

Nada Sekulić¹
Filozofski fakultet
Univerzitet u Beogradu

Originalni naučni članak
UDK: 618.4:316.6/.7
572.5-055.2:364.63
342.7-055.2
Primljeno: 04.02.2015.
DOI: 10.2298/SOC16S1259S

O KULTURI RAĐANJA – istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja² –

Culture of giving birth: Research on the issue of violence against women during delivery

APSTRAKT: *Tekst se bavi problemom uspostavljanja veze između društvenih i humanističkih nauka i feminizma, zalažući se za njihovo čvršće povezivanje. Polazeći od toga, u radu su prikazani delovi rezultata istraživanja „Politike roditeljstva”, zasnovanog na feminističkom pristupu. Analiziran je porođaj kao važan ritual prelaza u životnom ciklusu najvećeg broja žena u kome se očituju odnosi moći u društvu i neki od načina društvenog podređivanja žena. Istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja deo je šireg istraživanja o ženskom telu kao društvenom resursu i o specifičnostima građenja ženskog telesnog iskustva, u procesima koji odražavaju, a istovremeno i omogućuju uspostavljanje rodni nejednakosti.*

KLJUČNE REČI: feminizam, politike telesnosti, ženska prava, nasilje nad ženama tokom porođaja

ABSTRACT: *The paper deals with the issue of the fragile connection between social sciences, humanistic sciences and feminism, arguing in favor of their closer mutual influence. In the framework of this approach, paper presents the results of the part of the research “Politics of Parenthood”, based on the feminist approach. The paper analyzes the delivery (giving birth) as an important ritual in the life cycle of the largest number of women, through which power relations in society manifest, and women are subdued. Research on the issue of violence against women during delivery is part of the broader research dealing with the social construction of women’s bodily experience and female body as a social resource, in the processes that reflect and at the same create gender inequality.*

KEY WORDS: feminism, politics and body, violence against women in childbirth, women’s rights

1 wu.wei@orion.rs

2 Ovaj rad je nastao kao deo istraživačkog potprojekta „Politike roditeljstva”, realizovanog u okviru projekta „Izazovi nove društvene integracije u Srbiji – koncepti i akteri”, koje podržava Ministarstvo nauke, prosvete i tehnološkog razvoja.

Istraživanje o problemu nasilja nad ženama tokom porođaja, čiji deo će biti prikazan u ovom radu, deo je šireg istraživanja o ženskom telu kao društvenom resursu i o specifičnostima građenja ženskog telesnog iskustva u procesima koji odražavaju, a istovremeno i omogućuju uspostavljanje urođenih odnosa moći, a prepoznatljivi su tokom celokupnog životnog ciklusa žene, naročito u onim momentima koji predstavljaju svojevrsne telesne rituale prelaza, a to su; postajanje svesnom svog pola, iskustvo prve menstruacije, ulazak u seksualne odnose, odluka o rađanju i sam porođaj.

Teorijski okvir za ovo istraživanje činili su autori koji se bave odnosom telesnosti i političkih praksi, odnosno prepoznavanjem telesnog iskustva kao inherentno političkog iskustva vezanog za raspodelu moći u društvu – izloženost nadzoru, gubitak kontrole nad sopstvenom telesnošću, osnaživanje ili onemogućavanje aktivne društvene participacije i moći odlučivanja o sebi putem telesnog disciplinovanja i kontrole – kao i odnosa individua prema sopstvenom telu.

U ovom tekstu biće obrađen porođaj kao poseban i ključni telesni ritual prelaza u životnom ciklusu najvećeg broja žena³.

Problem nasilja nad ženama tokom porođaja predstavlja relativno novu temu i u medicinskim studijama (Bohren, 2015, Jewkes 1998, Warren, 2013, Rosenberg, 2002. itd.) i u sociološko-feminističkim istraživanjima o nasilju nad ženama uopšte, u kojima je taj problem prenebregnut, a sve do kraja prošlog veka sporadično je bio tematizovan i u široj feminističkoj literaturi, postavši vidljiviji tek u poslednje dve decenije (Rich, 1976, Porter, 2005, Young, 2005, Ussher, 2006, the Boston Women's Health Book Collective, 2008⁴). Takođe, mada je proučavanje tela, kao i samih praksi porođaja, sastavni deo antropoloških istraživanja od njenih početaka, to nije bilo praćeno i prepoznavanjem postojanja te vrste nasilja.

Tek nedavno su se pojavile i političke inicijative usmerene u tom pravcu. Formirana je globalna aktivistička mreža *Human Rights in Childbirth*⁵, a Evropski sud je u nekoliko presuda potvrdio postojanje takvog vida nasilja⁶. U regionu, u Hrvatskoj, otvoren je poseban informacioni portal koji se bavi tim problemom⁷ i pokrenuta je inicijativa sakupljanja svedočanstava žena koje su pretrpele različite vidove nasilja tokom porođaja⁸. Ona su predstavljena javnosti tokom „16 dana aktivizma u borbi protiv nasilja nad ženama”, sa ciljem da žene podele svoje loše

3 Za druge delove ovog istraživanja, pogledati Sekulić (2014, 2015).

4 *Our Bodies, Ourselves* je jedna od najpoznatijih serija feminističkih knjiga pod istim naslovom posvećenih ženskoj telesnosti iz feminističke i pragmatične perspektive. Izdavač je nevladina organizacija „Boston Women's Health Book Collective”, a mada se knjiga izdaje pod istim nazivom još od 1971. godine, svako izdanje je posvećeno drugoj temi i nekom posebnom aspektu ženske telesnosti – starenju, menopauzi, seksualnosti žena, ženskom zdravlju itd. Izdanje iz 2008. godine posvećeno je trudnoći i porođaju.

5 <http://www.humanrightsinchildbirth.org/>

6 <http://www.ijrcenter.org/2014/10/21/european-court-of-human-rights-finds-medical-students-observation-violated-patients-right-to-privacy-in-konovalova-v-russia/>

7 www.libela.org

8 <https://www.facebook.com/media/set/?set=a.10152423832752051.1073741836.151888302050&type=3>

iskustvo, kao deo izlečenja i činjenja vidljivim traume i kao čin protesta protiv tradicionalne norme da se o neprijatnostima tokom porođaja ne priča, odnosno shvatanja da je najbolje zaboraviti ih i okrenuti se zadovoljstvu rođenja deteta. U Srbiji je pokrenuta građanska inicijativa „Majka hrabrost” kao spontani bunt žena nezadovoljnih tretmanom u srpskim porodilištima, neprikladnim ponašanjem zaposlenih, korupcijom, nehumanim bolničkim protokolima i uslovima⁹. Međutim, još uvek ne postoji zakon kojim se uređuje taj segment ženskih prava, a glavni razlog je što javnost negativne vidove tretmana koji prolaze trudnice na porođaju još uvek ne sagledava iz perspektive nasilja nad ženama.

Uočavanje postojanja nasilja tokom porođaja povezano je sa zaštitom osnovnih ljudskih prava žena na fizički i lični integritet, samoodređenje i privatnost. Naime, sprovođenje procedura, intervencija i načina ponašanja medicinskog osoblja koji podrazumevaju prinudu, uskraćivanje informacija, nepoštovanje i akušersko nasilje i poticanje straha kod osobe koja se porađa u potpunom su neskladu sa ciljevima organizovanja zdravih, sigurnih i civilizovanih načina porađanja, koji su globalno promenili uslove porađanja u toku 20. veka.

Teorijski okvir istraživanja

Teorijski okvir za ovo istraživanje činili su radovi Fukoa (Foucault) o biopolitici i seksualnosti (1990, 1997, 1998, 2009), fenomenološki pristup ženskom telesnom iskustvu Marion Young (2005), tumačenje ženskog tela u kategorijama abjekcije i predsemiotičke artikulacije Julije Kristeve (1989), kao i opšta feministička kritika društvenog prisvajanja ženske reproduktivnosti i seksualnosti koja se može naći kod više autora na koje se referira dalje u tekstu, a prvi put je jasno formulisana u danas klasičnom feminističkom delu *“Dialectics of Sex”* Šulamit Fajrstoun (Shulamith Firestone) (2003).

Od osamdesetih godina prošlog veka primetan je nagli porast interesovanja za proučavanje tela kao društvenog fenomena (Halliburton, 2002). Ovaj trend je uticao na mnoge humanističke istraživačke oblasti, od istorije, preko etnografije i antropologije, do filozofije i studija roda i omogućio je uključivanje telesnosti kao važne komponente „ljudske situacije” u društvu u istraživanja o distribuciji moći, marginalnosti, građenju identiteta, seksualnosti, diskriminaciji itd.

U poslednje dve i po decenije formirana je i obimna feministička literatura na temu ženske telesnosti i reproduktivnosti, uključujući i prakse porađanja (Duden, 1993, Kukla, 2005, Ussher, 2006, Young, 2005, Petersen, 2007, Keefe, 2001, Smart 1992, Lerner 2006, Miller 2010, Bordo 1995. i dr.). Za razliku od tema u vezi sa porodicom, gde je feministički pristup integrisan u glavne tokove sociologije, odnosno sociologije porodice, ova oblast još uvek nije

9 Mada je svojevremeno (2008) ta inicijativa imala veliki odjek i podršku u javnosti, što je rezultovalo peticijom koju je potpisalo više od 1.000 građana za svega par dana, i mada je nakon toga Ministarstvo zdravlja zvanično preuzelo obavezu da sprovodi praćenje i unapređenje uslova rađanja u Srbiji, do danas nije napravljen značajan pomak, a zvanična internet stranica inicijative „Majka hrabrost” je ugašena (www.majkahrabrost.com).

značajno zastupljena u društvenim naukama, pre svega zato što otvara pitanja telesnosti kao polja istraživanja društva koje nema tradiciju i ne spada u teme od centralnog značaja u tim disciplinama. Relevantnost ovih tema za razumevanje i osvetljavanje socijalnog položaja žena je, ipak, nesumnjiva. One se odnose na rodne aspekte nivoa društvenog života koji nisu dovoljno vidljivi, koji najvećim delom u uobičajenom značenju „društvenog”, „političkog”, vezanog za javni život i nisu svrstani u politička iskustva i prakse, ali to ne znači da su ti nivoi socijalno i politički stvarno nevažni¹⁰. Porodični život, partnerski odnosi, telo, seksualnost i reproduktivnost važne su karike u raspodeli moći, naročito u onom smislu u kome Foucault koristi koncept disperzivne raspodele društvene moći (Foucault, 2000), kojim se omogućuje razumevanje lokalnog manifestovanja moći, perifernih aspekata vlasti, gde se vlast često ne manifestuje kroz zakone, već kroz tehnike potčinjavanja, kroz ponašanja pojedinaca i grupa koja su sastavni deo društvene hijerarhije u okvirima u kojima oni imaju svoje sopstvene interese i motive postupanja koji nisu nužno podudarni sa interesima vlasti, ali svojim ponašanjem omogućuju njeno funkcionisanje. Fuko to naziva „mrežnim” širenjem moći, u kojem se ostvaruje i društveno kruženje i proizvodnja znanja (u kontekstu ovog tog istraživanja, medicinskih znanja i veština). Njegov koncept moći usmeren je na proučavanje konkretnih, kapilarno raširenih, a ne prosto centralnih ili ideološki jasno osmišljenih postupaka potčinjavanja, odnosno stvaranja podanika u društvu. U tom procesu se formira i socijalizuje i svaki pojedinac kao subjekat društva u kome stiče odgovarajući stepen moći. Distribucija moći je višesmerna, ona je istovremeno izraz tehnologija dominacije i tehnologija izgradnje sopstva.

