

UPRAVLJANJE POROĐAJEM U SRBIJI: Medicinske intervencije i porođajna iskustva*

UDK: 618.2(497.11)

Originalni naučni članak

Biljana STANKOVIĆ,

Milica SKOČAJIĆ,

Ana ĐORĐEVIĆ**

Doktorandkinja,

Filozofski fakultet,

Univerzitet u Beogradu

U ovom radu bavile smo se načinima na koje je porođaj regulisan u lokalnim porodilištima u Srbiji kroz primenu različitih medicinskih intervencija i tehnika, u okviru kojih porođaj kao fiziološki proces biva transformisan u aktivno vođen proces u kome medicinsko osoblje preuzima ključnu ulogu. Medikalizacija i hospitalizacija porođaja menjaju način na koji je on reprezentovan i tretiran u lokalnim institucionalnim okolnostima, ali i način na koji žene doživljavaju sopstveni porođaj. Cilj naše studije bio je da na osnovu analize izveštaja žena ispitamo koliko su u konkretnim porodilištima zastupljene pojedine medicinske intervencije kao i kakve posledice određene intervencije imaju po iskustva žena. Uzorak je činilo 1460 žena koje su se u poslednjih pet decenija porođale u nekom od 30 porodilišta u Srbiji. Rezultati pokazuju da se određene potencijalno rizične intervencije i prakse na porođaju sprovode češće nego što je to sugerisano u preporukama Svetske zdravstvene organizacije (na primer, indukcija porođaja, epiziotomija), dok intervencije koje bi olakšale porođajno iskustvo (na primer, epidural) nisu u dovoljnoj meri zastupljene ili dostupne svim ženama. Pored toga, ubedljivo je pokazano da je višak intervenisanja na porođaju dosledno povezan sa negativnim iskustvima žena na porođaju. Sa druge strane, dobijanje epiduralne anestezije se pokazuje kao protektivni faktor kada je reč o iskustvu na porođaju, makar kad je u pitanju izlaženje na kraj sa bolom i adekvatno nošenje sa celokupnom situacijom. U diskusiji su razmatrani dometi i ograničenja ove studije u razumevanju toga kako se porođaj medicinski

* Ovaj članak je rezultat rada na projektima broj 179035 i 179018 koji su finansirani od strane Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

** Ana Đorđević je stipendista Ministarstva za prosvetu, nauku i tehnološki razvoj.

biljana.stankovic@f.bg.ac.rs; skocajicm@gmail.com; ana.djordjevic@f.bg.ac.rs

reguliše u porodilištima u Srbiji i sa kakvim posledicama po iskustvo žena, a ponuđene su i preporuke za buduća istraživanja i praksu.

Ključne reči: porođaj, medicinske intervencije, porođajno iskustvo

1. UVOD: MEDIKALIZACIJA POROĐAJA

*P*OROĐAJ PREDSTAVLJA PARADIGMATIČAN primer prirodnog procesa koji je tokom ljudske istorije – kao posledica najrazličitijih socio-kulturnih reprezentacija, normi, praksi i posredovanja – doživeo radikalne transformacije. Ono što specifično odlikuje porođaj u savremenom dobu jeste njegovo izjednačavanje sa biološkim tj. fiziološkim događajem koji predstavlja objekat medicinskog znanja i tehnološki posredovanih intervencija. Porođaj je ujedno veoma značajan događaj u životu ogromnog broja žena i način na koji je reprezentovan i regulisan u savremenom kontekstu suštinski oblikuje njihovo iskustvo i doživljavanje. Proces medikalizacije porođaja započeo je sa modernim dobom, dok je do tehnologizacije i institucionalizacije porođaja došlo nešto kasnije (Duden 1993; Kukla 2005; Moscucci 1990). Svi ovi procesi doživeli su kulminaciju tokom 20. veka kada je u zapadnom društvu postalo sasvim uobičajeno da se svaki porođaj posmatra kao potencijalno rizičan i patološki, zbog čega je neizostavno da u njegovo nadgledanje i vođenje budu uključeni visoko obrazovani medicinski stručnjaci koji će se oslanjati na medicinsku tehnologiju, i to u bolničkom okruženju (Gannon 1998; Savage 2003).

Na savremen model regulacije porođaja u literaturi često se referira kao na medicinski ili tehnokratski, a brojne, pretežno feministički orijentisane autorke, ukazuju na niz negativnih posledica koje dogmatična primena ovog modela ima po žene i bebe, tj. njihovu kako psihičku tako i telesnu dobrobit (npr. Davis-Floyd 1993; 2001; Kitzinger 2006; Lyerly 2006; Rich 1986; Young 2005). Jedan od aspekata ove situacije je i to što se uspešnost tretmana porođaja po pravilu procenjuje samo na osnovu krajnjeg ishoda koji je izražen isključivo u terminima fizičkih indikatora zdravlja bebe i majke¹, dok se sam proces smatra irelevantnim. Kao

1 Krajnji izraz ove tendencije predstavlja navođenje stopa fetalnog i maternalnog mortaliteta kao jedinih relevantnih kriterijuma za procenu kvaliteta zdravstvene zaštite majke i deteta.

posledica toga, subjektivni, doživljajni, aspekt čitavog procesa se po pravilu izostavlja ili ignoriše (Baker, Choi, Henshaw i Tree 2005; Young 2005). Ipak, u mnogim razvijenim zemljama se tokom prethodnih decenija isključivi fokus na telesno proširuje kako bi uključio i uvažio i preferencije pacijenata koji se prepoznaju kao *korisnici* zdravstvenih usluga (Arney i Bergen 1984; Savage 2003). Ovaj trend nije zaobišao ni oblast akušerstva, pa se u mnogim sredinama sve više prepoznaje značaj uzimanja u obzir perspektive žene koja se porađa i njenih potreba kako bi se obezbedila adekvatna nega tokom porođaja (Chadwick, Cooper i Harries 2014; Hodnett 2002; Pittrof, Campbell i Filippi 2002; WHO 2004). Tome su doprineli i nalazi brojnih studija koje su ukazale na značaj psiholoških aspekata porođaja i porođajnog iskustva žena za niz postporođajnih ishoda, uključujući postnatalnu depresiju, post-traumatski stresni poremećaj i druge negativne indikatore psihofizičkog funkcionisanja² (Bielinski-Blattmann, Gürber, Lavallee, Grob, Surbek i Stadlmayr 2016; Creedy, Shocet i Horsfall 2000; Elmir, Schmied, Wilkes i Jackson 2010; Olde, Van der Hart, Kleber, Van Son, Wijnen i Pop 2005; Soet, Brack i Dilorio 2003; Thomson i Downe 2008).

Istraživanja različitih aspekata porođaja i porođajnog iskustva u internacionalnom kontekstu prisutna su već decenijama i skoro je nemoguće, posebno na prilično ograničenom prostoru, sumirati čak ni osnovne nalaze do kojih se došlo. Relevantnu istraživačku tradiciju za kontekstualizovanje ovog rada predstavljaju studije onih, pre svega feministički orijentisanih autorki, koje su kritički preispitivale medicinske intervencije i tehnološku regulaciju porođaja u naglašeno patrijarhalnom institucionalnom okruženju koje je prepoznato kao višestruko otuđujuće za žene (Beckett 2005; Davis-Floyd 1993; Lyerly 2006; Martin 1984; Rich 1986; Young 2005).

U našoj zemlji su istraživanja porođaja, koja bi mogla da se svrstaju u oblast društvenih nauka, prilično retka.³ Tek poslednjih godina pojavile su se studije koje

² Uobičajeno se smatra da negativne posledice po mentalno zdravlje kao posledicu iskustva na porođaju razvija izrazito mali procenat žena, ali novija istraživanja ukazuju da to nije sasvim tačno. Iako najviše 5-6% žena razvije punu PTSD simptomatologiju (na osnovu DSM IV kriterijuma; prema Harris, iAyers 2012; Creedy, Shocet i Horsfall 2000), procenjuje se da oko 30% žena pokazuje bar neke od simptoma traumatizovanosti (Czarnocka i Slade 2000; Creedy, Shocet i Horsfall 2000; Soet et al. 2003).

³ Svakako postoji izvestan broj radova koji su usmereni na pitanja reproduktivnih prava i populacione politike (npr. Bracewell 1996; Drezgic 2004; Shiffman, Skrabalo i Subotic 2002), ali se oni ne tiču konkretno porođaja, niti, zbog specifičnog fokusa, uključuju perspektivu žena.

su uključile i subjektivnu perspektivu tj. koje su bile usmerene na iskustva i potrebe žena koje se porođaju (Arsenijević, Pavlova i Groot 2014; Matejić, Šantrić, Milićević, Vasić i Đikanović 2014; Sekulić 2016; Stanković 2014; 2017). Sa jednim izuzetkom, sve ove studije usmerene su na specifično institucionalne aspekte organizacije porođaja koji pokrivaju različite teme – od materijalnih uslova u porodilištima do kvaliteta odnosa između medicinskog osoblja i žena koje se porođaju. Dakle, usmerenost na medicinske intervencije i njihove psihosocijalne posledice i dalje je izuzetno retka u našem istraživačkom kontekstu. Jedini dostupni nalazi potiču iz skorašnjeg kvalitativnog istraživanja (Stanković 2014) koje je ukazalo na to da medicinsko nadgledanje i vođenje porođaja u lokalnim institucijama odlikuje pojačana sklonost ka intervencionizmu koji ima izrazito negativne posledice po iskustvo i dobrobit žena i otežava (ili čak onemogućava) ženama da imaju dovoljan uvid i aktivnu ulogu u svom porođaju. I pored toga što je ovo istraživanje pružilo bogat i detaljan uvid u porođajno iskustvo žena, njegov obuhvat je zbog praktičnih ograničenja bio relativno mali. Zbog toga je moguće da nalazi nisu reprezentativni za žene iz svih socijalnih i kulturnih slojeva i delova Srbije, kao i da se na osnovu njih ne može steći uvid u medicinski tretman porođaja u različitim delovima zemlje, što je otvorilo prostor za istraživanje koje bi ovom problemu pristupilo na obuhvatniji i sistematičniji način.

