 2016; (119): 19-22.

PROSEN, Mirko, TAVČAR KRANJC, Marina. 2013. *Sociological Conceptualization of the Medicalization of Pregnancy and Childbirth: The Implications in Slovenia*. *Revija za sociologiju* 43, 3: 251-272.

SIMONDS, Wendy, KATZ ROTHMAN Barbara, MELTZER NORMAN Bari. 2007. *Laboring On. Birth in Transition in the United States*. New York: Routledge

TRESSOLINI, Carol P. and the Pew-Fetzer Task Force. 1994. *Health Professions Education and Relationship-Centered Care*. San Francisco: Pew Health Professions Commission

UZELAC, Ana. 2016. *Iatrogenesis: Melankolija maternice*, Diplomski rad. Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Umjetnička akademija u Osijeku, Odsjek za likovnu umjetnost

VITEZ, Zorica. 1998. „Iskorak iz svakidašnjice“, U *Etnografija: svagdan i blagdan hrvatskog puka*. / Jasna Čapo Žmegač [et. al.]; suradnici Reana Senjković [et. al.]. Zagreb: Matica hrvatska, str. 51–243.

VONDRAČEK-MESAR, Jagoda. 1993. „Rađanje bez ičije pomoći u nekim južnoslavenskim krajevima“. *Etnološka tribina* 16:1173–182.

VONDRAČEK MESAR, Jagoda. 1993a. *Izolacija roditelja u Hrvata u južnoslavenskom kontekstu*. Magistarski rad – Odsjek za etnologiju, Filozofski fakultet u Zagrebu 1993. IEF (Institut za etnologiju i folkloristiku) rkp. 1431.

LINKOVI

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Izvešće o porodima u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj 2018. godine*, dostupno na stranici: <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjesce-o-porodima-u-zdravstvenim-ustanovama-u-hrvatskoj-2018-godine/> (pročitano 12. studenog 2020.)

Hrvatska komora primalja. Intervju s Žarkom Alfirevićem, dostupan na: <https://www.komora-primalja.hr/2010/05/05/zarko-alfirevic-qda-u-britaniji-vodim-porod-kao-u-hrvatskoj-zavrshio-bih-na-suduq/> (pročitano 4. kolovoza 2020.)

Udruga Roditelji u akciji. *Zašto je stopa carskih rezova u stalnom porastu u Hrvatskoj?*, dostupno na: <https://www.roda.hr/portal/porod/kako-radamo/zasto-je-stopa-carskih-rezova-u-stalnom-poratu-u-hrvatskoj.html> (pročitano 12. studenog 2020.)

Europski sud za ljudska prava. presuda *Pojatina protiv Hrvatske*, dostupna na: <https://uredzastupnika.gov.hr/UserDocsImages//dokumenti/Presude%20i%20odluke//Pojatina%20protiv%20Hrvatske,%20presuda.pdf> (pročitana 23. srpnja 2020.)

KAZIVAČICE

Tadin, Ivana (33), magistra građevine i *doula*, Kaštel Gomilica

Rubić, Ana (52), direktorica tvrtke, Split

Rubić, Jelena (78), domaćica, Split

Martina (40-ak godina), socijalna radnica, Komiža