Takav koncept moći ne samo da predstavlja opšti teorijski okvir za sagledavanje odnosa strukture i individualne akcije, već istovremeno olakšava da se razume kako se tradicionalni obrasci, navike i norme ponašanja ugrađuju na funkcionalan način u moderne institucije društva, kao što su bolnice, škole, preduzeća itd., koje su pak ugrađene u postojeći sistem i mrežu vlasti, kao ključni posrednici. Naime, za razumevanje društvenog položaja žena tradicionalni obrasci ponašanja su naročito važni, a oni snažno deluju čak i kada nisu u skladu sa zvaničnim zakonskim normama, kao i najvidljivijim političkim opredeljenjima u društvu. Često se destrukcija i raspad tradicionalnih formi kulture, načina života i kulture i pojava novih modernih načina organizacije društva i kontrole hibridno spajaju u nove oblike društvene dominacije i izgradnje subjekata, koji sadrže pomešane elemente, a logika njihovog spajanja ne može se odrediti pre konkretnih istraživanja. Tako je u ovom istraživanju pokazano da su tradicionalni načini marginalizacije i ućutkivanja žena povezani sa modernim medicinskim znanjima i načinom organizovanja porođaja, gde se subjektivnost žena, njihov fizički integritet i osećaj samopoštovanja neretko narušavaju tokom standardizovanih i uobičajenih postupaka porođanja funkcionalno prilagođenih medicinskom osoblju.

10 Sam pojam političkog može se razumeti na više načina, kao sistem vlasti i institucionalnog organizovanja društva, kao javnost i kao deo ličnog života u kojem se ostvaruje mogućnost delovanja i vršenja uticaja na ono što je od neposrednog interesa za pojedinca, a predstavlja društvene fenomene. U poslednjem pomenutom značenju „lično” je određeno kao „političko” i upravo je to vizura na kojoj se najviše insistira u feminističkim pristupima.

Fukoovim pojmom biopolitike uspostavlja se veza između moderne države kao makropolitike celine zasnovane na ideji narodnog suvereniteta i načina proizvodnje individualnosti u okvirima mikropolitčkih praksi. Uvođenjem pojma biopolitike u svoja razmatranja o istoriji nastanka modernog društva i države – naročito s obzirom na uspostavljanje narodnog suvereniteta i regulatornih mehanizama njegovog funkcionisanja u institucijama, koji su u neposrednoj vezi sa telesnim disciplinovanjem, Fuko otvara ogromno istraživačko područje „politika telesnosti”. Naime, u njegovom pristupu, različitim tehnikama nadzora, disciplinovanja i intervenisanja u živote pojedinaca sve do nivoa telesnog iskustva, proizvodi se njihov uniformni, regulisani i standardizovani zajednički život kao život funkcionalnog *mnoštva*, odnosno multiplikovanih individualnosti. Na makronivou to se ostvaruje različitim vidovima populacione politike, a na mikronivou načinom proizvodnje lične otelovljene samosvesti, kao i porodice kao društvenog polja koje posreduje između individualnosti i kolektiviteta, služeći kao medijum putem kog pojedinci postaju članovi reproduktivnog društvenog tela moderne države. Seksualnost i reproduktivnost se u tom pristupu integrišu kao teren lične, porodične i šire društvene socijalizacije, omogućujući kolektivnu kontrolu i nadzor nad njima. U Fukoovim ranim i poslednjim radovima naglasak je na načinu kako se formira iskustvo i život pojedinca u tom procesu (Istorija ludila, 2013; Treba braniti društvo, 1998; Fukoova predavanja o pareziji na seminaru „Diskurs i istina” u Berkliju 1983. godine), ali glavni deo njegovih radova bavi se samim tehnologijama nadzora i proizvodnjom sopstva (Rađanje klinike, 2009; Nadzor i kazna, 1997; Istorija seksualnosti, 1990).

U tom procesu, telesno disciplinovanje preobražava se u potčinjavanje, tako što se pojedinca odvaja od kontrole sopstvene telesnosti, od znanja o svom telu i artikulacije sopstvenih potreba, ili se na više različitih načina ograničava njena socijalna participacija i koriste telesni resursi na način koji ih čini raspoloživim nezavisno od potreba osobe o kojoj je reč. Time se, kada su žene u pitanju, formiraju i posebni telesni režimi prisvajanja i instrumentalizovanja ženskog tela i održava trajna ženska telesna vulnerabilnost putem stigme ili čak nasilja.

U najkonkretnijem smislu, rodnost, kao ženskost i muškost, predstavlja ponavljano kulturno uobličavanje tela (bez prepoznatljivog tela nema roda), kroz setove radnji nastalih u regulatornom okviru u kome se proizvodi i sama prirodnost – spontanitet i nesvesnost urođenih telesnih praksi, senzibiliteta i načina razmišljanja o sopstvenoj i tuđoj telesnosti. Načini na koje hodamo, jedemo, spavamo, kupamo se, vežbamo, koristimo svoje telo tokom seksualnih odnosa izrazito se razlikuju s obzirom na očekivanja koja postoje u određenom socijalnom miljeu. Različiti konteksti postavljaju različite imperATIVE i pružaju različite mogućnosti u odnosu na telo (Petersen, 2007). Ljude koji se ne ponašaju na rodno korektan način, koji odstupaju od tog okvira, kultura kažnjava i time „stabilizuje”, naglašeno održavajući idealizovane konstrukcije muške i ženske prirodne telesnosti (Ussher, 1989: 82). Kako su reproduktivnost i seksualnost glavna polja prisvajanja ženske telesnosti u patrijarhalnom društvu, njihovo stigmatizovanje, deartikulisanje, uspostavljanje nadzora i regulisanje najviše su izraženi u životnom ciklusu žene u onim momentima životnog prelaza u

kojima se oni aktiviraju i dobijaju naglašeno socijalne dimenzije, te se oblikuju u posebnim formalnim ili neformalnim ritualima i prelazima koji izražavaju društveni odnos prema njima. U ritualima prelaza želje, pokreti i radnje aktera dobijaju društveno prihvatljiv oblik, formira se koherentan kod „roda” i svaka pojedinka, sviđalo joj se to ili ne, mora da instancira taj prelaz ili da rizikuje da bude odbačena od šireg društva.

Pritom je u patrijarhalnom društvu telo žene sagledano kao odstupanje od muškog tela. Ono se vrednuje kao telo visokog seksualnog i reproduktivnog potencijala, ali za drugog, ne za sebe, te seksualnost i reproduktivnost kao moći nisu centrirani socijalno u telu žene kao njoj pripadni, već kao moći za drugog, kao moć koja je prenetna na partnere, društvo, državu ili medije. U tom smislu, seksualnost i reproduktivnost postaju seksualni, ekonomski, medicinski i politički resursi društva, poput neke vrste sirovina koje se mogu eksploatirati. Štaviše, to otuđivanje ugrađeno je u sistem posebnih socijalnih vrednosti i ideja o vrlinama žene, među kojima je u vrhu poslušnost, te se ta tela, mada socijalno bitna i vredna, u samima sebi definišu kao drugost i, kao takva, izložena su različitim tretmanima (medicinskim, estetskim, vaspitnim, seksualnim i reproduktivnim) u kojima se pojavljuju kao objekti koji se „obrađuju” od drugog i za drugog.

„Ženskost” je u tom smislu izrazito konstruisana, ona je trajna maskarada, dok realno, prirodno telo nikada ne može sasvim da se uklopi u tu sliku, te postoji ambivalentno – ženska tela doživljavaju se kao meka i podatna, ali i kao mlitava, ona su izazovna, ali i odvrtna ukoliko se ne uklapaju u standarde svoje sopstvene konstruisane „prirodnosti” za drugog. U svojoj knjizi *“Moći užasa”* (1989) Julija Kristeva objašnjava moć objekta u kulturi. Objekt je sakrivena, strana društva i individue, koja je nepriznata i kao takva narušava sliku o uređenom društvu. Kristeva se nadovezuje na Meri Duglas (Mary Douglas) (2001) i njenu antropološku analizu doživljavanja i definisanja „čistog” i „prljavog” u različitim kulturama, prepoznajući nizove objekata, telesne tečnosti i izlučevine – znoj, seme, krv, sluz, izmet, mleko – koji, kada su vidljivi, narušavaju uređeni poredak društva i simbolišu kaos i češće se povezuju sa ženskim telom nego sa muškim. Novije i sve glasnije političke inicijative i javne reakcije na zahtev majki za pravo na dojenje u javnosti ilustruju upravo tu naglašenu ambivalentnost u socijalnoj percepciji ženskog tela – sumnjivi prelaz između čistog i prljavog, majčinskog i seksualnog, idealizovanog i ulepšanog javnog tela i objektovanog, intimnog i privatnog tela.

U kontrastu spram ženskih tela, „prirodna” muška tela sagledana su kao čvrsta, mišićava i samodisciplinovana, usredištena u sebi, i kulturno i socijalno su prihvatljiva u neuporedivo širem rasponu svojih telesnih manifestacija – u različitim varijacijama visine, debljine, mišićavosti, neulepšnog pojavljivanja, telesne dinamike (načina kretanja, odmaranja), čistoće itd. Zapravo je najrepresntativniji vid muškog objekta feminizirano muško telo i impotentno telo. U anatomskim atlasima norma je takođe muško telo, a žensko se pojavljuje samo da bi se prikazali ženski reproduktivni organi, odnosno kao nužan prateći element muškog tela (Petersen, 2007). Takođe, moderni politički subjekt oličava zdravog i uspravnog muškarca, sa jasno postavljenim telesnim granicama. Meko

i promenljivo žensko telo deluje samo po sebi „nepolitički”. Mada ta slika nema danas svoj zakonski oblik na osnovu kog bi se nejednakost učinila legitimnom kao što je to bilo u prošlosti, ona još uvek snažno deluje kao kulturni obrazac nadograđen na tradicionalnu kulturu.

Značajan deo procesa abjekcije i konstrukcije ljudskog tela kao „prirodnog” odvija se u unutrašnjem procesu samonadzora. Postoji tesna veza između spoljašnjeg, fizičkog tela i unutrašnjeg sopstva. Dovoljan je stalno nadzirajući pogled, svoj ili tuđ, kroz koji se žensko telo konstruiše kao spektakl, dešavanje na pozornici, a ono što je na marginama dozvoljene vidljivosti – menstruacija, seksualni odnos, trudnoća, menopauza, neulepšano telo – ono što se dešava u raskoraku između „javnog” i „privatnog” tela (Sekulić, 2014, 2015) ostaje polje neartikulisanosti i nemušlosti u interiorizovanom iskustvu velikog broja žena, te na taj način njihova telesna svojstva postaju sredstvo ograničavanja njihove društvene participacije i to kao da trudnoća, menstruacija, menopauza i slično *same po sebi*, na osnovu prirode, onemogućuju i čine žene manje slobodnim u društvu.

Tako Marion Jang (Marion Young) (2005) polazi od toga da je veliki deo društvnog života žena ostao nevidljiv jer je sveden na probleme naturalizovane i neistorijske ženske prirode ili ženske suštine, koja je dovedena do neinteligibilnosti, a na račun ženske individualnosti, bez koje nema modernog političkog subjekta. Zbog toga je stvorena predstava da već sama ženska anatomija i rudimentarno telesno iskustvo „slabijeg pola” kao takvi određuju njen podvlašćen status i niži nivo slobode. Analizirajući različite ženske telesne obrasce ponašanja (kao i njihovu društvenu recepciju), Marion Jang pokazuje kako se konstruišu nemušlost i zbunjenost ženskog telesnog iskustva kao sastavnog dela pomenutih potčinjavajućih praksi. Ona se bavi time kako se zapravo proizvodi „dvosmislena transcendencija, inhibirana intencionalnost i diskontinuirani integritet” ženskog telesnog iskustva, koji se očituju u ograničenim i istovremeno interiorizovanim načinima kako se žene kreću, orijentišu u okruženju, sa kojom slobodom koriste telesne pokrete i reflektuju same sebe među drugima.