1.1. Specifičnosti lokalnog konteksta

Normativni okvir za regulisanje porođaja u Srbiji predstavlja niz zvaničnih dokumenta različitog stepena opštosti i obaveznosti – od zakona, preko nacionalnih strategija, do nacionalnih vodiča za dobru praksu. U pogledu kvaliteta zdravstvene nege na porođaju, zvanična dokumenta zagovaraju „emancipatorski pristup porođaju” i njegovu „humanizaciju”, koja uključuje i razvijanje „alternativnih pristupa porođaju kao što su ambulantni porođaj i porođaj kod kuće” (Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje ravnopravnosti polova 2008, 32). Što se medicinskih intervencija tiče, predviđeno je da se „planiranje, sprovođenje i praćenje aktivnosti i intervencija temelji na čvrstim pokazateljima, rezultatima istraživanja i pouzdanim informacijama” (Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine 2009, 7). Pored ovih opštih dokumenata, postoje i uspešni pokušaji da se razviju nacionalni vodiči za babice i lekare koji sadrže preporuke za dobru praksu u vođenju porođaja zasnovane na postojećim istraživanjima i standardima Svetske zdrav-

stvene organizacije (Fiziološki porođaj 2009; Opšti principi nege i lečenja u porodilištu 2009).

Ipak, postoji očigledan jaz između stvarne medicinske i institucionalne prakse u srpskim porodilištima i onoga što propisuju zvanična dokumenta koja su usaglašena sa standardima u drugim evropskim zemljama i preporukama SZO (Arsenijevic, Pavlova i Groot 2014; Stankovic 2013). Kada je u pitanju porođaj, žene u Srbiji imaju veoma ograničenu mogućnost izbora – one su zakonski obavezane da se porođaju u javnim medicinskim institucijama, pa procenat žena u Srbiji koje se porođaju u porodilištima uz prisustvo medicinskog osoblja, iznosi preko 99% (Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine 2009). Pritom se najveći broj porođaja obavlja na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite – dakle, u bolnicama i kliničkim centrima (Matejić, Šantrić, Milićević, Vasić i Đikanović 2014). Viši nivoi zdravstvene zaštite uglavnom podrazumevaju i rigidniju organizaciju koja je hijerarhijski uređena, što može voditi standardizovanoj i rutiniziranoj nezi koja ne uvažava dovoljno individualne specifičnosti i potrebe žena, kao i aktivnom pristupu vođenju porođaja uz nekritičko oslanjanje na medicinsku tehnologiju (Arsenijevic, Pavlova i Groot 2014). Takođe primetan je i dalji trend profesionalizacije nege na porođaju, koji se ogleda u povećanju broja lekara specijalista i smanjenju broja babica i medicinskih sestara (Odabrani zdravstveni pokazatelji 2012),⁴ što takođe može da predstavlja povoljnu okolnost za dalji trend medikalizacije porođaja.

1.2. Predmet istraživanja

Ovaj rad predstavlja deo šire studije o načinima na koje je porođaj organizovan i regulisan u medicinskim institucijama u Srbiji i posledicama koje to ima po iskustvo žena koje se porođaju. Analiza u ovom radu biće usmerena na različite aspekte *medicinskog* tretmana porođaja – konkretno, biće ispitano prisustvo i učestalost pojedinih medicinskih intervencija na porođaju u lokalnim porodilištima u Srbiji, kao i kao i načini na koje pomenute intervencije oblikuju iskustva žena na porođaju.⁵

4 Konkretno, od 2007. do 2011. godine došlo je do povećanja broja lekara specijalista ginekologije i akušerstva za 10% i, istovremeno, smanjenja broja babica i medicinskih sestara za 10% (ibid.).

5 Da se ne bi desilo da ispitanice na pitanja odgovaraju uopšteno, zamoljene su da se fokusiraju na svoja iskustva sa prvog porođaja.

2. METODOLOŠKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA

Prikazano istraživanje predstavlja deo šire anketne studije koja je bila usmerena na ispitivanje reproduktivnog i partnerskog života žena. Detaljni metodološki okvir pomenute studije prikazan je u uvodnom poglavlju ovog temata i na ovom mestu neće biti ponavljan. Prikazaćemo samo metodološke aspekte koji su specifični za deo istraživanja koji je predstavljen u ovom radu.

2.1. Uzorak

Uzorak je činilo 1460 žena koje su se porađale u 30 porodilišta širom Srbije tokom poslednjih pet decenija.⁶ Osnovne karakteristike uzorka (obrazovanje, zaposlenost, visina primanja itd), kao i detaljni kriterijumi izbora ispitanica, prikazani su u uvodnom poglavlju ovog časopisa. Ovde će biti prikazane samo neke dodatne karakteristike uzorka koje nisu prethodno prikazane, a relevantne su za analizu u ovom radu. To su vreme proteklo od prvog porođaja i veličina porodilišta u kome je prvi porođaj obavljen (Tabela 1).

Tabela 1. Neke relevantne karakteristike uzorka

	N	%
Vreme proteklo od prvog porođaja		
0-10 godina	738	50.5
11-20 godina	258	17.7
21-30 godina	337	23.1
31-40 godina	125	8.6
41-50 godina	2	0.1
Veličina porodilišta⁷		
Veće	528	36.2
Manje	932	63.8

6 Iz celokupnog uzorka bile su isključene 102 ispitanice o kojima nismo imale pouzdane informacije o mestu porođanja (uključujući žene iz kosovskog regiona, kao i one koje su se porodile u regionu bivše Jugoslavije ili inostranstvu). Ovo skraćivanje nije značajno narušilo strukturu uzorka po demografskim i SES varijablama koja je prikazana u uvodnom poglavlju, pa, zbog uštede prostora, ovi podaci neće biti ponavljani.

7 Kao veća porodilišta kategorizovane su četiri medicinske ustanove – Narodni front, GAK Višegradska, niško i novosadsko porodilište – u kojima se zbirno obavi otprilike 25 hiljada porođaja godišnje. U većini porodilišta koja su klasifikovana kao manja obavi se oko 1000 porođaja godišnje, iako ima i nešto većih ustanova. Prikazana struktura uzorka s obzirom na veličinu porodilišta adekvatno odslikava populaciju u Srbiji, jer se u četiri najveća porodilišta u Srbiji godišnje rodi približno trećina trudnih žena (Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine 2009)

2.2. Ispitivani aspekti

Pitanja koja su se odnosila na porođaj bila su organizovana u tri celine:

- prisustvo određenih *medicinskih procedura i intervencija*: indukcija (hormonski pojačane kontrakcije), ručna dilatacija, epiduralna analgezija, administiranje sedativa, pritiskanje stomaka u fazi napona (Kristeleroov zahvat), instrumentalno dovršenje porođaja (forcepsom/vakumom), epiziotomija, carski rez
- indikatori porođajnog iskustva žena: *kontrola* tj. aktivno učešće žene tokom porođaja; *objektifikacija* tj. ugrožavanje i zanemarivanje od strane osoblja; i *preplavljenost* tj. slom mehanizama prevladavanja i nemogućnost žene da se nosi sa celokupnom situacijom
- *opšte informacije* o porođaju: vreme koje je proteklo od prvog porođaja (što je relevantno kako zbog potencijalne promene medicinskog tretiranja porođaja, tako i zbog mogućnosti da se sećanje na neke aspekte iskustva izmenilo); veličina porodilišta (što je relevantno zbog potencijalnih razlika u institucionalnoj klimi zbog kojih je moguće očekivati razlike u načinima medicinskog tretiranja porođaja)

Dok su prisustvo i učestalost medicinskih intervencija ispitani nizom pojedinačnih pitanja, indikatori subjektivnog iskustva su računati kao skorovi sa *Skale iskustava sa porođaja*.⁸ Skala se sastoji od tri subskele i svi skorovi su računati zasebno. Konkretni sadržaj subskele naveden je u Prilogu 1. Viši skorovi na skalam znače pozitivnije iskustvo u svim domenima (veću agensnost, manju objektivovanost i preplavljenost). Sve subskele imaju zadovoljavajući nivo pouzdanosti (Krombahova alfa kreće se u rasponu od 0.799 do 0.817).

U analizi smo nastojali da obuhvatimo prisustvo, učestalost, ali i zajedničko javljanje medicinskih intervencija na porođaju. Za testiranje značajnosti povezanosti između ispitivanih aspekata korišćene su neparametrijske metode.⁹ Njima smo proveravale koliko se određene institucionalne prakse javljaju zajedno (pomoću

⁸ Priprema celokupne skale za objavljivanje je u toku, pa na ovom mestu, zbog uštede prostora, neće biti navođeni detaljni statistički podaci u vezi sa njom.

⁹ Ove metode predstavljaju alternativu parametrijskoj statistici. One kao uslov ne postavljaju normalnu raspodelu skorova, što odgovara raspodeli skorova u ovom istraživanju koja je zakrivljena i/ili pomerenjena, tj. značajno odstupa od normalne. Za ovo je odgovorna gotovo po pravilu neravnomerna raspodela odgovora, gde su se najčešće učesnice grupisale na one koje se sa određenim stavkama slažu i one koje se ne slažu (bimodalne distribucije) ili one gde se glavnina žena slaže ili ne slaže (asimetrične distribucije).

Hi kvadrata) i kako su ispitane medicinske intervencije povezane sa određenim iskustvima žena (pomoću Man-Vitnijičevog testa za dva nivoa, i Kruskal-Volisoovog testa za više od dva nivoa odgovora).