Dodatni problem je medikalizacija ženskog iskustva. Napretkom nauke u moderno doba, žensko telo postaje u većoj meri javno, i to u onim sferama koje su pre predstavljale sferu privatnog života, kao što je sam porođaj. Ceo spektar ženskih telesnih iskustava prelazi sada iz ruku tradicionalnih autoriteta u ruke medicinskih autoriteta. Žensko telo postaje „objekt medicinskog posmatranja i intervencije i (istovremeno, prim. N. S.) objekt društvenog i institucionalnog upravljanja” (Stanković, 2014: 531). Materica postaje arena u kojoj se odvijaju aktivnosti od neposrednog značaja za državu i društvo” (Duden, 1993: 95, prema Stanković, *ibid.*). „Iako ljudsko telo, uprkos svojoj kompleksnosti, može da bude podvrgnuto prirodno-naučnom tretmanu, ovo telo ne spada neproblematično u kategoriju prirodnih objekata. Naše telo nikada nije samo objekat u svetu, već posreduje naše celokupno doživljavanje sveta i našu aktivnost u njemu” (Stanković, *ibid.*). Ženska telesna iskustva, koja su pre bila tradicijski naglašeno standardizovana, normirana, nivelisna patrijarhalnim normama, sada postaju medikalizovana i instrumentalizovana. Rapidni trazvoj i dostupnost novih

tehnologija u sferi medicine, kao i komercijalizacija i uspostavljanje državnog praćenja i nadzora zdravlja stanovništva, doveli su do uspostavljanja i standardizovanja novih kategorija „poremećaja” i „patoloških disfunkcija” koji mogu da se rešavaju ili se nalaže da se rešavaju medikamentima. Na primer, hiperaktivnost dece, anksioznost, agresivnost neretko se svrstavaju u takve poremećaje, mada su često ti „poremećaji” povezani sa socijalnim i ekonomskim ili najneposrednijim političkim okruženjem pre nego što su biofizičke manifestacije same po sebi. U tom kontekstu, ceo životni ciklus žena, a naročito one životne faze ili momenti koji predstavljaju prelaze, sada su podvrgnuti mogućoj medikalizaciji i istovremeno posebnoj medicinskoj klasifikaciji – menstruacija, predmenstrualna psihička stanja, postporođajna depresija, seksualna aktivnost (kontracepcija, frigidnost, „orgastički delirijum” i razni drugi vidovi „ženskih seksualnih disfunkcija” ili „erektivne disfunkcije” muškaraca) (Moynihan, Cassels, 2005). Sam porođaj je na sličan način medikalizovan, standardizovan i podvrgnut procedurama (epiziotomija, indukcija, Kristellerov zahvat), čija je funkcionalnost veoma sporna ako se primenjuju univerzalno i bez saglasnosti porodilje. Istovremeno, to su zahvati kojima se telo žene medicinski tretira kao predmet, veoma su bolni ili imaju čitav niz dugotrajnih negativnih posledica, ali su vrlo funkcionalni za medicinsko osoblje.

Ciljevi i metodologija istraživanja

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je da se, rukovodeći se pomenutim teorijskim pristupima, istraži prisustvo nasilja nad ženama tokom porođaja na uzorku žena iz Beograda. Konkretno, cilj je bio da se ispita da li se uopšte događa, a zatim, ukoliko se događa, kako se odvija socijalno (medicinsko) prisvajanje, instrumentalizovanje, opredmećivanje, odnosno otuđivanje i interiorizovanje specifično ženske telesnosti, u kakvim odnosima moći i kroz kakvu samopercepciju žena, u jednom od ključih rituala prelaza u životnom ciklusu žene – tokom trudnoće i porođaja.

U istraživanju je korišćen metod građenja teorije (u daljem tekstu: MGT), uz primenu senzitivnog dubinskog intervjuisanja i analize diskursa kao načina obrade podataka. Pojmovni i teorijski okvir u razumevanju telesnosti kao društvenog i političkog fenomena autora čija su stanovništa prethodno izložena, iskorišćen je kao korespondirajući okvir za empirijsku analizu podataka, sa ciljem da se ispita da li se i kako se konkretni iskustveni kontekst može povezati sa njima. Neophodno je napomenuti da ne postoji striktna i jednoznačna definicija MGT, te da postoji puno međusobnih kritika i neslaganja o pojedinim principima između različitih zastupnika tog metoda, uključujući i same osnivače Glasera i Straussa (1967). Neslaganja se odnose, između ostalog, na pitanja kakva je zapravo uloga teorije u sprovođenju tog metoda. Dok jedna grupa autora smatra da teorijski okvir treba gotovo isključiti i primeniti strogo induktivni metod u istraživačkom postupku, drugi se zalažu za čvršće povezivanje istraživanja sa teorijskim okvirom, ali u fleksibilnom metodološkom postupku njihovog povezivanja, koji se gradi tokom samog istraživanja i u kojem se pretpostavlja

da empirijski materijal može znatno da obogati teorijski okvir na kome se istraživanje zasniva. U trećem slučaju, MGT se može primeniti čak i kada je cilj da se neka teorija samo proveri i preispita, te će tada fokus istraživanja biti na odstupanjima (abdukciji), a ne na induktivnom izvođenju teorije, a krajnji ishod je stvaranje preduslova za promenu i modifikaciju teorije. U svakom od tih slučajeva, teorijski okvir se određuje kao otvoren i zavisn od toka istraživanja i empirijskog materijala.

U ovde prikazanom istraživanju iskorišćen je drugi pomenuti pristup.

U suštini, razmimoilaženja u tumačenju MGT ne bi trebalo shvatiti kao nedostatke u izgradnji samog metoda, već više kao njegove varijacije, budući da MGT zapravo predstavlja kognitivnu heuristiku koja se razlikuje od slučaja do slučaja – njena suština je da nas vodi od empirijskih do teorijskih pojmova i nazad, učeći nas kako da ih uspešno povezujemo, a ne da definiše rigidni postupak tog povezivanja, koji bi važio univerzalno. Taj metod se u suštini svodi na uputstva za izradu strategija u kvalitativnim istraživanjima. Zato praktična uputstva za proceduralno primenjivanje građenja teorije u istraživanju nisu u literaturi precizno formulisana i ne svode se na neki konačni set pravila, već je pre reč o otvorenom nizu procedura za teorijsko mišljenje o tekstualnom i iskustvenom materijalu koje se moraju primeniti na kreativan, a ne na tehnički način. Stoga ne samo da nije nedostatak što MGT ne predviđa jasan i ponovljiv protokol istraživanja, već postojanje takve vrste procedura ne bi ni bilo u skladu sa osnovnim principima MGT-a.

Međutim, ipak postoje neka pravila koja se mogu smatrati univerzalnim u određenju tog metoda. Suština ovog metoda je što čini vidljivim unutrašnje, interiorizovane aspekte neke društvene pojave, čineći ih jednim od ključnih komponenti izgradnje naučnog objašnjenja (ili teorije) pojave koja je predmet istraživanja.

Poreklo tog metoda vezuje se za istraživanje Anselma Straussa i Barneya Glasera (Glaser, Strauss, *Awareness of Dying*, 1965/2005) o interakciji između umirućih pacijenata i medicinskog osoblja u šest bolnica u području zaliva San Franciska. Istraživanje je pokazalo veliku razliku u načinu na koji se medicinsko osoblje odnosilo prema umirućima i načina na koji su umirući doživljavali sami sebe. Naime, od njih se uglavnom prikivalo da se nalaze na pragu smrti i njihovo stanje je ublaživano i prećutkivano, dok su pacijenti koji su bili na samrti zapravo veoma dobro osećali da im se bliži kraj, ali su u svojim pokušajima da o tome govore nailazili na zid ćutanja i potpunu izolaciju, odbacivanje svog sopstvenog iskustva i nemogućnost da ga izraze i razmene s drugima. Metod građenja teorije je u ovom slučaju nastao iz pokušaja da se utvrdi postupak na osnovu koga se iskustva umirućih ljudi mogu uvrstiti u sistem objektivnog znanja. To istraživanje je bilo veoma značajno iz više razloga. Ono je, pre svega, u kvalitativna istraživanja uvelo proučavanje svesti/stanja svesti kao objektivnih indikatora, doprinevši temeljnijem sagledavanju fenomena smrti i umiranja i definisanju nekih faza u tom procesu koje prethodno nisu bile uočene, kao i kritičkom preispitivanju medikalizacije procesa umiranja, što je rezultovalo zbirom koncepata koji su uticali na to da se promene načini na koje je umirućima

saopštavana prognoza razvoja njihove bolesti. To istraživanje je i predstavljalo prvi primer sistematične primene kvalitativnog metoda na društveni kontekst. (Timmermans, 2010: 20).

Takav model pristupa predstavljao je okvir i za istraživanje o porođaju.

Polazište tog metoda je da se ljudsko delovanje zasniva na značenjima koja im ljudi pripisuju, da su značenja nesvodljivi element društvenih situacija i da se formiraju u društvenim interakcijama, na osnovu interpretacija ili tumačenja tih interakcija¹¹. Sledstveno tome, cilj tog metoda je da se otkriju **setovi značenja** koje ljudi pripisuju nekim fenomenima i kako socijalne interakcije utiču na njih ili se pod njihovim uticajem oblikuju, te da se ti setovi značenja učine sastavnim delom naučnog objašnjenja zadržavši svoje interiorizovane, subjektivne komponente, kao deo objašnjenja pojave.

Uzevši u obzir važnost koncepta ženske nemuštosti i nevidljivosti (Belensky, 1998; Young, 2005; Derrida, Wills, 2002) u teorijskom okviru na kome se istraživanje gradilo, posebna je pažnja posvećena tome da li se uopšte neka od iskustava žena tokom porođaja, koja predstavljaju važne elemente proučavane komunikativne situacije, mogu svrstati u „diskurs”. To se odnosi na neartikulisana iskustva (na primer, vrištanje tokom porođaja, komunikacija u kojoj porođilje ne dobijaju odgovore na pitanja postavljena medicinskom osoblju, gubljenje orijentacije i svesti o okruženju tokom porođaja itd.).

U MGT-u originalne reči i izrazi ispitanika dobijaju vrednost indikatora čije referentne vrednosti nisu u početku sasvim definisane, već se grade tokom samog istraživanja. Odnos između indikatora i teorijskog okvira je promenljiv i zahteva stalna poređenja i serije modifikacija tokom celokupnog trajanja istraživanja.

Indikatori se grupišu u kategorije, ali se kategorije formiraju u odnosu na teorijski okvir istraživanja. Kategorije su u tom smislu ključni medijum između teorije i istraživanja. One su s jedne strane izvučene iz indikatora, a s druge strane iz teorijskog okvira, omogućujući jasnije formulisanje (ili preformulisanje, ili induktivno građenje, zavisno od ciljeva konkretnog istraživanja) koncepta na kojima teorijski okvir počiva. Istraživačkim postupkom treba doći do što manjeg broja ključnih kategorija (ili njenih varijabilnih vrednosti) koje su centralne za eksplikaciju teorije.

Ne ulazeći dalje u detaljnije razmatranje varijacija samog metoda, u ovom konkretnom istraživanju korišćen je najjednostavniji metod tzv. otvorenog kodiranja. Takav način kodiranja podrazumeva da se podaci (izvorni delovi intervjua, u ovom slučaju) dele u diskretne delove, koji se upoređuju prema sličnostima i razlikama. Taj postupak Glaser naziva koncept-indikator model (1967). Svaki indikator se izdvaja, a zatim i označava odgovarajućom grupnom kategorijom, čija je funkcija da odredi indikator prema konceptu, odnosno teorijskom okviru i, takođe, da omogući teorijsko poređenje među indikatorima. Kategorija s jedne strane predstavlja klasifikaciju koncepta, a s druge strane

11 Poreklo tog metoda nije u objektivističkoj i scijentističkoj teorijskoj, već u konstruktivističkoj i simboličko-interakcionoj orijentaciji. U tom smislu, diskurs i jezik predstavljaju osnovne elemente analize.

predstavlja opštu kategoriju u odnosu na indikatore. Na primer, kategorija „akušersko nasilje” može se svrstati pod koncept „nasilja nad ženama tokom porođaja”, ukoliko se pokaže da su u konkretnim primerima intervencije (kao što su epiziotomija i indukcija) primenjivane samo zato da bi se porođaj ubrzao i učinio efikasnijim, bez saglasnosti porodilje i procene njenog fizičkog stanja i stepena bola koji žena trpi, što bi inače, u skladu sa tom procenom, moglo otvoriti mogućnost za alternativni izbor. Kategorija „korupcija”, koja obuhvata najrazličitije varijante u kojima se ona pojavljuje u konkretno navedenim slučajevima kao „poklon”, „prećutni sporazum”, „posredna usluga za uslugu”, „tajna cena usluge”, može se podvesti pod koncept „ekonomskog iskorišćavanja trudnica”.

U realizaciji istraživanja može doći do ukrštanja koje omogućuje da se isti indikatori podvedu pod različite kategorije i koncepte. Na primer, „izlaganje trudnica tuđem pogledu” (dovođenje studenata tokom vizite ili samog porođaja i vršenje javnog pregleda bez unapred tražene saglasnosti porodilje) može biti svrstano pod „eksploataciju”, a može biti svrstano i pod „objektiviranje i otuđivanje tela”, zavisno od toka objašnjenja u koji je indikator uključen. Na kraju, jedan isti termin ili pojam može biti iskorišten i kao koncept i kao kategorija, zavisno od toga na kom nivou analize je izveden i šta objašnjava.

Ako novi indikatori ne mogu da se povežu sa postojećom šemom kategorija i koncepata, a predstavljaju bitne informacije za problem koji je predmet istraživanja, za njih se vezuje preliminarno nova kategorija ili čak koncept koji zahteva proširivanje literature i teorijskog okvira, sve dok se ne postigne saturacija na istraživačkom materijalu.

U ovom istraživanju „nasilje nad ženama tokom porođaja” predstavlja centralni koncept koji služi uzajamnom povezivanju svih kategorija i indikatora.

Uzorak u ovom istraživanju činilo je 30 žena iz Beograda izabranih kombinovnim namernim i *snow-ball* uzorkovanjem. Obuhvaćen je ravnomeran broj žena sa osnovnim, srednjim i visokim obrazovanjem. Uzorak je bio ravnomerno raspoređen i na osnovu uzrasta (ispitanice od 18 do 55 godina, podeljene u tri generacije). Opšti uslov koji je važio bio je da sve ispitanice budu majke, odnosno da imaju iskustvo trudnoće, rađanja i roditeljstva.

Sa sagovornicama je vođen polustrukturisani dubinski intervju. Pitanja koja su obuhvatala period trudnoće i porođaj odnosila su se na narativni opis toka pripreme za porođaj i porođaja svake od ispitanica, pri čemu je postojala grupa obaveznih pitanja: o toku saradnje sa lekarima u periodu trudnoće, da li je bio angažovan privatni lekar ili lekar čiji je angažman bio pokriven zdravstvenim osiguranjem, kako su ispitanice doživele transformaciju svog tela i da li su i kako su tokom trudnoće sticale znanja o tome šta se u njihovom telu događa, da li su nastavile da održavaju seksualne odnose tokom trudnoće i da li su bile zadovoljne podrškom okoline. Kada je reč o samom činu porođaja, pitanja koja su svima postavljena odnosila su se na to da li su ispitanice prošle pripremu za porođaj (odgovarajuću obuku i vežbe), da li su imale prethodna znanja o tome sa čime će se susresti tokom porođaja, opise toka saradnje sa medicinskim osobljem, opis higijenskih i ostalih uslova boravka u porodilištu,

da li su zahtevale primenu epiduralne anestezije, da li je porođaju prisustvovao partner ili muž, da li su porođaj prošle uz indukciju i epiziotomiju ili ne i da li je od njih tražena saglasnost da se te intervencije primene, opis unutrašnjeg doživljavanja toka porođaja, da li su tokom održavanja trudnoće ili porođaja imale „vezu” ili su morale da daju mito u vidu skupih poklona ili novca koji nije jasno i transparentno definisan predviđenim cenovnikom usluga koje ne pokriva zdravstveno osiguranje. Postavljena su i dodatna produbljena pitanja, pri čemu je trebalo omogućiti da ispitanice zadrže svoj narativni tok priče, tako da se intervjui međusobno znatno razlikuju, pružajući sliku o tome šta je individualno bilo više ili manje važno među ispitanicama.

Rezultati istraživanja

Grupisanjem indikatora na osnovu njihove zastupljenosti u odgovorima, dobijeni istraživački materijal uokviren je i sveden na nekoliko osnovnih i ključnih kategorija objašnjenja, koje povezuju postavljeni teorijski okvir sa direktnim odgovorima i iskustvom ispitanica. To su: 1) kategorija „tela kao mašine ili objekta”, povezana sa indikatorima koji su se odnosili na opise indukcije, epiziotomije i serijskog porođanja žena u bolnicama; 2) kategorija „nemuštosti” povezana sa indikatorima izdvojenim u opisima uskraćivanja informisanja, dezinformisanja, ignorisanja, vređanja i nekorektnog govora tokom porođaja, kao i nemogućnosti ispitanica da artikuliraju ili zadovolje svoje potrebe koje su zavisile od korektnog bolničkog tretmana; 3) kategorija „grubosti i nepoštovanja intimnosti žene koja se porođaju”, povezana sa indikatorima koji se odnose na svedočenja o grubom obraćanju, suvišnom nanošenju bola i izloženosti ženskog tela pregledu i pogledu suvišnog broja ljudi i 4) kategorija „zaštitnika”, povezana sa indikatorima o podmićivanjima i „vezama” kao uslovu da se obezbedi humani porođaj.

„Telo kao mašina ili objekat”

Ova kategorija najneposrednije se vezuje za akušerske intervencije epiziotomiju, indukciju i Kristellerov zahvat sa jedne strane, a sa druge za ostale vidove organizovanja funkcionalnog serijskog porođanja u bolnicama kojima se žensko telo opredmećuje i odvaja i otuđuje od subjektivnog iskustva porodilja dovodeći do narušavanja njihovog ličnog integriteta (grupno porođanje u otvorenim boksovima, obaveznost ležanja, zanemerivanje stepena bola koji porodilja trpi i onda kada bi on mogao da se olakša, nepravovremeno davanje epiduralne anestezije). U ovu kategoriju bi se takođe mogli svrstati i neki od indikatora koji su podvedeni pod druge kategorije (na primer, pod „grubost i nepoštovanje intimnosti žene”), ali je konačno svrstavanje indikatora u određenu grupu kategorija izvedeno na osnovu toga koliko su ključni ili egzemplarni za ilustriranje i objašnjenje tih kategorija. Tako je, na primer, „izloženost pogledu drugih”, kao što je korišćenje ženskog tela za studentsku obuku, istovremeno vid objektiviranja i nepoštovanja intimnosti žene, a moglo bi se svrstati i pod naučnu eksploataciju. U ovom radu su prikazane samo one kategorije koje prati veoma visoka zastupljenost određene vrste iskustava sa njima povezanim i izraženim

kroz indikatore¹². Klasifikacija je napravljena na ovaj način zato što je izloženost pogledu drugog egzemplarna za narušavanje intimnosti, a grupno porađanje, recimo, za razumevanje serijskog porađanja, mada bi se takođe moglo svrstati i u narušavanje intimnosti i privatnosti. Dakle, svrstavanje u pojedine kategorije ne isključuje mogućnost drugačijeg grupisanja.

Mada se medikalizacijom porođaja, stopa smrtnosti znatno smanjila, ona je istovremeno omogućila formiranje otuđenog socijalnog okruženja, napravivši od porodilje pacijenta i objekat, predmet medicinskog tretmana (Stanković, 2015). Tom transformacijom je formirana direktna veza između državnog aparata, institucije medicine, postupka masovne proizvodnje i tela žene.

S obzirom na to da je sam porođaj prirodan događaj, koji podleže ritmovima kontrakcija i opuštanja i širenja tela, ono je tada možda manje nego u bilo kom drugom životnom momentu mašina i sve mora da se podredi ritmovima koji ne zavise od svesne namere. Medicinski postupak bi trebalo da se sastoji u stručnom vođenju žene kroz taj proces, međutim, on može da se vodi i tako da se žensko telo posmatra kao funkcionalna mašina i objekat medicinske intervencije „a sama intervencija postaje čin primene standardizovanog tehnološkog procesa u masovnoj proizvodnji”. Način kako žena prolazi kroz taj proces je od sekundarnog značaja. Telo je instrumentalizovano za „serijsku proizvodnju”.

Raskorak između onoga što je funkcionalno za medicinsko osoblje, bilo iz proceduralnih ili situacionih razloga, i za ženu koja se porađa može biti veoma velik.

„...Noć je, oni piju kafu, negde sede. Osetila sam da se porađam, ali sam morala ja njih da tražim i našla sam ih u nekoj sobi. Rekli su: ‘Sačekajte još malo, neće to odmah’, i tek kad su popili kafu, onda su me stavili na sto... Posle toga sam se veoma brzo porodila. Hoću da ti kažem, noću oni nisu uz tebe uvek kad ti treba. To je moja osnovna zamerka, nisu uslužni. Ne postoji atmosfera u kojoj bi bilo jasno da je to njima posao. Ispadne da ti imaš problem, a zapravo, ako se žena plaši, zar to nije sasvim normalno – sve ti je to prvi put i nepoznato. Mislim da više treba da budu uz ženu. A i ne znaš šta ti se događa, koliko je ozbiljno. Oni su sve negde drugde i sve oni znaju kad će tebi šta da bude, a ti si niko i ništa.”

Ovaj odgovor veoma jasno ilustruje problem načina korišćenja znanja u uslovima porođaja. To znanje je prilagođeno ekonomisanju radnim angažovanjem bolničkog osoblja, bez ideje da bi znanje u takvoj situaciji trebalo podeliti sa porodiljom, odnosno da je to važan deo uspešno sprovedenog porođaja. Kako se porodilja oseća, šta ona prolazi, nije jasno uključeno u postavljene kriterijume

12 Negativna slika koja se može dobiti o porođajima na osnovu ovog istraživanja upravo u tom smislu nije pristrasna. To ne znači da žene nisu govorile i o svojim pozitivnim iskustvima porođaja, ali zastupljenost negativnih čini ovu sliku objektivnom. Naime, cilj ovog istraživanja nije bio da deskriptivno opiše porođaj, bilo da je reč o spoljašnjem toku događaja ili o interiorizovanim pozitivnim i negativnim iskustvima ispitanica, već da se ispita da li je opravdano govoriti o postojanju nasilja nad ženama tokom porođaja, te kako se ono može konceptualizovati i objasniti, uzimajući u obzir iskustva, percepcije i tumačenja samih ispitanica.

i procedure angažovanja medicinskog osoblja niti postoji predstava da to može pomoći samom porođaju i povećati aktivno učešće i saradnju porodilje u svim njegovim fazama. Mnoge od ispitanica su zapravo svoje „veze” iskoristile sa namerom da obezbede humani tretman u porodilištima, ne verujući da će ga bez podmićivanja, poklona, uticaja nekoga sa viših instanci (autoriteta nekog doktora) inače dobiti.