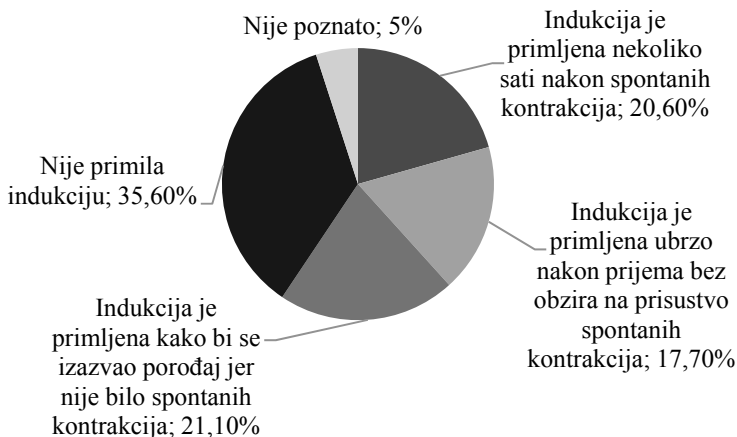
3. REZULTATI

Analiza i izlaganje nalaza organizovani su tako da je za svaku intervenciju najpre prikazana njena zastupljenost, zatim povezanost sa drugim intervencijama (ispitano je da li se neke intervencije češće javljaju zajedno nego razdvojeno), kao i povezanost sa porođajnim iskustvima žena. Intervencije su raspoređene hronološki – s obzirom na faze porođaja u kojima se javljaju. Na kraju, prikazane su jedine dve karakteristike koje su se od svih ispitanih demografskih i socio-ekonomskih varijabli ispostavile kao značajni prediktori učestalosti javljanja medicinskih intervencija na porođaju u Srbiji – veličina porodilišta i to kada je porođaj obavljen (tj. vreme proteklo od porođaja).

3.1. Indukcija

I među ženama i među medicinskim osobljem veoma raširen izraz „davanje indukcije” odnosi se na praksu administriranja hormona koji pojačavaju i ubrzavaju spontane kontrakcije (npr. sintocinona, sintetičke verzije oksitocina), kako bi se skratila i ubrzala druga faza porođaja.

Grafikon 1. Zastupljenost davanja indukcije



204 Deskriptivni podaci o zastupljenosti ove intervencije u srpskim porodilištima (Grafikon 1) ukazuju nam na to da skoro *dve trećine* žena na prvom porođaju

ju dobije hormone za izazivanje i pojačavanje kontrakcija. Pored toga, relativno su ravnomerno raspoređeni procenti žena kojima je indukcija administrirana jer nisu imale spontane kontrakcije, žena koje su indukciju dobile nakon nekoliko sati spontanih kontrakcije i žena koje su indukciju dobile ubrzo nakon prijema, bez obzira na postojanje spontanih kontrakcija. To nam govori da skoro petina žena indukciju dobija bez jasne medicinske indikacije (žene iz poslednje grupe) tj. njima se, kao *prvorotkama*, hormonski indukuje porođaj rutinski, bez obzira na praćenje toka porođaja i brzine otvaranja grlića. Ovi nalazi su posebno problematični kada se uporede sa statistikom iz drugih zemalja i preporukama Svetske zdravstvene organizacije, što je pitanje na koje ćemo se vratiti u diskusiji.

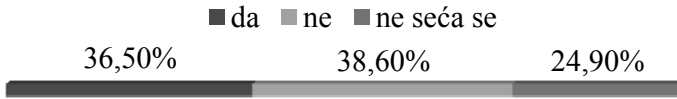
Kakve posledice ima indukcija tj. dodavanje hormona po iskustva žena sa porođaja?¹⁰ Žene koje su primile indukciju na porođaju imaju niže skorove na svim subskalama iskustava sa porođaja, odnosno, one osećaju manju usredsređenost i agensnost tokom porođaja ($U=133722.00$; $p=0.000$), kao i veću preplavljenost situacijom u kojoj se nalaze ($U=132233.50$; $p=0.000$). Takođe, osećaju se više ugroženo i zanemareno od strane medicinskog osoblja ($U=137961.50$; $p=0.000$). Doživljaj žena da manje aktivno učestvuju u svom porođaju je očekivana posledica intervenisanja od spolja, a osećaj ugroženosti i preplavljenosti povezan je sa tim što trpe znatno intenzivnije bolove, koji se kvalitativno razlikuju od bolova izazvanih „prirodnim”, neindukovanim kontrakcijama (Stanković 2014). Iako sigurno postoje situacije u kojima je medicinski uputno davati indukciju, nema opravdanja za *rutinsko* obavljanje ove intervencije, koje osim što izaziva disharmoniju prirodnih porođajnih procesa,¹¹ aktivno preplavljuje i traumatizuje ženu koja se porođaja.

3.2. Ručna dilatacija

Ručna dilatacija podrazumeva širenje grlića materice prstima od strane lekara ili babice, kako bi se porođaj ubrzao i skratio.

10 Svi delovi analize koji se odnose na iskustva samog porođaja odnose se na uzorak ispitanica iz koga su izostavljene žene koje su se planirano porodile carskim rezom, jer se pretpostavlja da je njihovo iskustvo porođaja značajno različito (zbog totalne anestezije i nedostatka svesnog prolaženja kroz proces porođaja).

11 Što potencijalno vodi lošim porođajnim ishodima, jer osim što pojačava kontrakcije, indukcija ih i ubrzava. One se zato javljaju skoro bez pauze, a, u medicinskom smislu, pauze između kontrakcija suštinske su za dobrobit fetusa, jer neprestane kontrakcije ugrožavaju protok krvi kroz placentu koja može da izazove manjak kiseonika u krvi fetusa i da ga životno ugrozi (Cunningham, Bloom, Hauth, Rouse i Spong 2010, 142).

Grafikon 2. Zastupljenost ručne dilatacije

Ono što je specifično u vezi sa ručnom dilatacijom je to da se puno žena u uzorku ne seća da li je imalo ovu intervenciju – čak četvrtina njih (Grafikon 2). Čak i kada se posmatra kategorija žena koja je imala porođaj u poslednjih deset godina (pretpostavlja se da je sećanje na porođaj kod njih svežije), procenat žena koji ne može da kaže da li im je ova intervencija vršena ostaje 21.4%. Ovaj nalaz ima dvostruki značaj. Sa jedne strane, ukazuje na to da medicinsko osoblje ne obaveštava žene o intervencijama koje vrši. Ujedno, ukazuje na to da žene nisu svesne različitih intervencija na porođaju tj. da je medicinsko tretiranje porođaja za njih relativno netransparentno,¹² što čini obaveštavanje od strane medicinskog osoblja još relevantnijim. Što se učestalosti same intervencije tiče, ako uzmemo u obzir samo žene koje se sećaju da li im je ona vršena, ručna dilatacija je zastupljena skoro kod polovine ispitanica, što je čini prilično čestom.

Uz ostale intruzivne medicinske prakse, i ručna dilatacija utiče na iskustvo žena na porođaju. Tako, žene kojima je manuelno širen grlić materice osećaju manju kontrolu nad porođajem ($U=96419.50$; $p=0.002$), osećaju se više objektivizovano od strane osoblja ($U=91443.00$; $p=0.000$) i više su preplavljene situacijom ($U=83089.00$; $p=0.000$) u poređenju sa ženama kojima ova intervencija nije vršena. Ovakav obrazac povezanosti sa porođajnim iskustvom veoma je sličan onom koji se javlja u slučaju indukcije.

Zapravo, ove dve intervencije su i međusobno povezane, jer se češće zajedno javljaju tokom porođaja. Ručna dilatacija se javlja kod 35% žena koje ne dobiju indukciju i kod čak 57% žena koje dobiju indukciju ($Hi\ kvadrat=122.968$; $p=0.000$). Ova povezanost na prvi pogled može da se interpretira kao posledica toga što se kod žena kojima se grlić sporije otvara (ili lekari procene da se sporije otvara) primenjuje više tehnika za ubrzavanje njegove dilatacije. Ipak, činjenica da se ručna dilatacija ne primenjuje češće kod žena kojima je indukcija data jer *uopšte* nisu imale spontane kontrakcije (57%), nego kod žena koje *imaju* i spontane kontrakcije

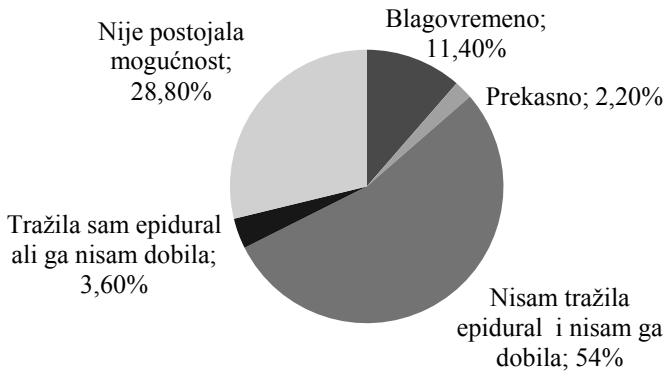
¹² Ručna dilatacija se uglavnom vrši tokom pregleda otvorenosti grlića i moguće je da žene prosto ne znaju da je medicinsko osoblje intervenisalo. Iako postoji ogromna verovatnoća da je ova intervencija bolna, postoji mogućnost da one, zbog toga što nisu obaveštene, a nemaju ni direktan uvid u to što se dešava, zapravo ne znaju čemu taj bol da pripišu.

(56.15%), ukazuje nam na to da se povezanost između ove dve intervencije ipak tiče intervencionistički orijentisane institucionalne klime.

3.3. Epidural

Epiduralna analgezija predstavlja medikamentoznu metodu za ublažavanje bolova kod porodilja koja se opciono primenjuje. Primena epiduralne analgezije je zahtevna u pogledu tehničke opremljenosti porodilišta, dostupnosti neophodnih aparata i raspoloživosti anesteziologa (WHO 1996), što može donekle objasniti raspodelu primene epidurala dobijenu na našem uzorku.

Grafikon 3. Zastupljenost epiduralne analgezije



Primanje odnosno traženje epidurala nije ustaljena praksa (tek nešto više od 10% žena je dobilo epidural), naročito ako se uzme u obzir da skoro trećina žena u svom porodilištu nije ni imala tu mogućnost (Grafikon 3). Epiduralna anestezija je nedovoljno dostupna, a istovremeno i nedovoljno prihvaćen, odnosno prihvatljiv način ublažavanja bolova na porođaju (jer ga žene ni ne traže u više od polovine slučajeva).