Ono što se prvo moglo zapaziti u razgovorima sa ispitanicama jeste da su gotovo sve na porođaju dobile indukciju, tokom porođaja epiziotomiju, uz neretko odgođeno zašivanje rane, čime se bol neuporedivo povećava. Medicinske procedure ne obavezuju lekare da pitaju osobu o kojoj je reč da li je saglasna da je podvrgnu tim postupcima niti odgovaraju na bilo koji način za preterano i suviše nanošenje bola. Ta vrsta prekršaja ne postoji. Kako indukcija ubrzano izaziva trudove, ona čini porođaj efikasnijim, ali on, ionako bolan ukoliko žena ne dobije anesteziju, time postaje neuporedivo bolniji i potpuno izmiče kontroli osobe koja se porađa, narušavajući prirodno kontrahovanje i opuštanje organizma. Indukcija u telu izaziva neprekidne trudove koji se odvijaju brže od prirodnih ritmova, tako da žena između njih nema vremena da se odmori i sakupi snagu koja će joj biti realno potrebna u sledećem krugu napona. Indukcija u tom smislu zapravo ne povećava kooperativnost porodilje tokom porođaja (njenu sposobnost da sledi uputstva babice), ali sam porođaj ubrzava po cenu uklanjanja subjekta pri punoj svesti i sposobnog za saradnju iz celog postupka. Indukciju bi trebalo sprovoditi kada za to ima medicinskog opravdanja, ali ovaj tretman se sprovodi gotovo univerzalno. Odgovori ispitanica pokazuju u kojoj meri je taj postupak neprilagođen njihovim telesnim ritmovima i potrebama.

„Tačno je da indukciju treba da ti daju kad se nešto zakomplikuje, ali oni ti daju i kad se ništa ne komplikuje, kad bi mogla da nastaviš prirodno da se porađaš.”

„Onda su mi dali onu veštačku indukciju da mi izazovu bolove. Sve sam zvezde prebrojala i kad je to odjednom krenulo, onda jako boli, znači ceo proces koji se dešava spontano i prirodno u dužem periodu odjednom počne da se dešava u roku od pola sata. To je napravljeno tako da se žena porodi kao na traci... (smeh). To su bili odjednom jaki bolovi koji su me prosto bacali u neku drugu realnost, u neko drugo stanje, ne znam ni ja... izbezumljivali su me. Između trudova postoje pauze, ali to me baci u potpuno bolno stanje, toliko jako boli da moram da odustanem od odupiranja, znači tako nešto kao da više nisam tu. Eto, tako izgleda... I interesantno, ja sam tada bila baš klinka i bila sam naplašena, nisam znala mnogo o porođajima, znači samo neke strašne priče, a ipak sam osećala da je porođaj nešto sasvim prirodno i da meni ti lekari gotovo ne trebaju, ni sestre, ni ništa, nego mi samo treba da se to prirodno desi... Osećala sam da ja to mogu, znači da je to toliko prirodan i spontan događaj... Takođe mislim da svaka mlada žena u stvari treba nekako da nauči da prepoznaje simptome svog tela i da ih prati. I veoma je važna podrška neke žene koja je iskusila porođaj. Ona je najbolje ohrabrenje kad je porodilja u bolovima. Ja mislim da su to ranije babice radile, a neke to rade i sada.”

Međutim, za razliku od ove ispitanice, većina žena nema veliko samopouzdanje da će se sve samo po sebi dobro odvijati. Davanje indukcije, bez pravilnog informisanja porodilje o tome šta se događa i njenog uključivanja u ceo tok porođaja, bitno doprinosi povećanju ne samo bola, već i straha tokom porođaja. U primeru koji sledi porođaj je dodatno bio opterećen grubim postupanjem i vređanjem medicinskog osoblja, kao i komplikacijama vezanim za sam porođaj, koje bi zapravo trebalo da navedu lekare i osoblje da budu naročito senzitivni u ophođenju sa porodiljom.

„Sada ću da vam objasnim. Prvo su mislili da mogu da se porodim normalno (ispitanica se porodila carskim rezom, prim. N. S.) i zato su me stavili na indukciju ujutru od osam sati. Meni još nije bio pukao vodenjak. Nisam imala nikakvu kontrakciju... Bebi je bilo super (smeh). Prvo, uopšte nisam znala toliko dobro šta je indukcija, tako da sam ja protumačila da nije reč o ubrzanju trudova, već da to izaziva okretanje deteta u meni. Imate osećaj kao da vam to lomi kosti, prosto takav osećaj... Epidural nisam uzela zato što se plaćao. Držali su me osam sati na indukciji. Ispred mene je bio digitalni sat i mogla sam da pratim, bukvalno na dva minuta sam imala takve kontrakcije, da sam mislila da ću da umrem. Zamislite osam takvih sati, na dva minuta. Na sat vremena su dolazile komisije i, naravno, svi su mi stavljali ruku dole da provere stanje. Jedna doktorka je rekla: ‘Pa odlično, vi ste se otvorili jedan prst za dva sata.’ Meni to uopšte nije izgledalo odlično, ali mislila sam, hajde, vjerovatno oni bolje znaju nego ja. Međutim, za dva sata ništa, pa opet za dva sata ništa. Sve vreme imam kontrakcije, a i oni su bili vrlo nekulturni, doživela sam diskriminaciju. Čim su me uključili na indukciju, jedna medicinska sestra je komentarisala, citiram: ‘Šta je, bre, ovo j... te, samo neke debele nam dolaze’. Kao da ja nisam tu. Rekla sam: ‘Kako tako možete da se ponašate, porađam se, a mi vi tako govorite’. Proteklo je osam sati, nisu morali toliko da me muče, već je trebalo odmah da me pošalju na carski rez kad su videli da se ne otvaram ni sa indukcijom. Posle četiri sata došla je načelnica, od koje se svi pribojavaju, pošto je vrlo ‘nežna’. Tako mi je stavila ruku unutra da sam mislila da mi je kompletnu matericu rasporila. Stvarno sam bila izmučena. Imala sam osećaj da ću umreti ako budem morala da se naprežem. Zadnji konzilijum, pošto je tu bilo više različitih lekara koji su na sat vremena gledali moje međunožje, predložili su carski rez. A ja sam bila toliko izmrcvarena, da sam jedva disala. Rekla sam jednoj doktorki, pošto ih je bilo tri: ‘Molim vas, doktorka, samo me vodite odavde, ja više ne mogu da se mučim, ja više ne mogu’. Odgovorila je: ‘Vi da se mučite? Pa vi nas mučite’. Ja nisam mogla da verujem šta čujem.”

Neke ispitanice su dobile indukciju da bi lekari mogli na vreme da odu da spavaju.

„Dali su mi indukciju da bi lekari išli da spavaju. Meni još nije bila potrebna, ali, kao, oni malo da se odmore, pošto sam bila poslednja u smeni, drugima se već bio završio porođaj. Onda su mi je prosto dali.”

Više ispitanica je smatralo da je način porađanja kome moraju da se prilagode neusklađen sa prirodnim potrebama tela, sugerišući šta bi zapravo bio prirodniji i za njih same funkcionalniji postupak.

„Previše te tretiraju onako kao što oni misle da treba. Uopšte ti ne dozvole da radiš onako kao što se osećaš, mnogo se to udaljilo od nečeg prirodnog. Mislim da je u redu da uzmeš sve što ti treba od ove civilizacije, sve u vezi sa čim smo napredovali. Znači, anestezija, pomoć, sve je to super, svi ti doktori, ali, ipak, da ti dopuste da uradiš ono što želiš a ne da odeš tamo, a oni ti kažu: ‘Ajde, sad lezi, ne mrđaj’, samo što te ne vežu. Uopšte nije prijatno. Meni je bilo prijatnije nego onim drugim ženama koje su bile tamo u boksovima (što takođe zvuči bože me sačuvaj, porađaš se u ‘boksovima’...), zato što je moj muž bio sa mnom. Drugačije se ponašaju. Ali, opet, trebalo bi da ima nekih opcija, recimo da možeš da ustaneš. Mislim, oni te maltene vežu za krevet, ne možeš da mrdneš. Al’ da bi imala taj luksuz da možeš da ustaneš, da protegneš noge, za to moraš da platiš debelo, a onda će čak i muziku da ti puste (smeh).”

„Pre svega to ležanje, ubeđena sam da je to potpuno nelogično, logično bi bilo da zemljina teža tu bude pomoć – znači hodanje, stajanje, čučanje, svaki drugi položaj... ali ovo je položaj koji odgovara doktoru i medicinarima iako je to za ženu teže, međutim nema govora da se proba i nešto drugo.”

Takođe, medicinsko osoblje retko primenjuje i prirodne postupke pripreme porođaja koji inače postoje u prihvaćenoj praksi.

„Postoji nešto što se zove dilatacija, kada te u stvari babica priprema za otvaranje, tako što dlanom razvlači taj mišić. A oni to uopšte ne rade, nego idu najlakšim načinom, znači - upotrebljavaju tvoje telo sa tim akademskim autoritetom, kao naučnici, koji sada mogu sa tvojim telom da rade šta hoće, a ti se tu ništa ne pitaš...”

Jedna od bolnica u kojima se vrši porođaj u Beogradu ima mogućnost porađanja u vodi. Međutim, žene koje dolaze da se porode ne upoznaju se sa tom mogućnošću i tek na njihov lični zahtev takva mogućnost se uopšte razmatra, tako da je prostorija sa kadom namenjenoj toj svrsi praktično beskorisna u sadašnjoj situaciji.

Epiziotomija, s druge strane, medicinski je opravdana kada postoji visoka verovatnoća da će vaginalni zid ili grlić materice pući tokom izlaska bebe. Mada se ona danas u velikom broju evropskih bolnica i u bolnicama razvijenog dela sveta više ne sprovodi ili je korišćenje te intervencije smanjeno¹³, u našim

13 Epiziotomija je rez koji se pravi na tkivu između vagine i anusa tokom porođaja. Nekada je taj zahvat predstavljao rutinu, ali to danas više nije slučaj. ...Godinama se smatralo da se time predupređuje cepanje vaginalnog zida i da se nakon intervencije zarastanje rane odvija bolje nego nakon prirodnog pucanja. Smatralo se takođe da se time mišićna i vezivna tkiva koja podržavaju dno pelvisa jačaju. Međutim, savremena istraživanja pokazuju da epiziotomija nije dobro rešenje. Oporavak je veoma neprijatan, a operativni rez je često veći nego što bi bio u slučaju pucanja bez intervencije (<http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/>

bolnicama ona predstavlja standardnu proceduru i izvodi se bez saglasnosti žene, mada, kao što to potvrđuju i sagovornice u ovom istraživanju, ožiljci koji posle toga ostaju veoma često ostavljaju negativne posledice – mogu trajno da zakomplikuju život žene: lakše dobijanje vaginalnih infekcija, osećaj nelagode u tom delu tela, otežavanje seksualnih odnosa koji postaju neprijatni i bolni, nemogućnost pune kontrole uriniranja, prodiranje fekalija kroz vaginalni zid. Mišljenje ispitanica o tome koliko je sprovođenje tih postupaka neophodno bilo je podeljeno, međutim, ni u jednom slučaju one nisu konsultovane, nije im tražena saglasnost niti su im predočeni razlozi zbog kojih bi u njihovom slučaju trebalo primeniti tu intervenciju. Zbog toga u njihovim odgovorima prevladavaju formulacije da je „bolje da se to iseče nego da se nešto desi”, pri čemu se oslanjaju na autoritet medicinske ustanove, a njihovo mišljenje nije formirano na osnovu informisanosti o postojećim praksama u svetu.

„Znam da je to potrebno, šta može da se desi u slučaju da se to ne uradi. Znam da ako se ne uradi epiziotomija, može da dođe do pucanja grlića materice, što posle povećava rizik od tumora, tako da je mnogo bolje da se odradi ta epiziotomija. I to će da prođe. Meni je trajala tačno 40 dana. Tačno 40 dana je mene to bolelo. Mnogo mi je bolje to nego da posle idem na dva meseca kod ginekologa i da razmišljam šta će biti za 15 godina.”

Indikativno je bilo i to što su žene koje su se porađale uz prisustvo muževa ili partnera imale humaniji tretman nego ostale porodilje, kao da žena mora imati svog muškog zastupnika da bi bila poštovana kao celovita ličnost.