Ipak, uočava se porast zatraženih epidurala kod žena koje su primile indukciju na početku porođaja. Žene koje nisu dobile indukciju dobijaju epidural u 7.6% slučajeva, dok, sa druge strane, žene koje su primile indukciju dobijaju epidural u 16.3% slučajeva. Ovaj podatak govori o tome da se u slučajevima kada se dobije indukcija verovatno povećava broj žena koje traže epiduralnu analgeziju kao način da ublaže bolove koji su primanjem indukcije pojačani.

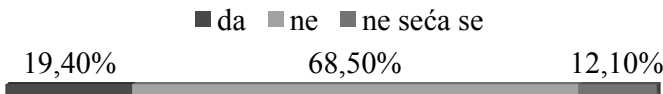
Žene koje su dobile epidural ne osećaju da imaju veću kontrolu i aktivno učesće u porođaju u većoj meri od žena koje nisu dobile epidural. Iako bismo očekivali da epidural kao sredstvo anuliranja porođajnog bola može ženama poslužiti kao

pomoć pri preuzimanju kontrole i agensnosti tokom porođaja, to nije empirijski podržano. Ipak, one se osećaju manje ugroženo i zanemareno ako dobiju epidural ($U=68234.50$; $p=0.047$), a svakako i manje preplavljeno ($U=62872.50$; $p=0.005$). Zbog ovoga, o epiduralu možemo govoriti kao o protektivnom faktoru, koji, iako ne pomaže ženama da bolje kontrolišu svoj porođaj, bar ublažuje osećaj ugroženosti, preplavljenosti i dezorijentacije time što ukida bol.

3.4. Sedativ

Administriranje sedativa tokom porođaja takođe služi obezboljivanju, ali se, za razliku od epidurala, ne oslanja na želje i preferencije žene koja se porađa.

Grafikon 4. Zastupljenost davanja sedativa



O dobijanju sedativa tokom porođaja izveštava oko jedne petine ispitanica (Grafikon 4). Praksa davanja sedativa u vezi je sa praksom indukovanja porođaja hormonima koja značajno pojačava osećaj bola za žene na porođaju – žene kojima porođaj nije indukovano primaju sedativ u 12.8% slučajeva dok žene kojima porođaj jeste indukovano primaju sedativ u 28.1% slučajeva.

Kada se posmatraju različiti aspekti iskustva sa porođaja, dobija se nalaz da žene koje su primile sedativ na porođaju imaju negativnije iskustvo od žena koje ga nisu primile: potonje su *manje* preplavljene situacijom ($U=85878.50$; $p=0.000$). Pošto ova subskala meri i nemogućnost žene da se izbori sa situacijom, disocijativno iskustvo i dezorijentisanost, nalaz da sedativ ne umiruje ženu, već je još više preplavljuje, je samo naizgled kontraintuitivan. Iako se sedativ u medicinskoj praksi koristi kao sredstvo za umirenje, u uslovima porođaja koji žena ne doživljava kao medicinsku intervenciju ili operaciju, već kao iskustvo sopstvenog tela čiji je ona najvažniji akter, sedativ paradoksalno postaje sredstvo koje je dodatno otuđuje od iskustva porođaja. Ovakav nalaz u saglasnosti je sa nalazima kvalitativne studije (Stanković 2014), gde je dobijeno da se kod žena pod dejstvom sedativa na porođaju smenjuju faze budnog stanja pod jakim bolovima i stanja uspavanosti i odsustva svesti, što im otežava da adekvatno integrišu iskustvo porođaja, koje postaje disociirano.

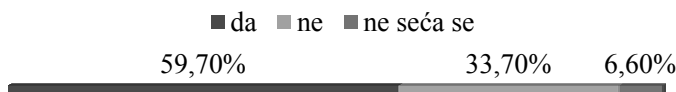
208 Ipak, budući da davanje sedativa nije intervencija koja se suviše često koristi na porođaju, ovi podaci mogu upućivati na to da se ona primenjuje u situacijama

kada je žena već pojačano preplavljena bolom i emocijama, odnosno kada je već onemogućena da sopstvenim mehanizmima prevlada situaciju u kojoj se nalazi. To bi značilo da je smer ove povezanosti obrnut i više intuitivan od prethodno predloženog tumačenja: žene su najpre preplavljene, pa kao posledicu toga dobijaju sedativ (koji, doduše, izgleda da ne uspeva da deluje dovoljno efikasno). Povezanost između primanja sedativa i druga dva aspekta iskustva na porođaju (kontrola nad procesom i objektivizacije od strane osoblja) nije pronađena.

3.5. Pritiskanje stomaka

Pritiskanje stomaka porodiljama tokom faze napona je intervencija koja služi tome da mehanički podstakne i facilitira prolazak bebe kroz porođajni kanal.¹³

Grafikon 5. Zastupljenost pritiskanja stomaka tokom faze napona



Praksa pritiskanja stomaka tokom faze napona veoma je raširena u najvećem broju porodilišta u Srbiji¹⁴ (Grafikon 5). To što se ova praksa u oko *dve trećine* porođaja širom Srbije gotovo rutinski sprovodi, ne bi bila toliko problematična činjenica da ova intervencija nije visoko rizična, pre svega po život žene koja se porađa i, prema izveštaju Svetske zdravstvene organizacije, njena efikasnost nije potvrđena dosadašnjim istraživanjima (WHO 2006).

Pored toga što medicinski nije preporučljiva, ova procedura ima i sasvim specifične posledice po iskustva žena na porođaju, budući da je veoma bolna i intruzivna. Žene kojima medicinsko osoblje vrši pritisak na stomak više se osećaju ugroženo i poniženo na porođaju od žena kojima se ne vrši pritisak na stomak ($U=127601.50$; $p=0.000$). Uz to, one osećaju kako manje aktivno učestvuju u svom porođaju ($U=136146.00$; $p=0.001$), jer je u fazi napinjanja, kada je njihova aktivna uloga najpotrebnija, ovaj proces regulisan od spolja. Ovaj nalaz ne čudi budući da

¹³ U stručnim tekstovima se na ovu praksu referira kao na Kristelerov zahvat: „Ukoliko porodilja ne saraduje dobro i ne napinje se dovoljno, asistent ili babica pritiskaju fundus uterusa, za vreme kontrakcije, šakom ili kompresom sa dve ruke (Kristelerov zahvat)” (Ristić 2001, 134).

¹⁴ Sa izuzetkom porodilišta u Kragujevcu i Zaječaru, gde žene u manje od polovine slučajeva navode da im je primenjena ova intervencija (35-43%), u svim drugim porodilištima se ova praksa primenjuje u proseku u oko dve trećine slučajeva. U porodilištu u Šapcu čak 94% žena izveštava o ovoj proceduri, a u Prokuplju u 81% slučajeva.

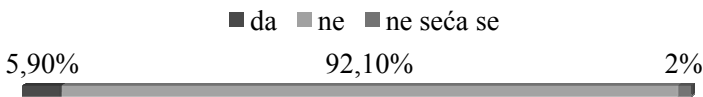
do pritiskanja stomaka od strane medicinskog osoblja i dolazi onda kada žena ne uspeva da sopstvenim snagama izgura bebu napolje (makar ne u dovoljno kratkom roku koji se od nje, iz različitih razloga, očekuje), za šta verujemo da je delimično posledica prethodnih intervencija (o čemu će biti reči u nastavku). Najzad, žena se posledično oseća preplavljeno bolom i nemogućnošću da se izbori sa onim što joj se dešava, što je iskustvo koje se ređe javlja kod žena koje nisu iskusile ovu intervenciju ($U=121780.50$; $p=0.000$).

Uvidom u rezultate, može se primetiti da žene koje su dobile indukciju u 67.6% slučajeva navode da im je pritiskan stomak u odnosu na 57.7% žena koje nisu dobile indukciju i ova razlika je statistički značajna (Hi kvadrat=28.143; $p=0.000$). To govori o relativnoj učestalosti prakse pritiskanja stomaka (koja je u medicinskoj literaturi prepoznata kao štetna) kod svih ispitanica, ali i o povećanoj potrebi za ubrzavanjem završetka porođaja ovom intervencijom, kada žena primi indukciju na početku porođaja.

3.6. Instrumentalno dovršenje porođaja (forcepsom ili vakuumom)

Instrumentalno dovršenje porođaja (uz pomoć forcepsa ili vakuuma) procedure su koje se izrazito retko sprovode, budući da su neophodne samo onda kada je beba u distresu i kada ne postoji mogućnost da se porođaj završi „prirodnim” ili hirurškim putem (carskim rezom).

Grafikon 6. Zastupljenost instrumentalnog dovršenja porođaja (forcepsom ili vakuumom)



Zbog toga ne čudi izuzetno mali broj žena koje izveštavaju o ovoj intervenciji (Grafikon 6). Ipak, velike varijacije među porodilištima kada je u pitanju sprovođenje ove procedure¹⁵ ukazuju nam na to da se ovaj medicinski kriterijum možda ne primenjuje sasvim dosledno u svim institucijama.

Sama procedura očekivano vodi negativnim porođajnim iskustvima – ona za posledicu ima da se žene više osećaju preplavljeno i dezorijentisano ($U=31509.50$; $p=0.001$), ugroženo i prepušteno sebi ($U=32441.50$; $p=0.001$) i manje usredsređeno

¹⁵ Značajno je napomenuti da se ova procedura u porodilištu u Nišu i Požarevcu javlja u po 20% slučajeva.

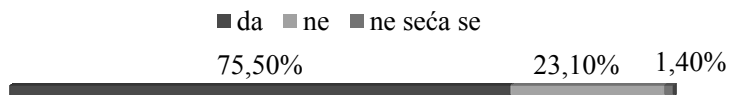
i aktivno ($U=23809.00$; $p=0.000$) na porođaju od žena kojima porođaj nije završen instrumentalno.

Iako je ovakav način završetka porođaja relativno redak u praksi, na osnovu naših nalaza može se uočiti da se povećava potreba za forcepsom/ vakuumom kada žena na početku porođaja primi indukciju. Konkretno, kod 8.1% žena koje su dobile indukciju¹⁶ porođaj je završen forcepsom/vakuumom u odnosu na 2.5% žena koje nisu dobile indukciju ($Hi\ kvadrat=94.995$; $p=0.000$). To opet otvara pitanje povezanosti između različitih intervencija, posebno u kontekstu toga da je, makar u nekom broju slučajeva, problematično to koliko su one medicinski opravdane.

3.7. Epiziotomija

Epiziotomija je akušerska operacija koja podrazumeva presecanje međice radi proširenja porođajnog kanala i vrši se u toku napona, prilikom izbacivanja bebe.

Grafikon 7. Zastupljenost epiziotomije



Epiziotomija je veoma zastupljena intervencija o kojoj izveštava čak tri četvrtine ispitanica (Grafikon 7). Zanimljivo je da se u udžbeniku iz ginekologije i akušerstva za studente medicine navodi da se epiziotomija vrši čak u oko 90% slučajeva kod *prvorotki*, što se opravdava sprečavanjem pojave spontanih rascepa vagine (Stanojević 2005). Međutim, iako se činjenica da je žena *prvorotka* u domaćim udžbenicima uzima kao indikacija za obavljanje ove procedure (što znači da se sprovodi rutinski), u empirijski zasnovanim preporukama za vođenje porođaja stoji da ova procedura nije preporučljiva kao rutinska, jer ne samo da ne predupređuje spontana oštećenja međice, već zapravo predstavlja rizik za javljanje značajno

¹⁶ Važno je napomenuti da se kategorije žena koje su dobile indukciju statistički značajno ne razlikuju. To znači da nema smisla pretpostaviti da indukcija vodi većem procentu upotrebe instrumenata samo kod žena kojima porođaj nije započeo spontano već je morao da bude indukovano, što bi nam dalo osnova da pretpostavimo da su u pitanju bili rizični ili medicinski komplikovani porođaji kod kojih se upotreba instrumenata i intervenisanje često indikovano javljaju. Naprotiv, čak 9.4% žena koje su dobile indukciju čim su došle u porodilište bez obzira na to što su imale kontrakcije je porođeno uz pomoć forcepsa (pri čemu nemamo informaciju o tome da li bi forceps u slučaju da nije bilo indukcije bio neophodan).

većih komplikacija (Fiziološki porođaj 2009, 23). Sličan stav može se pronaći i u preporukama SZO (WHO 1996), kao i u stranim referentnim akušerskim udžbenicima (Cunningham, Bloom, Hauth, Rouse i Spong 2010). Ipak, to što se kod nas epiziotomija već generacijama unazad sprovodi u ogromnom broju slučajeva¹⁷ svedoči upravo o rutinskom sprovođenju ove intervencije kod žena koje se prvi put porođaju, te možemo opravdano da govorimo o kulturi rađenja epiziotomije koja u osnovi mora imati neke ideološke razloge, jer svakako nije zasnovana na dokazima.¹⁸

Iako je epiziotomija kao procedura u velikom broju slučajeva nepotrebna i medicinski neopravdana, zbog načina na koji je ona tretirana od strane medicinskog establišmenta, same žene je verovatno smatraju opravdanom i legitimnom, čime se može objasniti odsustvo očekivane veze sa negativnim aspektima iskustva na porođaju (s obzirom na invazivnost same procedure i izrazito neprijatne posledice): žene kojima je vršena epiziotomija na kraju porođaja ne osećaju se više ugroženo od žena kojima nije vršena i ne osećaju kao da imaju manju kontrolu i uvid u sam tok i završetak porođaja. Međutim, to ne znači da je epiziotomija kod žena povezana sa pozitivnim iskustvom; naprotiv, žene kojima se sprovodi ova intervencija osećaju se više preplavljeno bolom i dezorijentisano od žena kojima se ne sprovodi ($U=114797.50$; $p=0.005$). Dakle, to što je ova praksa normalizovana u porodilištima u Srbiji i što je žene očekuju, ne znači da je one doživljavaju kao normalnu, bezbednu i bezbolnu. Kao što ni činjenica da je po pravilu legitimisana od strane lekara koji je sprovode ne znači da je (medicinski i naučno) legitimna.

Utvdili smo da žene koje nisu dobile indukciju, u manjem procentu (71.4%) izveštavaju o ovoj proceduri od žena koje su dobile indukciju (79.9%; $Hi\ kva\ drat=26.574$; $p=0.000$). Dakle, bez obzira na veoma visoku učestalost ove intervencije u celom uzorku, epiziotomija se primenjuje češće u slučajevima kada je porođaj indukovan ili ubrzan dodatkom hormona.

Indukcija nije jedina intervencija sa kojom je povezano češće javljanje epiziotomije. Utvdili smo da 85% žena kojima je pritiskan stomak navodi da im je rađena epiziotomija, naspram 61.5% žena kojima nije pritiskan stomak ($Hi\ kva-$

17 U nekim porodilištima u preko 80% slučajeva (Čačak, Kragujevac, Novi Sad, Šabac, Kikinda).

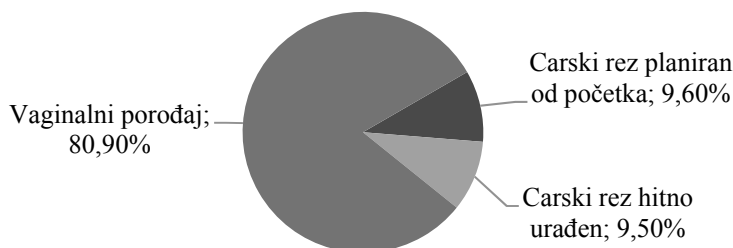
18 Neke autorke smatraju da izvor raširenosti primene epiziotomije (i neodustajanja od ove intervencije i pored dokaza koji govore u prilog tome) treba tražiti u patrijarhalnim kulturnim obrascima (Gudović 2013; Kitzinger 2006).

drat=174.998; $p=0.000$). Epiziotomija je kao procedura intenzivnije povezana sa pritiskanjem stomaka nego sa indukcijom, verovatno jer je i neposrednije povezana – i pritiskanje stomaka i epiziotomija se primenjuju sa ciljem bržeg izbacivanje bebe iz porođajnog kanala. Takođe, pritiskanjem stomaka povećava se pritisak na medicu, čime se rizikuje njeno pucanje, zbog čega lekari češće odlučuju da izvrše hirurški rez. To znači da epiziotomija često usledi nakon primene drugih, više ili manje potrebnih intervencija, što njeno vršenje čini češćim i prividno opravdanijim.

3.8. Carski rez

Prema zvaničnoj statistici, broj carskih rezova u Srbiji je u porastu – u 2000. godini procenat carskih rezova na 100 porođaja iznosio je 8%, 2005. je bio viši za 5%, da bi 2007. dostigao skoro 20%¹⁹ (Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine 2009).

Grafikon 8. Zastupljenost carskih rezova



Ove prethodno navedene statistike dobijene na populaciji porođaja u Srbiji u skladu su sa deskriptivnim nalazima dobijenim u našem istraživanju (Grafikon 8), jer je skoro tačno 20% žena porođeno carskim rezom. Uzevši u obzir da carski rez podrazumeva porođaj obavljen u totalnoj anesteziji, nije analizirana povezanost ove intervencije sa indikatorima porođajnog iskustva kod žena porođenih carskim rezom, jer su one po pravilu bez svesti tokom njenog obavljanja.

¹⁹ Opisani trend porasta broja carskih rezova konkretno podrazumeva da se broj carskih rezova tokom perioda od nekoliko godina najpre udvostručio – od nepunih 6 hiljada CR 2000. godine skočio je na preko 12 hiljada CR 2007, a zatim se kroz dodatnih nekoliko godina taj početni broj utrostručio, pa je 2014. godine obavljeno nepunih 20 hiljada carskih rezova (podaci preuzeti sa <http://data.euro.who.int/hfad/>). Na osnovu našeg istraživanja nemamo uvid u to zbog čega dolazi do ovog trenda rasta broja carskih rezova, ali to bi svakako trebalo ispitati.

* * *

Uprkos tome što ima naznaka rutinizacije primene nekih intervencija (pre svega indukcije i epiziotomije), važno je napomenuti da učestalost javljanja pojedinih intervencija treba sagledavati u kontekstu javljanja drugih intervencija, koje ih posredno ili neposredno indikuju. Zbog toga su žene po pravilu izložene nizu medicinskih intervencija, koje su sve (sa izuzetkom epidurala) negativno povezane sa porođajnim iskustvom žena (Tabela 2).

Tabela 2. Povezanost prisustva medicinskih intervencija i indikatora porođajnog iskustva (zadebljanim slovima su naznačeni statistički značajne povezanosti)

Medicinska intervencija	Kontrola	Objektifikacija	Preplavljenost
Indukcija	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Ručna dilatacija	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Sedativ	p>0.05	p>0.05	p<0.05
Pritiskanje stomaka	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Forceps/vakuum	p<0.05	p<0.05	p<0.05
Epiziotomija	p>0.05	p>0.05	p<0.05
Epidural	p>0.05	p<0.05**	p<0.05**

**Epiduralna anestezija ima pozitivno dejstvo na iskustva sa porođaja, za razliku od ostalih medicinskih intervencija.

Na ovu povezanost treba gledati kroz kompleksnu interakciju različitih faktora, jer je medicinska regulacija porođaja uvek situirana u konkretnim institucionalnim okolnostima. Na primer, iako i admistriranje epidurala predstavlja jednu od intervencija u spontani tok porođaja, s obzirom na okolnosti u kojima se interveniše na razne potencijalno rizične načine, sa bolnim posledicama po ženino iskustvo, epidural dobija karakter zaštitne intervencije.

3.9. Korelati zastupljenosti medicinskih intervencija

Sa ispitivanim medicinskim intervencijama dovođene su u vezu i karakteristike žena koje su bile deo uzorka (njihovo obrazovanje, zaposlenost, primanja i vreme proteklo od porođaja), kao i karakteristike porodilišta (veličina i region).