„Nisam se plašila samog porođaja nego ružnog ponašanja lekara. To je bio vrlo intenzivan strah. I onda se dogodilo da smo imali sreće, ono kao bog te pogleda, da je jedna doktorka radila doktorski rad baš u to vreme u vezi sa porođajem kome prisustvuje muž – što u našoj sredini nije bilo uobičajeno u to vreme. Muž nije nigde mogao da prisustvuje. I tako se dogodilo da je Jovan mogao da bude na porođaju. Meni je to izuzetno puno značilo i odmah je bila nekako drugačija situacija. Mislim, nekako se odmah i ti lekari i sestre ponašaju normalno. Meni je samo to trebalo, nije mi bio potreban nekakav specijalan tretman, ali jedna normalna komunikacija. Moj porođaj je bio veoma težak. Na stolu sam bila preko 12 sati. I bio je veoma iscrpljujući, čak je i beba na kraju bila iscrpljena. Posle 10, 11 sati bio je trenutak kada su razmatrali da li da me pošalju na carski rez. Ali ja nemam nikakvu traumu zato što sam bila sa svojim mužem.”

Nemuštost – odsustvo komunikacije i uskraćivanje informacija

To je veoma česta situacija, koju navode oko dve trećine ispitanica. Vezana je za odsustvo adekvatne komunikacije sa medicinskim osobljem, kao i za uskraćenost porodilja za informacije koje su važne za razumevanje toka porođaja.

Ovo istraživanje pokazuje da je ženski glas zanemaren, pretežno nečujan ili neartikulisan tokom porođaja. Ta situacija se nadovezuje na svakodnevne situacije u patrijarhalnom okruženju, u kojima je autoritet ženskog glasa i mišljenja nizak – i žene i muškarci skloni su da potcenjuju mišljenja žena, a istraživanja takođe potvrđuju da žene češće prekidaju u razgovoru nego muškarce. Istraživanje Belenky i grupe autorki (1998) o socijalnoj participaciji, socijalnim okvirima sticanja znanja i samoartikulaciji žena u širem društvu pokazuje da, kada opisuju situacije u kojima treba da izraze svoje mišljenje u širem društvu, one često upotrebljavaju sledeće reči: „niko te ne čuje”, „da me uistinu sluša”, „osećam se kao da sam nema”, „nemam reči da kažem”, „ućutkati”...

Iz njihovih odgovora, vidljivo je da medicinsko osoblje u komunikaciji veoma često ne obraća pažnju na ono što porodilja pokušava da saopšti, te da to čak ne zavisi od stepena obrazovanosti porodilje. Nekorektno obraćanje ili čak vredanje porodilje predstavlja svakodnevnu pojavu u porodilištima, sudeći prema odgovorima žena iz ovog uzorka. To ukazuje na postojanje snažnog modela autoritarnog medicinskog ponašanja koje oduzima glas pacijentu ili ga čini irelevantnim u procesu procene i donošenja odluka o medicinskom tretmanu. Sam porođaj stoga za veliki broj žena izgleda kao da im je oduzet jezik ili pravo glasa, kao situacija nemuštosti i obespravljenosti.

„Osetila sam trudove, onako kako su mi opisali i zatim otišla u bolnicu. Bio je 21. april. Dežurni lekar me vratio rekavaši mi: ‘Nećeš ti, lutkice, još tri i po nedelje’. U ponedeljak 23. već počinje moj haos, moj pakao, od bolova ne mogu da jedem, spavam, vršim nuždu, jer imam utisak da će dete da mi ispadne, a o velikoj neću ni da pričam. I to tako traje do petka... U četvrtak me primaju u bolnicu zbog tog nekog cete-a..., cetege-a, mislim da se tako zove... Za mene je bio šamar ono što sam tamo doživela. Prime te u bolnicu i niko te ne pregleda, mada si u bolovima. Ostavili su me tako, molila sam za pomoć... Nisam neko ko je toliko kilav i razmažen da ne mogu da izdržim bol. Ali to su stvarno bili nepodnošljivi bolovi, davali su mi paralgin, raspitajte se, kažu da je to jedan od najsnažnijih analgetika, ali mi uopšte nije pomogao. U petak su odjednom odlučili da me porode. I još su me napljuvali što sam tek tada došla u bolnicu, pitajući me zašto nisam došla kada mi je pukao vodenjak. Rekla sam im da mi ništa nije puklo. Nisu mi verovali. Osetila sam se veoma jadno i bedno. Onda je doktor pogledao i rekao: ‘Vidi stvarno, nije joj pukao vodenjak, a sedam santimetara je otvorena’. Niko mi se nije izvinio. Onda su me brzo prebacili u porodilište i na kraju se to završilo tako što su me porodili vakuumom jer od bolova nisam mogla da se napnem više. To je bilo veoma rizično i po bebu.”

„Sedmi mesec. Sestra mi sve te stvari priključuje, polazim napolje i osećam kako sve počinje iz mene da izlazi. Kažem joj: ‘Ja se porađam!’ Taj odnos osoblja, nemam reči... ‘Ma ti znaš dal’ se porađaš, a sad su te uključili’. Ja počnem da vrištim, ali ona ništa... ode ona. Ali bile smo nas dve u sobi, bila je ta žena koja je videla da se stvarno porađam. I onda je i ona vrisnula i onda su svi došli. Porodila sam se tu u krevetu, uzeli su dete, odneli ga negde. Ja više ništa nisam ni znala, valjda od tog straha.”

„Kada kažeš da hoćeš epidural, onda ti oni urade sve te analize i imaš sastanak sa anesteziologom. To se plaća. Ali mi nismo imali sastanak sa anesteziologom, a trebalo je. Nije mi objašnjena procedura davanja epidurala i nisam znala da moram da budem potpuno mirna. To me malo plašilo, taj epidural, ta velika igla koja se zabada direktno u kičmu, a nisam proveravala na internetu. I onda sam se trgla kad mi je davala injekciju i ona je poludela, rekla je: ‘Da li vi znate da ste mogli da ostanete nepokretni, to je samo jedan milimetar razlike, ne mogu da verujem da ste se pomerili’. Ja sam rekla: ‘Pa ko mi je rekao da se ne pomeram?’, ‘Vi niste imali sastanak ni sa kim?’ Kada sam odgovorila da nisam, ona je rekla: ‘Oni nisu normalni’. To je rekla anesteziološkinja.”

Ovi izvodi iz intervjuja ilustruju kontekst u kojem se nepostojanje adekvatne komunikacije direktno negativno i rizično odražava na telesnom nivou, sa mogućnošću da izazove veoma ozbiljne posledice. Osim toga, za odraslu osobu predstavlja direktno narušavanje njenog ličnog integriteta i poštovanja ukoliko je dovedena u situaciju da mora da vrišti, odnosno da se vraća na predsemiotičke obrasce komunikacije prateći mimiku lekara i babica ne bi li na osnovu njihovih pokreta ili izraza shvatila šta se stvarno događa... Nepoštovanje svakako predstavlja i neprimereno oslovljavanje porodilje, bez korišćenja njenog imena ili persiranja (obraćanje sa „ti” je veoma često), a u intervjuima se jasno vidi da postoji i sasvim neprimereno i potpuno neprofesionalno oslovljavanje izrazima kao što su: „lutkice”, „mala”, „debeli” i sl.

Većina žena ne zna kroz šta prolazi, pa nepostojanje komunikacije sa drugima doprinosi tome da i one same sebi ne mogu da objasne i realno procene svoje stanje. U vulnerabilnoj situaciji u kojoj se nalaze, takav način komunikacije dodatno psihički povređuje žene.

„Dok sam ležala na stolu u trudovima zbog indukcije koja je počela da deluje, doktorka me je pitala: ‘Kada je trebalo da se porodite, kad vam je bio termin?’ Ja kažem: ‘19. avgust’, a bio je već 30. avgust. Na to je doktorka rekla sestri: ‘Dajte mi kukicu’. Kako je ona to rekla, ja sam se sasvim prepala... mislim da sam imala neku vrstu psihičkog napada... zato što nema nikog mog, ja sam sama, oduzeli su mi telefone, ne mogu ni sa kim da pričam, a sve vreme sedim sama i ležim, prosto imam kontrakcije, ne mogu nikome ni da se požalim, ni ništa. I ona u tom mom stanju kaže: ‘Dajte mi kukicu’, umesto da mi kaže: ‘Nemojte da se plašite, samo ću da vam probijem vodenjak’. I to da mi je rekla, bilo bi me strah jer nisam znala kako izgleda kad se probije vodenjak. Ali svakako je trebalo nekako da me umiri. U suštini, to sa kukicom nije bilo ništa, nisam ni osetila, imala sam osećaj kao kad dobijete menstruaciju, istekla je samo voda iz mene. Ali ta doktorka mi je nabila ogroman stres svojim držanjem.”

„Oni toliko nemaju takta da je to strašno. Moju bebu su odmah po porođaju smestili u inkubator. Išla sam da je vidim, tamo gde su inkubatori i sve mi je to bilo tako strašno, vidim kako je moja beba probodena, a nemam nikakva znanja o tome šta je to... Niko te ne pripremi šta ćeš da

vidiš, niko ne misli da li ćeš da doživiš šok. Kad sam odlazila iz porodilišta morala sam da ostavim bebu u inkubatoru, a doktor mi je tada rekao: 'Nemojte mnogo da očekujete'. Neka je to istina, ali ne možeš majci to na takav način da kažeš... Treba da joj kažeš, ali ne tako... Da li oni razmišljaju o tome šta znači reći majci koja još odlazi iz bolnice u kojoj mora da ostavi svoju bebu: 'Nemojte da očekujete da će da preživi.'"

Uskraćivanje informacija često je pravi uzrok iracionalnih strahova porodilja, koji se inače lako patologizuju kao da su inherentna stanja „prirodne” ženske psihe ili „prirodne” posledice porođajnog šoka, ne uzimajući u obzir društveni kontekst i kvalitet komunikacije sa medicinskim osobljem i okolinom tokom porođaja.

„Kad sam ga prvi put videla... imao je neku posekotinu, u startu sam od toga dobila nervni slom, posle svega što sam prošla. Niko nije hteo da mi kaže odakle mu ta posekotina, a bila je duboka. Pitala sam i patronažne sestre i ostale sestre i osoblje koje me je porađalo. Ali to je zatvoren krug ljudi, neće da vam kažu, pričaš u prazno. Sreća te je to njemu zaraslo. Izgledao je kao vanzemaljac kad su mi ga doneli. Ali tada sam pomislila: 'Ovo nije moje dete'. To sam smela da kažem samo sebi u mislima... nisam mogla to da kažem naglas čak ni mojoj porodici jer bi me proglasili ludom... Mislim, ko zna kakav bi to utisak kod njih proizvelo. Tako da sam sve što me muči zadržavala u sebi. Glava mu je potpuno bila deformisana, stvarno kao iz filmova o vanzemalcima, ovako mu je išla nagore.”

Ova, kao i mnoge druge situacije koje navode sagovornice u istraživanju, jasno pokazuju da u porodilištima ne postoje adekvatna obuka ni protokoli za medicinsko osoblje o neophodnoj senzitivnoj komunikaciji sa porodiljama. Uskraćivanje informacija i neodgovaranje na njihova pitanja ne predstavljaju vrstu prekršaja niti podležu bilo kakvim sankcijama.

Neprijatnosti i propusti te vrste ne bi bili mogući kada bi sama porodilja bila u centru porođajnog događaja.

Grubost i nepoštovanje intimnosti porodilja

Grubost je kategorija koja je izvedena na osnovu najbrojnijih indikatora u odgovorima ispitanica i najjasnije se može povezati sa konceptom abjekcije ili mizoginije. Grubost se sastojala u ružnom i nekorektnom ophođenju, uz nepoštovanje intimnosti osobe koja se porađa, u nekim slučajevima u neodržavanju higijenskih uslova, u vređanju, seksističkim opaskama, ali i u direktnom nasilju, što se, sve zajedno, imajući u vidu brojnost takvih odgovora (budući da se pojavljuje u gotovo svakom intervjuu), ne može tretirati kao anomalija u odnosu na uobičajen način ophođenja u porodilištima, već kao običaj koji je široko zastupljen. Koncept abjekcije nudi jedan od mogućih okvira objašnjenja zašto porodilje koje se nalaze u ionako vanrednoj i izuzetno vulnerabilnoj situaciji lako mogu naići na tretman koji ih čini još vulnerabilnijim. S jedne strane, porođaj je situacija u kojoj se ukida granica između privatnog i javnog tela, u kojoj su sve telesne manifestacije potpuno

izložene, od kojih je veći deo nevoljne prirode, pogledu i kontroli drugog. Krv, izmet, sluz, sastavni su deo porođaja, a žene često i ne saznaju pre porođaja, na primer, da im se tokom porođaja može desiti da nevoljno vrše veliku nuždu, nemaju predstavu koliko krvi će izgubiti, ne znaju da beba može da se rodi obavijena placentom ili tela potpuno prekrivenog dlakama... Kako se kultura oblikuje tabuisanjem tih aspekata telesnosti, celokupna situacija porođanja za porodilje može biti naglašeno stigmatična, a žena abjektovana. Religijske slike o porođaju i o svetinji majčinstva (na primer, simbol Bogorodice) porođanje predstavljaju nezemaljski, bez krvi, bez izlučevina i bez napona. Takođe, žene su socijalizovane najvećim delom tako da uvek polažu pažnju na svoj izgled i spoljašnjost i na naglašenu zaštitu svoje privatnosti. Bolnička situacija predstavlja suprotnost tome, a realna kulturološka situacija bi zapravo zahtevala izradu odgovarajućih protokola ili obuka o tome kako omogućiti da se žene osećaju zaštićeno i poštovano tokom porođaja.

„Najgori utisak su mi ostavile sestre... Neonatološke sestre. To je jeza jedna, jeziva jeza. Prvo, to su sve žene! Ne mogu da verujem da nema ni truna saosećajnosti žena sa ženom koja se porađa. Pa, nije to svinja. Moj svekar, znate, gaji svinje. Kada se njegova krmača oprasi, on dođe i češka je, bre, češka svinju! Koju će da zakolje za šest meseci i da je pojede... Ja ne kažem da neko treba da me češka ispod vrata. Ali može da kaže: ‘Dobar dan’ kad uđe u sobu. Ne vidim da to nešto košta, da ih boli, da je teško. Da ne ulazi i da mi cokće da me probudi govoreći: ‘Jooj, što vi tako čvrsto spavate!?’ A dete spava. Što i ja ne bih spavala. ‘Jaooo, ali vi njega nećete čuti kad se probudi. Nećemo mi da ti hranimo dete. Zašto ste izabrali bejbi frendli?’ ”

Socijalni postupak činjenja nekog nemuštim ne samo da ga delegitimizuje za učestvovanje u komunikaciji i na svojevrsan način ekskomunicira iz društva, već, kao što pokazuje Derrida (2001), istovremeno i animalizuje tu osobu jer ona nema kulturne načine da ostvari komunikaciju. To se naročito odnosi na situacije koje su povezane sa bolom, kao što je porođaj.

„Videla sam krv. Probudila sam muža. Brzo me je odveo u bolnicu. Pregledali su me i onda je više njih došlo i zurilo u mene, dok sam ležala raširenih nogu. Ostavili su me da tako ležim jer je bilo bitno da se trudnoća održi što duže, a sve je to bilo noću. Ujutro se promenila smena i onda su me opet pregledali. To je bilo strašno. Svi su me gledali, došli su studenti... Kao, to je sad nešto što svi treba da vide. A mene niko ništa ne pita. Sad mi se čini da su me svugde proveli, da me je svako ko je bio u bolnici pregledao. To mi je bilo stvarno strašno. Ja znam da je to za njih bilo važno, ali bilo je grozno. Svi studenti, svi lekari, svi su tamo nešto gledali. Svi su komentarisali: ‘Vidiš ovo je srce. Vidiš ovo je ono. Vidiš ovo je ono...’ I kad su me svi ispregledali i vratili u sobu, onda su doneli zaključak da treba odmah da me porode.”

„Ono što me prvo strahovito bolelo to je bušenje vodenjaka, koje je bilo katastrofalno. I to je radio jedan doktor koji je takav divljak da nemam

reči. Bio je vrlo grub i u svemu što je posle usledilo taj čovek nije uložio ni minimum napora da nekom nešto olakša, nego naprotiv. Baš je bio bahat.”

Kada je neko isključen iz društva, onda trpi stigmę i može postati predmet daljeg nasilja i vređanja jer je takvim osobama oduzeta moć, te ne postoje sankcije protiv počinitelaca nasilja.

„Bila sam izbezumljena totalno, ne znam šta mi se dešava. Sestra viče: ‘Širi te noge! Kako ti nije bilo teško da ih širiš kad si ga pravila!’ Ja sam htela da zabodem glavu u jastuk, toliko si od svega toga izmučen. Čepe te tamo... Toliko su grubi, ne znam zašto to mora da bude tako.”

Veoma retki su slučajevi da žena tokom porođaja uspe da artikuliše i saopšti svoje potrebe osoblju koje je već prethodno ignorisalo.

„Kad me je ubola, ona prva igla što ti je stavljaju u venu što će da ostane tu, ne znam kako se to zove, taj aparatić koji ti ostane u veni – meni je sve uokolo poplavelo. Nije mi bilo pravo, a ona će na to: ‘Moolim? Pa vi se porađate, nije vam ovo godišnji odmor’. Rekla sam joj: ‘Mogu ja vama nešto da kažem? Jel’ možete vi sada lepo da odete na ono drugo odeljenje i da pozovete neku ženu koja je manje nervozna...?’ Bila sam baš grozna, što mislim da je bilo odvratno, ali u tom trenutku sam morala to da uradim. Bila sam politički nekorektna, rekla sam sledeće: ‘Ja ne znam je li vama mala plata, ne znam da li ste imali seks ili niste, ne znam jel’ vas dečko ostavio ili vas nije ostavio, ali molim vas da svoje trenutno stanje ne iskaljujete na meni jer ako niste primetili, ja sam u malo specifičnom raspoloženju i specifičnom momentu svog života’. Ona se okrenula, ništa mi nije rekla, a zatim je došla jedna sestra koja je bila malo starija i rekla: ‘A čujem, tražili ste baš mene (smeh)’. I ja sam rekla: ‘Ako posle vas ne budem imala plave modrice, vas sam tražila.’”

„Prvi dan bila sam krvava kao svinja. Tek su mi drugi dan zamenili posteljину. Ok, kapirala sam ja da, ako stalno curi, ne mogu svaki čas da menjaju. Ali ne tražim ja Hilton nego minimum higijene i pristojan odnos. Ništa drugo.”

Zaštitnici – humani porođaj kao privilegija

Kada se brojčano uporede dobijeni odgovori ispitanica, na prvi pogled, brojevi potiru ovako negativnu sliku o načinu porođanja žena. Naime, polovina ispitanica je ocenila svoj porođaj kao pozitivno iskustvo. Međutim, to nisu neke druge žene, žene koje su po pravilu imale drugačija iskustva od ovih koja su prethodno navedena. I deo žena čiji su iskazi prethodno navedeni navode da je njihov porođaj bio pozitivno iskustvo. Radost se odnosi na radost dobijanja deteta, na zadovoljstvo što se ništa nije zakomplikovalo ili na činjenicu da je porođaj izvršen uz epiduralnu anesteziju ili mito. Sedam žena koje su imale naglašeno pozitivno iskustvo obezbedile su to plaćanjem posebnih skupih programa porođanja, uz dodatno plaćanje lekara koji je vodio njihovu trudnoću.

„Pa, u suštini ja sam imala privatnog lekara kod koga sam vodila trudnoću tako da sam, što se toga tiče, imala potpunu kontrolu nad svime što se događa i 24 časa raspoloživost lekara. Šta god mi je bilo potrebno, mogla sam da ga nazovem i pitam, tako da u tom smislu, što se same trudnoće i održavanja trudnoće tiče, nisam imala nikakvih problema niti nedoumica. A porođaj, kao porođaj, bio je naravno u državnoj bolnici, sa prisustvom tog lekara koji mi je vodio trudnoću, insistirali smo da tako bude. U toku trudnoće odlučili smo da ćemo koristiti epidural na porođaju i to je već bilo pripremljeno tako da kad dođem, može da bude odrađeno kako treba. Sestre su stvarno stalno bile angažovane oko mene, bile su ljubazne, izlazile su mi u susret i pitale da li mi nešto treba.”

„Otišla sam privatno na dva pregleda iako sam inače vodila trudnoću u domu zdravlja kod moje doktorke. Računala sam tada da ću možda na osnovu pregleda koji papreno koštaju – jedan je bio sa ultrazvukom četiri-pet hiljada – više se ne sećam, izdejstvovati podršku. Ideja mi je bila da ga zamolim da on, kao bivši direktor, budući da ga znam privatno, napravi ‘vezu’ da me ipak prime. Tako se i desilo. Ne znam baš da li bi me inače primili.”

Novčana nadoknada ne funkcioniše uvek kao mito, već se neki put odvija legalnim tokovima (na primer, plaćaju se usluge privatnog lekara tokom cele trudnoće, a on u državnoj bolnici u kojoj radi preuzima brigu o ženi tokom porođaja ili utiče na kolege da dobije bolji tretman, s tim što se žena početno odlučila na privatnog lekara sa tim ciljem) ili se human i pažljiv tretman ostvaruje putem „usluge za uslugu” ili zbog ubeđenja medicinskog osoblja da neko uticajan i sa velikim autoritetom „stoji iza” porodilje.

„A sad, tu ima i jedna stvar sa mojim prezimenom – moje prezime je vrlo retko i tako se preziva tu neki profesor primarijus. Ubeđena sam da su mislili da je on, na primer, moj deda jer sam tako namerno govorila, a nije. Tako da mislim da je čitav taj tretman koji je bio izuzetno dobar bio posledica toga što su oni zbog retkog prezimena mislili da sam rođakinja nekog važnog lekara. Mi zapravo nismo imali para da uzmem apartman – bio mi je važniji epidural i da partner bude sa mnom. Rekla sam, to nećemo, ali kad je sve bilo gotovo, sestra me je ostavila tri sata da čekam jer je jedna žena trebalo da ode iz apartmana. Tako da su me tamo smestili – tu sam ležala, gledala TV, odmarala se. A sestri sam htela posle da odnesem neki poklončić, zato što mi je pomogla i dosta me umirila.”

U nekim slučajevima, reč je prosto o srećnom sklopu okolnosti, ali koji se pokazuje kao važan za dobijanje podrške tokom porođaja:

„Ma to su bili momci mojih drugarica, braća mojih drugarica... Čitava ekipa koju sam ja znala iz grada. Eto, družili smo se. Tako da sam dobila neku, eto, ljudsku pažnju.”

„Čašćavanje” nakon porođaja je takođe veoma često, a to mogu biti simbolični i sitni iznosi i pokloni, kao i velike sume, od slučaja do slučaja. Opšta

slika koja se dobija je da je neka vrsta plaćanja već običajno ustanovljena i da zapravo nije ni potrebno da lekar ili osoblje traže eksplicitno novac, već je to deo prećutnog sporazuma.

„Očekivalo se da se plati doktorica koja me je porodila i da se časte babice koje su to radile i naravno taj epidural koji smo svakako morali da platimo. Nije nam niko konkretno tražio novac, ali to je nešto što se u današnje vreme podrazumeva.”

„Ja volim da častim. Nemoj da mi tražiš da me porodiš. Znači, ako me porodiš, kad me porodiš, ako smatram da si bila korektna, ja ću častiti. To je valjda u nas Srba odvajkada, mislim tako. Zato smo ih navikli da krađu tako kako krađu... Ali nema veze. Mislim da su korumpirani. Meni niko nije tražio novac da bi me porađao. Niko nije tražio novac ni za šta. Posle sam sama dala. Suprug je otišao da se zahvali lekarki.”