Vreme proteklo od porođaja je jedina karakteristika žena u uzorku koja se pokazala prediktivnom za tretiranje žena na porođaju . Praćenje vremena prote-

klog od porođaja omogućilo nam je da ispitamo stabilnost medicinskih praksi kroz vreme. Žene koje su se porađale pre više od 10 godina²⁰ izveštavaju o indukciji u 56.8% slučajeva, dok žene koje su se porađale u poslednjih deset godina izveštavaju o indukciji u čak 68.5% slučajeva (Hi kvadrat=33.002; $p=0.000$). Ovo govori u povećanju rutinskog davanja indukcije, jer je ona procentualno zastupljenija u skorijim porođajima bez obzira na to da li su postojale spontane kontrakcije ili ne. U pogledu ostalih medicinskih praksi postoje relativno male razlike u zastupljenosti s obzirom na vreme proteklo od porođaja. To nam ukazuje na činjenicu da medicinsko osoblje prilično rigidno primenjuje intervencije koje se, u nepromenjenom obimu primenjuju već decenijama, iako su naučna istraživanja i preporuke koje su na njima zasnovane radikalno promenjene u tom periodu. Na ovaj problematični aspekt lokalne zdravstvene prakse vrat ćemo se u diskusiji.

Velicina porodilišta se takođe pokazala kao važan prediktor tretiranja žena na porođaju. Velika i mala porodilišta imaju različite tipove institucionalnog okruženja i razlikuju se u zastupljenosti nekih medicinskih praksi. Recimo, u velikim porodilištima indukciju dobija 72.4% žena, a u malim porodilištima 56.7% žena (Hi kvadrat=45.616; $p=0.000$). Ovde treba napomenuti da je proverena mogućnost da se trudnoće sa komplikacijama iz malih porodilišta šalju u velika (veći broj indukovanih porođaja *jer spontanih kontrakcija nema se zaista odvija u velikim porodilištima*: Hi kvadrat=4.812; $p=0.028$). Ipak, dobija se, i to jače izražena, razlika u procentu dobijenih indukcija *odmah po prijemu*, bez obzira na postojanje spontanih kontrakcija. U velikim porodilištima, ova praksa je zastupljena u 23.4% slučajeva, a u malim u 14.4% slučajeva (Hi kvadrat=14.486; $p=0.000$). Dakle, češće je rutinsko davanje indukcije u velikim nego u malim porodilištima. Po ostalim medicinskim intervencijama se mala i velika porodilišta ne razlikuju. S obzirom na veću fluktuaciju žena u velikim porodilištima, i znatno veći broj zaposlenih, deluje da je više prisutno intervenisanje iz praktičnih razloga (da bi se što pre završio porođaj i oslobodio krevet za sledeću porodilju), što dovodi do veće rutinizacije medicinskog tretiranja žena.

20 Budući da tačno polovinu našeg uzorka čine žene koje su se prvi put porodile u poslednjih deset godina, način da se uzorak podeli na dve, uslovno rečeno starosne grupe je da se podeli na žene koje su se prvi put porađale pre više od 10 godina i one koje su se porađale u poslednjoj deceniji.

4. DISKUSIJA

Značajno je napomenuti da tema zastupljenosti različitih medicinskih intervencija, njihovoj međusobnoj povezanosti, ali i njihovoj vezi sa porođajnim iskustvom žena nije bila obuhvaćena u prethodno izvedenom velikom anketnom istraživanju zadovoljstva porodilja u Srbiji (Matejić, Šantrić, Milićević, Vasić i Đikanović 2014), kao ni u velikom broju studija iz drugih zemalja koje se bave porođajnim iskustvom i zadovoljstvom žena (Elmir, Schmied, Wilkes i Jackson 2010; Green i Baston 2003; Hallam, Howard, Locke i Thomas 2016; Mathews i Callister 2004; Swahnberg, Thapar-Björkert i Berterö 2007). Dakle, kada se razmatraju činiooci relevantni za to kako žene doživljavaju porođaj, često se u obzir uzimaju samo institucionalni i socijalni aspekti porođajnog okruženja tj. institucionalne prakse i odnosi sa osobljem. Zbog čega je to tako? Deluje da je uspostavljena jasna podela rada između različitih disciplina koje se bave porođajem i da se pomalo podrazumeva da će društveni naučnici biti usmereni na ono što i u drugim oblastima spada u njihov domen (norme, obrasci interakcije, komunikacija, institucionalni okvir i sl.), dok će medicinski aspekti biti prepušteni istraživačima koji spadaju u oblasti medicinskih nauka. Takođe, to može biti odraz i šireg društvenog trenda – medicinsko znanje koje ima hegemoniju kada je reč o razumevanju tela i intervenisanju u telesne procese smatra se autoritativnim i izrazito se retko preispituje, posebno ne izvan same struke. Ipak, činjenica da, makar kad je reč o oblasti akušerstva, to znanje jeste bilo preispitivano od strane nekih autora kao nedovoljno naučno zasnovano i opravdano (Goer 1995; Davis-Floyd 2001; Beckett 2005),²¹ kao i činjenica da često postoji nesaglasnost i konflikt između lokalnog i globalnog ekspertskog znanja,²² što se povremeno interpretira i kao konflikt između tradicionalnog i savremenog obrasca staranja o porođaju, podstakla nas je da ispitamo

21 Na primer, Robi Dejvis-Floyd smatra da se visoko vrednovanje naučnog napretka u medicinskom kontekstu često svodi na ideološki afinitet. Ova autorka se poziva na podatke prema kojima je 1978. godine samo dvadeset procenata procedura koje se rutinski koriste u lecarskoj praksi imalo naučno opravdanje, a devedesetih je taj procenat i dalje iznosio manje od pedeset posto.

22 Što je očigledno kada se analiziraju razlike između preoruka SZO koje su zasnovane na nalazima velikog broja savremenih studija i onoga što se promovise kako u domaćim medicinskim udžbenicima, tako i kroz praksu mnogih lekara (na šta smo već više puta ukazivale prilikom kometarisanja nalaza u pogledu konkretnih medicinskih intervencija i na šta ćemo se dodatno vratiti u nastavku).

zastupljenost nekih medicinskih praksi u našem okruženju, kao i način na koji ih žene doživljavaju.

Podrazumevajući to da su sve ispitane intervencije medicinski indikovane i neophodne u nekom broju slučajeva, usmerili smo se na određene indikatore koji nam mogu ukazati na njihovo nepotrebno, neopravdano ili rutinizirano prisustvo u lokalnim institucijama. Ti indikatori tiču se velikog procenta žena kod kojih se intervencija primenjuje (posebno ako ti procenti u priličnoj meri odstupaju od preporuka Svetske zdravstvene organizacije i statistika u nekim drugim zemljama), nejasnih i problematičnih medicinskih indikacija za primenu nekih intervencija, kao i velikih varijacija između porodilišta u Srbiji kada je reč o primeni nekih medicinskih procedura.

Što se zastupljenosti medicinskih intervencija tiče, na veoma veliki broj žena na prvom porođaju u našim porodilištima primenjuje se jedna ili više ispitanih intervencija. Ako u obzir uzmemo ispitanice koje se sećaju da li im je neka intervencija vršena, nalazi ukazuju na to da preko tri četvrtine žena dobije epiziotomiju na kraju porođaja, da dve trećine žena dobije indukciju, a istom broju medicinsko osoblje pritiska stomak u fazi napona, dok polovina žena ima iskustvo ručne dilatacije. Poređenje sa preporukama SZO ukazuje na to da su ovi procenti višestruko viši, što makar otvara pitanje zbog čega je medicinsko intervenisanje u spontano odvijanje porođaja toliko zastupljeno u našim institucijama. Na primer, neke studije na koje se SZO izveštaj oslanja govore o vršenju epiziotomije u 10% porođaja kao opravdano i bez štetnih posledica po majku i bebu (WHO 1996). Takođe, u istom procentu se preporučuje primena indukcije (Kitzinger 2006). Naravno, pitanje primene medicinskih intervencija tokom porođaja ne tiče se prosto ispunjavanja nekih normi koje se izražavaju u procentima, već adekvatne procene korisnosti, primenjivosti i opravdanosti mnogih procedura. U situaciji u kojoj čak trećina žena koje su dobile indukciju izveštava da im je ona data odmah nakon prijema, bez obzira na postojanje spontanijih kontrakcija, ima mnogo smisla postaviti pitanje medicinske opravdanosti postupka i posumnjati na prisustvo rutinskog intervenisanja u spontano odvijanje porođaja. Takvu praksu je neophodno preispitati jer nalazi studija ukazuju na to da nije opravdano liberalno korišćenje hormona za pojačavanje kontrakcije i da takvu intervenciju treba primenjivati jedino uz valjanu medicinsku indikaciju (WHO 1996). Kontraverznost rutinskog primenjivanja nekih medicinskih procedura je utoliko veća ukoliko one sa sobom nose medicinske

rizike i komplikacije, što posebno važi za učestalu praksu pritiskanja stomaka u fazi napona i epiziotomiju.²³

Neke autorke su odranije upozoravale na to da svrsishodnost mnogih medicinskih intervencija i tehnika koje se koriste nikada nije naučno dokazana. Prakse poput nekritičke primene hormona tokom porođaja, kako bi se on ubrzao, ili rutinske epiziotomije široko su raširene već decenijama, a nema dokaza njihove korisnosti i mogu voditi jatrogenim posledicama (Goer 1995). Zbog toga se postavlja pitanje o mogućim razlozima koji stoje u osnovi sprovođenja nepotrebnih i/ili rizičnih intervencija. Rezultati ovog istraživanja nam nameću jedan mogući odgovor – neke medicinske procedure jednostavno *rađaju* druge tj. intervencije uglavnom zahtevaju dodatno intervenisanje. To je posebno slučaj sa indukcijom, za koju se u našem uzorku ispostavilo da može povećati verovatnoću ručne dilatacije (za 22%), primene sredstava za umirenje i epiduralne analgezije (redom, za 15% odn. 8%), pritiskanja stomaka (za 10%), zatim verovatnoću završavanja porođaja instrumentima (za oko 6%) i rađenja epiziotomije (za oko 9%). Ipak, nisu sve procedure povezane isključivo sa indukcijom porođaja. Na primer, verovatnoća rađenja epiziotomije je za 24% veća ukoliko porodilji osoblje pritiska stomak. U literaturi se takođe ukazuje na to da su intervencije često povezane i da je pojava nekih od njih vodila izmeni čitavog obrasca porođaja. Tako je, na primer, od osamdesetih godina, pre svega zbog sve veće upotrebe hormona za pojačanje kontrakcija, porođaj postao dosta bolniji, što je vodilo češćoj upotrebi epiduralne analgezije, što je dalje vodilo većem broju porođaja forcepsom i većem broju carskih rezova (O’Dowd i Phillip 1994, 28).

Na prvi pogled može delovati da upotreba nekih intervencija indikuje dalje intervencije tj. čini ih medicinski neophodnim,²⁴ ali je moguće ponuditi i alternativno objašnjenje. Zajedničko javljanje medicinskih intervencija na porođaju može biti i posledica ukorenjene intervencionističke orijentacije u regulaciji porođaja

23 Treba napomenuti i da epiziotomija, koja se u mnogim referentnim izvorima smatra najčešće nepotrebnom, ako ne i štetnom intervencijom, značajno određuje to kako će se žena osećati i za kakvu aktivnost će biti sposobna u danima i nedeljama nakon porođaja (v. Stanković 2015). Kao posledica epiziotomije i ušivene rane koja sporo zarasta žene često osećaju jake bolove, otežano obavljaju bilo kakvu aktivnost zbog smanjene pokretljivosti, što im dodatno otežava staranje o bebi neposredno posle porođaja.

24 Recimo, prethodni primer može se objasniti time što fizički pritisak na stomak povećava pritisak na medicu i rizik od nekontrolisanog pucanja zida, zbog čega lekari nastoje da taj proces kontrolišu hirurškim rezom koji se (neopravdano) smatra podobnijim, jer vodi manjem riziku od daljih komplikacija i bržem zarastanju.

koja podrazumeva da se u lokalnoj sredini, posebno u određenim porodilištima (ili čak kod određenih lekara i timova lekara) više, odnosno češće interveniše. Na taj način, stalnom reprodukcijom istih intervencija koje rađaju druge intervencije, reprodukuje se i kultura institucionalnog intervenisanja u proces porođaja, koja opstaje bez obzira na medicinsku zasnovanost istih.²⁵ Tome u prilog govore i lokalne varijacije među porodilištima s obzirom na zastupljenost mnogih intervencija, jer nema smisla da pretpostavimo da se žene u različitim porodilištima na neki sistematski način razlikuju u pogledu medicinskih indikacija, već se to verovatno tiče nekonzistentnog i arbitrarnog primenjivanja kriterijuma medicinske opravdanosti.

Moguća su i dodatna objašnjenja toga što se neke medicinske prakse ne menjaju čak i kad postane jasno da su nepotrebne ili čak štetne. Robi Dejvis-Flojd ukazuje na to da su lekari, i nezavisno od akušerske prakse, neskloni tome da promene standardnu proceduru čak i onda kada se pojavi naučna evidencija koja govori u prilog tome (Davis-Floyd 2001). Osim što bi to svakako izmenilo i doživljaj žena i sam tok porođaja, ima dovoljno razloga da se veruje da bi vodilo i boljim zdravstvenim ishodima za majke i bebe. Ipak, hijerarhijska struktura u bolnicama privileguje puku preferenciju lekara, koja odnosi prevagu čak i u onim slučajevima u kojima je naučna evidencija na strani alternativne opcije. Lekar ima mogućnost da „jednostavno odbije da razgovara o neparadigmatičnim opcijama” (8).

Na kraju, treba spomenuti i neke šire ideološke faktore koji potencijalno mogu stajati u osnovi rigidnog i intervencionistički orijentisanog medicinskog tretmana porođaja i koji su povezani sa načinom na koji je žensko telo istorijski bilo reprezentovano u patrijarhalnom društvu. Žensko telo se, kao posledica poređenja sa muškim telom koje se uzima za normativni ideal, posebno u vezi sa reproduktivnim stanjima, posmatra kao inherentno i nepredvidivo podložno kvarenju i smetnjama u funkcionisanju (Chadwick 2006; Kukla 2005). Zbog toga se reproduktivni procesi često i olako patologizuju i posmatraju kao rizični, iz čega sledi potreba za stalnim nadgledanjem i intervenisanjem koji značajno oblikuju i iskustvo žena. Na osnovu nalaza istraživanja ispostavlja se da su svi ispitivani aspekti medicinske regulacije porođaja u Srbiji značajno povezani sa iskustvom

25 O čemu ubedljivo svedoče visoki procenti pritiskanja stomaka i epiziotomije, kao i indukcije, koji se desetinama procenata češće sprovode nego što je to preporučljivo od strane SZO, kao i činjenica da se neke od intervencija (poput indukcije ili ručne dilatacije) ne sprovode češće kod žena kod kojih bi to, prema indikacijama, bilo očekivano (npr. kod onih kojima se nisu javile spontane kontrakcije).

žena. Takođe, smer ove povezanosti u skladu je sa očekivanjima: veće prisustvo intervencija tokom porođaja (posebno onih invazivnih, koje su često i nedovoljno opravdane), sistematski je povezano sa negativnijim iskustvom žena tokom porođaja – nedostatkom aktivnog učešća u porođaju, doživljajem veće objektivnosti kao posledice postupaka osoblja, kao i nemogućnošću da se izađe na kraj sa preplavljujućim porođajnim iskustvom.

5. ZAKLJUČAK I PREPORUKE

U porodilištima u Srbiji porođaj je tretiran kao isključivo medicinski događaj, zbog čega je usmeravan i kontrolisan u svim fazama. To stoji u osnovi raširenog prisustva različitih medicinskih intervencija i akušerskih procedura i vodi njihovoj nekritičkoj i rutiniziranoj primeni. Praksa nege je standardizovana i neprilagođena individualnim specifičnostima, potrebama i preferencijama žena koje se porođaju. Sve to u značajnoj meri negativno oblikuje porođajna iskustva žena.

Tretman žena na porođaju može se sagledati i razumeti isključivo u kontekstu materijalnih i praktičnih institucionalnih aranžmana porodilišta u kome se žena porođa – od bolničkih protokola i intervencionističke klime institucije, preko normi odnošenja i komunikacije između medicinskih radnika i žena, pa sve do materijalne organizacije i tehničke opremljenosti porodilišta. Zbog toga je kontekstualni i dovoljno iznijansirani istraživački pristup ispitivanom problemu neophodan. Tako se *preporuke za buduća istraživanja* pre svega tiču potrebe za daljim studijama, koje bi bile organizovane u interdisciplinarnim timovima, koji bi uključivali istraživače i praktičare i iz društvenih i iz medicinskih oblasti. Buduća istraživanja treba da budu usmerena na precizno praćenje medicinskih indikatora i pouzdano utvrđivanje toga da li široka zastupljenost medicinskih intervencija, i njihovo zajedničko javljanje, duguje medicinskim indikacijama ili intervencionističkoj klimi lokalnih institucija.

S obzirom na relativno velike lokalne varijacije u tretiranju porođaja, jedan mogući pristup za koji očekujemo da bi mogao da ponudi zanimljive uvide podrazumeva studije slučaja (uslovno rečeno) „dobrih” i „loših” porodilišta tj. onih ustanova u kojima su koncentrisane prakse koje su negativno povezane sa porođajnim iskustvom i ustanova u kojima je institucionalna klima značajno drugačija. S obzirom na to da većina porodilišta u Srbiji, kao deo zajedničkog sistema zdravstvene zaštite, funkcioniše u sličnim institucionalnim, ekonomskim i društvenim

uslovima, ovakva komparativna analiza omogućila bi uvid u neke kontekstulane faktore koji oblikuju lokalnu praksu i, posledično, iskustvo porođaja.

Preporuke za promenu prakse načelno bi se ticale pridržavanja onih vido-va medicinskog tretmana porođaja koji su zasnovani na dokazima (eng. *evidence based*), umesto na već uspostavljenim praksama, tradiciji ili rutini. Dakle, adekvatna strategija bi se svodila na promovisanje nemedicinskih aspekata nege uz racionalnu upotrebu postojećih intervencija i tehnologija, koja bi se oslanjala na naučnu potvrdu njihove efikasnosti i *individualizovan* pristup svakoj ženi. Ovo treba naglasiti, jer se ispostavlja da su aspekti tretmana koji su u lokalnom institucionalnom okruženju za žene u najvećoj meri otuđujući i ugrožavajući upravo oni koji su u mnogim drugim medicinskim sistemima razvijenih zemalja odbačeni upravo na osnovu empirijski potvrđene neefikasnosti, čak i štetnosti (npr. rutinsko administriranje indukcije, pritiskanje stomaka, epiziotomija).

Ono što ostavlja prostora za optimizam je činjenica da su veliki pomaci u ovom pravcu već načinjeni na višim nivoima tj. u oblasti zdravstvene politike. Međutim, velika diskrepanca koja postoji između preporuka nacionalnih vodiča za dobru praksu koji su namenjeni lekarima i bobicama i realne prakse u lokalnim porodilištima, ukazuje na potrebu za standardima evaluacije i procedurama koje bi obezbedile da se ovaj jaz između normativnog okvira i stvarnog postupanja postepeno prevaziđe. To bi omogućilo ne samo poboljšanje kvaliteta medicinske nege na porođaju, već i pozitivnije porođajno iskustvo žena.

LITERATURA:

- Arney, W. R., i B. J. Bergen. 1984. *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Groot, W. 2014. "Shortcomings of maternity care in Serbia." *Birth* 41(1): 14–25.
- Baker, S., Choi, P., Henshaw, C., Tree, J. 2005. "I felt as though I'd been in jail': women's experiences of maternity care during labour, delivery, and the immediate postpartum." *Feminism & Psychology* 15(3): 315–342.
- Beckett, K. 2005. "Choosing Cesarean: Feminism and the politics of childbirth in the United States." *Feminist Theory* 6(3): 251–275. doi: 10.1177/1464700105057363
- Bielinski-Blattmann, D., Gürber, S., Lavallee, K., Grob, A., Surbek, D., Stadlmayr, W. 2016. "Labour experience and postpartum stress and depression: a quantitative and qualitative examination." *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 34 (2): 162–174.
- Bracewell, W. 1996. "Women, motherhood, and contemporary Serbian nationalism." *Women's Studies International Forum* 19(1/2): 25–33.
- Chadwick, R., Cooper, D., Harries, J. 2014. "Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: a qualitative study." *Midwifery* 30(7): 862–868.

- Chadwick, R. 2006. "Pathological wombs and raging hormones: psychology, reproduction and the female body." In *The gender of psychology*, uredili Shefer, T., Boonzaaier, F. i P. Kiguwa, 223–249. Cape Town: UCT Press.
- Creedy, D., Shocet, I., Horsfall, J. 2000. "Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors." *Birth* 27(2): 104–111.
- Cunningham, G. F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., Spong, C. Y. 2010. *Williams Obstetrics* (23rd ed.). New York: The McGraw-Hill Medical.
- Czarnocka, J., Slade, P. 2000. "Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth." *British Journal of Clinical Psychology* 39: 35–51.
- Davis-Floyd, R. 1993. "The technocratic model of birth." In .), *Feminist theory and the study of folklore*, uredili Hollis, S. T., Pershing, L., i M. Jane Young, 297–326. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Davis-Floyd, R. 2001. "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(1): 5–23. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- Drezgić, R. 2004. *(Re)Producing the Nation: The Politics of Reproduction in Serbia in the 1980s and 1990s*. Unpublished doctoral dissertation. University of Pittsburgh.
- Duden, B. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., Jackson, D. 2010. "Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography." *Journal of Advanced Nursing*: 2142–2153.
- Fiziološki porođaj: vodič za babice i lekare*. 2009. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Gannon, L. 1998. "The impact of medical and sexual politics on women's health." *Feminism and Psychology* 8(3): 285–302.
- Goer, H. 1995. *Obstetric myths versus research realities*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Green, J., Baston, H. 2003. "Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences." *Birth* 30(4): 235–247.
- Gudović, M. 2013. „Crtica – epiziotomija." U *Postajanje majkom u vreme neoliberalnog kapitalizma*, uredio A. Vilenica, 250–253. Beograd: uz)bu)na)).
- Hallam, J. L., Howard, C. D., Locke, A., Thomas, M. 2016. "Communicating choice: an exploration of mothers' experiences of birth." *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, DOI: 10.1080/02646838.2015.1119260
- Harris, R., Ayers, S. 2012. "What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum "hotspots"." *Psychology & Health* 27(10): 1166–1177.
- Hodnett, E. 2002. "Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review." *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 186: 160–172.
- Kitzinger, S. 2006. *Birth crisis*. New York: Routledge.
- Kukla, R. 2005. *Mass hysteria: Medicine, culture and mothers' bodies*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Lyerly, A. D. 2006. "Shame, gender, birth." *Hypatia* 21(1): 101–118.
- Martin, E. 1984. "Pregnancy, labor and body image in the United States." *Social Science & Medicine* 19(11), 1201–1206. DOI: 10.1016/0277-9536(84)90371-X
- Matejić, B., Šantrić Miličević, M., Vasić, V., Đikanović, B. 2014. "Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals." *BMC Pregnancy and Childbirth* 14(14): 1471–2393.
- Mathews, R., Callister, L. 2004. "Childbearing women's perceptions of nursing care that promotes dignity." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 33(4): 498–507.

- Moscucci, O. 1990. *The science of woman: Gynaecology and gender in England 1800–1929*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nacionalna strategija za poboljšanje položaja žena i unapređivanje ravnopravnosti polova. 2008. Ministarstvo rada i socijalne politike.
- Odabrani zdravstveni pokazatelji za 2011. godinu. 2012. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.
- O’Dowd, M. J., Phillip, E. E. 1994. *The History of Obstetrics & Gynaecology*. New York: The Parthenon Publishing Group.
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M., Wijnen, H., Pop, V. 2005. “Posttraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth.” *Journal of Trauma & Dissociation* 6: 125–142.
- Opšti principi nege i lečenja u porodilištu. 2009. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Pittrof, R., Campbell, O. M. R., Filippi, V. G. A. 2002. “What is quality in maternity care? An international perspective.” *Acta Obstet Gynecol Scand* 81: 277–283.
- Rich, A. 1986. *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. New York: Norton & Company.
- Ristić, Lj. 2001. *Praktično porodiljstvo*. Beograd: Freemental.
- Savage, W. 2003. “Professional control or women’s choice in childbirth? Is either possible?” In *Women’s minds, women’s bodies: Interdisciplinary approaches to women’s health* uredili Boswell, G. & F. Poland, 103–115. New York: Palgrave Macmillan.
- Sekulić, N. 2016. „O kulturi rađanja: istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja.” *Sociologija* 58(0): 259–286.
- Shiffman, J., Skrabalo M., Subotic J. 2002. “Reproductive rights and the state in Serbia and Croatia.” *Soc Sci Med*. 54: 625–642.
- Soet, J., Brack, G., Dilorio, C. 2003. “Prevalence and predictors of women’s experiences of psychological trauma during childbirth.” *Birth* 30(1): 36–46.
- Stankovic, B. 2013. “Medical practice in transition: the case of Serbian maternity care services and their users.” In *Resources of Danubian Region: the possibility of cooperation and utilization*, uredili Popovic L., Vidakovic M., i Dj. Kostic, 305–314. Beograd: Humboldt-Club Serbien.
- Stanković, B. 2014. „Žena kao subjekt porođaja: telesni, tehnološki i institucionalni aspekti.” *Sociologija* 56(4): 524–544.
- Stanković, B. 2015. *Distriburana subjektivnost u trudnoći: self, telo i medicinska tehnologija*. Neobjavljena doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu.
- Stankovic, B. 2017. “Women’s Experiences of Childbirth in Serbian Public Healthcare Institutions: a Qualitative Study.” *International Journal of Behavioral Medicine* 24(6): 803–814.
- Stanojević, D. 2005. „Epiziotomija.” U *Ginekologija i akušerstvo: Udžbenik za studente medicine*, uredili D. Plečaš, B. Stanimirović, A. Stanković i M. Vasiljević, 584–588. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Swahnberg, K., Thapar-Björkert, B., Berterö, C. 2007. “Nullified: women’s perceptions of being abused in health care.” *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28(3): 161–167.
- Thomson, G., Downe, S. 2008. “Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse.” *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 29(4): 268–273.
- Uredba o nacionalnom programu zdravstvene zaštite žena, dece i omladine. 2009. *Službeni glasnik RS* 28.

- World Health Organization (WHO). 1996. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health & Research WHO.
- World Health Organization (WHO). 2004. *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant: A Joint Statement by WHO, ICM, FIGO*. Geneva, Switzerland: Department of Reproductive Health & Research WHO.
- Young, I. M. 2005. "Pregnant embodiment: Subjectivity and alienation." In *On female body experience: 'Throwing like a girl' and other essays*, uredila I. M. Young, 46–61. New York: Oxford University Press.

Managing childbirth in Serbia: medical interventions and birth experiences

Abstract: In this paper we analyzed the ways childbirth has been regulated in local maternity health care institutions in Serbia through the use of different medical interventions and techniques, which have transformed childbirth from being merely a physiological process into an actively guided process in which the crucial role is played by the medical practitioners. Childbirth medicalization and hospitalization are changing not only the way childbirth is being represented and treated in local institutional setting, but also the way women experience their own childbirth. Aim of the study was to gain insight into the prevalence of certain medical interventions, as well as their consequences for women's childbirth experiences, by analyzing women's self-reports. Study sample consisted of 1460 women, who had given birth in one of the 30 maternity health care institutions in Serbia over the last five decades. Results indicate that some of the potentially risky interventions and practices during delivery have been more frequently used than suggested by the World Health Organization guidelines (e.g. induction and augmentation of labor, episiotomy). On the other hand, some interventions or practices that have the potential to make childbirth more comfortable (e.g. epidural anesthesia) were not prevalent enough or not available to all women. Furthermore, the overuse of medical interventions is consistently related to negative experiences of childbirth. On the other hand, epidural anesthesia is considered to be protective factor when it comes to the quality of childbirth experience, especially concerning the capacity of women to cope with the situation and to handle pain during birth. Discussion addresses the scope and limitations of the present study when it comes to understanding the ways childbirth has been medically regulated in maternity

health care institutions in Serbia and the consequences of this treatment to the women's childbirth experience. Finally, we offer recommendations for future research and practice.

Key words: childbirth, medical interventions, birth experience

Prilog 1: Skala iskustava sa porođaja

a. kontrola
Tokom porođaja osećala sam kako imam kontrolu nad onim što mi se dešava.
Tokom porođaja osećala sam da imam dovoljan uvid u ono što mi se dešava.
Tokom porođaja osećala sam se da se sve odvija kako treba.
Tokom porođaja osećala sam se usredsređeno.
Tokom porođaja osećala sam se smireno i opuštano.
Imala sam osećaj da aktivno učestvujem u svom porođaju.
b. objektivizacija
Tokom porođaja osećala sam se kao da samo treba da ležim, da cutim i da raširim noge.
Tokom porođaja osećala sam se prepušteno sebi.
Tokom porođaja osećala sam se zanemareno.
U nekim trenucima tokom porođaja osećala sam se poniženo i kao da mi je ugroženo dostojanstvo.
Tokom porođaja imala sam utisak da sam tretirana kao stvar.
c. preplavljenost
U nekom trenutku tokom porođaja imala sam osećaj da cu umreti.
Na porođaju sam osećala kao da ne mogu da izađem na kraj sa bolom.
U nekom trenutku tokom porođaja nisam znala za sebe.
Tokom porođaja osećala sam se preplavljeno i kao da ne mogu da se izborim sa onim što mi se dešava.
Tokom porođaja osećala sam se dezorijentisano.

*rad prijavljen: 18. VIII 2017.
rad recenziran: 29. VIII 2017.
rad prihvaćen: 7. IX 2017.*