Naravno, postoje i slučajevi manje-više očiglednog traženja novca.

„Pred porođaj mi je rekao, onako uvijeno nam je stavio do znanja, da ako hoćemo, možemo da se dogovorimo da prisustvuje porođaju. Ali nije nam rekao ni koliko to košta niti smo mi pokazali interes. Onda nam je naša ‘veza’ rekla da to ni slučajno ne radimo, da je bezobrazan što je pitao i onda smo mi tako i uradili. Sigurno je to bila ponuda za plaćanje, ne mogu sa sigurnošću da kažem jer je nismo prihvatili, ali je tako izgledalo!”

„Znači, ja sam otišla u tu bolnicu gde postoji mogućnost da se porodiš u bazenu, da bi mi doktor otvoreno rekao: ‘Znate šta, kad vi dođete, taj anesteziolog možda neće biti u smeni, tako da je bolje da mi to odmah finansijski regulišemo, da bih ja obezbedio da on dođe’. Ja sam pomislila: ‘Sad idem da te prijavim, j... te, imam ovu stomačinu, sram te bilo što mi tražiš pare’. I onda sam odmah rešila da se tu ne porađam i otišla u drugu bolnicu.”

Veliki broj varijacija u snalaženju za dobijanje „posebnog” (humanog) tretmana samo potvrđuje koliko je taj postupak postao uobičajen i široko zastupljen. Potplaćivanje i „veze” su toliko zastupljeni da uopšte ne znači da će neko, i ako ima vezu i dodatno plati za obezbeđivanje humanog tretmana, takvu uslugu zaista i dobiti.

Samo jedna ispitanica dala je sledeći odgovor:

„Nisam imala ama baš nikakvu vezu, slučajno sam naišla na divnu doktoricu. Otišla sam na neki pregled, ispričala joj šta se dešava sa mojom trudnoćom... Ona je divna žena, od koje sam imala podršku tokom trudnoće, ona me je porodila i obilazila... Zaista božanstveno iskustvo. Božanstveno iskustvo.”

Ova ispitanica nije dala informaciju da li je (i ako jeste, na koji način) častila doktoricu o kojoj je reč nakon porođaja.

Zaključak

Rezultati istraživanja pokazali su snažnu povezanost između dobijenih indikatora i teorijskog okvira od kojeg se pošlo u istraživanju, kao i neophodnost da se interiorizovana perspektiva žena kao učesnica i subjekata porođaja uključi u okvire objektivnog sagledavanja ovog problema. Kada u analizu porođaja uključimo svest, osećanja i iskustva porodilja kao objektivne indikatore socijalnog događaja, to znatno doprinosi boljem i temeljnijem, ali i objektivnijem sagledavanju postojećeg procesa porođanja, i time omogućuje kritičko preispitivanje medikalizacije porođaja onako kako ona stvarno postoji u delu bolničkih ustanova, pružajući mogućnost za promenu i za formulisanje nekih uputstava, normi i sankcija pomoću kojih bi se stanje u porodilištima moglo unaprediti.

U širem, teorijskom smislu, predstavljena iskustva otvaraju dublju i drugačiju perspektivu za razumevanje ženske telesnosti, zahtevajući drugačiju izgradnju društvenih i političkih vizura „prirodnih” činjenica o telesnosti, kao što je u ovom slučaju porođaj. Tako, na primer, kada Marion Young (2005) navodi da „(mi žene) ne verujemo dovoljno svojim telima, da ona mogu da ostvare postavljene cijeve” ili „da doživljamo u većoj meri strah od povređivanja”, treba uočiti u kakvim se oblicima „telesnih režima” vulnerabilnost, strah i svojevrsna ženska „iracionalnost” potvrđuju ili naglašavaju.

Situacija porođaja predstavlja jedan od najvulnerabilnijih i istovremeno jedan od ključnih prelaznih momenata u životu većine žena. Kao ritual prelaza iz jedne životne faze u drugu, on reflektuje u malom društvenu poziciju žena i način njihovog prepoznavanja, uvažavanja ličnosti žena i uključivanja u životnu fazu u kojoj će preuzeti nove statuse i uloge koji proishode iz materinstva. U širem smislu, odnos društva (institucija i neposredne okoline) prema činu porođaja odražava društveni odnos prema reproduktivnosti uopšte i pokazuje kakva kultura rađanja postoji u društvu.

Rezultati ovog istraživanja pokazuju da postoji specifičan spoj tradicionalnog i modernog – medikalizovanog odnosa prema ženama u tom procesu, u kojem je prenebretna jedna važna karika, a to je ličnost žene kao punopravnog građanina koji u toku porođaja ima pravo na privatnost, na dobijanje adekvatnih informacija, na zaštitu od vređanja, na zaštitu ličnog i fizičkog integriteta i pravo na izbor. Dodatno, u skladu sa postojećim zakonima, humani, higijenski i stručan porođaj u bolničkim ustanovama garantovan je svim ženama na osnovu socijalnog osiguranja, te visoka zastupljenost mita u raznim formama pokazuje da se i to pravo ne realizuje na zadovoljavajući način.

Prigovori da postoje i pozitivni slučajevi ne mogu da umanje zaključak o širokoj rasprostranjenosti lošeg tretmana žena tokom porođaja, te ostaje da se taj problem prepozna i afirmiše u društvu kao problem nasilja nad ženama.

Odrediti porođaj kao politički događaj nije jednostavno najviše zbog toga što on spada u one sfere društvenog života, koje se prividno nalaze izvan sfere političkog, izvan sfere regulisanja ljudskih prava, u sferi života koja je navodno pod čeličnom stegom prirode. „Razmađijavanje” tog mita zahteva uvođenje

demokratskih političkih kategorija u oblast ženskog telesnog iskustva jer je upravo ono u najvećoj meri prisvojeno u patrijarhalnom društvenom okruženju.

Kao što je pomenuto na početku ovog rada, danas su sve glasnije inicijative za uvođenje pravne odredbe o nasilju nad ženama tokom porođaja. U skladu sa tim zahtevom, pod nasilje bi se morali svrstati: prisilni ležeći položaj tokom porođanja bez alternativa, davanje indukcije i epiziotomije (koja je napuštena u velikom broju porodilišta širom Evrope) bez saglasnosti i adekvatnog informisanja porodilje o rizicima u njenom konkretnom slučaju, grubo ophođenje, vređanje, seksizam, uskraćivanje informacija i suviše nanošenje bola. Još uvek ne postoji zakon kojim se uređuje taj segment ženskih prava, prvenstveno zbog toga što javnost tretman koji prolaze trudnice još uvek ne prepoznaje kao nasilje nad ženama.

Literatura:

- Belenky, Mary Field, Goldberger, Nancy Rule, Tarule, Jill Mattuck, Clinchy, Blythe Mcvicker. 1998. *Ženski načini spoznavanja – razvoj sebstva, svojeg glasa i svojeg duha*. Zagreb: Ženska infoteka.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Klutsiv, O., Kudesia, S., et al. 2015. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 12 (6): e1001847.
- Bordo, Susan. 1999. *The Male Body: A New Look at Men in Public and in Private*. Ed. Susan Bordo. New York: Farrar, Straus and Giroux.
- Derrida, Jacques, Wills, David. 2002. The Animal That Therefore I Am. *Critical Inquiry*, Vol. 28, No. 2 (Winter, 2002), 369–418.
- Douglas, Mary. 2001. *Čisto i opasno*. Biblioteka XX vek.
- Duden, Barbara. 1993. *Disembodying Women: Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Firestone, Shulamith. 1972. *The Dialectic of Sex*. Bentham Books.
- Foucault, Michel. 1990. *History of Sexuality*. Penguin.
- Foucault, Michel. 2000. *Power, Essential Works of Foucault 1954–1984*. New York: The New Press.
- Franzosi, Roberto. 1998. Narrative Analysis-Or Why (And How) Sociologists Should be Interested in Narrative. *Annual Review of Sociology*, Vol. 24, 517–554.
- Friedan, Betty. 1979. *The Feminine Mystic*. Dell Publishing.
- Fuko Mišel. 1997. *Nadzirati i kažnjavati*. Izdavačka knjižarnica Zorana Stojadinovića
- Fuko, Mišel. 1998. *Treba braniti društvo*. Svetovi, Novi Sad
- Fuko, Mišel. 2009. *Radanje klinike*. Mediterran Publishing.
- Glaser, Strauss. 1967. *The Discovery of Grounded Theory*. Penguin.
- Halliburton, Murphy. 2002. Rethinking Anthropological Studies of the Body: Manas and Bōdham in Kerala. *American Anthropologist, New Series*, Vol. 104, No. 4 (Dec., 2002), 1123–1134.

- Jewkes, R., Abrahams, N., Mvo, Z. 1998. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*, 47: 1781–1795. pmid:9877348 doi: 10.1016/s0277-9536(98)00240-8
- Keefe, Alice A. 2001. *Woman's Body and the Social Body in Hosea*. Sheffield Academic Press.
- Kristeva, Julija. 1989. *Moći užasa*. Kupindo.
- Kukla, Rebecca. 2005. *Mass Hysteria: Medicine, Culture and Mothers' Bodies*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Kun, Tomas. 1974. *Struktura naučnih revolucija*. Beograd: Nolit.
- La Rossa, Ralph. 2005. Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research. *Journal of Marriage and Family*, Vol. 67, No. 4 (Nov.), 837–857.
- Lerner, Lee K., Lerner, Brenda Wilmoth, Lerner, Adrienne Wilmoth (eds.). 2006. *Gender Issues and Sexuality*. Thomson, Gale.
- Marshall, Barbara L., Witz, Anne. 2004. *Engendering the social, Feminist encounters with sociological theory*. Open University.
- Miller, Sarah Alison. 2010. *Medieval Monstrosity and the Female Body*. Routledge.
- Moynihan, Cassels, 2005. *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*. Allen & Unwin.
- Nilsson, Jakob, Wallenstein, Sven-Olov. 2013. *Foucault, Biopolitics, and Governmentality*. Södertörn University.
- Petersen, Alan. 2007. *The Body in Question*. Routledge.
- Porter, Marie, Short, Patricia, O'Reilly, Andrea (eds.). 2005. *Motherhood, Power and Oppression*. Toronto, Women's Press.
- Rich, Adrienne. 1976. *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. Norton-Rosenberg, K., Trevathan, W. 2002. Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109 (11), 1199–1206. doi: 10.1046/j.1471-0528.2002.00010.x
- Sekulić, Nada. 2015. Vrlina neznanja – o seksualnosti i reproduktivnosti žena, u: *Politike roditeljstva* (ur. Isidora Jarić). ISI FF.
- Sekulić, Nada. 2014. Društveni status materinstva sa posebnim osvrtom na Srbiju danas. *Sociologija*, br. 4, vol. LVI.
- Smart, Carol. 1992. *Regulating womanhood, Historical essays on marriage, motherhood and sexuality*. Routledge.
- Soulliere, Danielle, Britt, David W., MainesDavid R. 2001. Conceptual Modeling as a Toolbox for Grounded Theorists. *The Sociological Quarterly*, Vol. 42, No. 2 (Spring, 2001), 253–269.
- Stanković, Biljana. 2014. Žena kao subjekt porođaja: telesni, tehnološki i institucionalni aspekti. *Sociologija*, br. 4, vol. LVI.
- Strauss, Anselmo, Glaser, Barney. 2005. *Awareness of Dying*. Glaser & Strauss (1965), Aldine Transaction.
- Timmermans, Stefan. 2010. There's More to Dying than Death: Qualitative Research on the End-of-Life, in: Bourqueault, Ivy (ed.). *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*.

- the Boston Women's Health Book Collective, ed. 2008. *Our bodies, ourselves : pregnancy and birth* (1st Touchstone trade pbk. ed.). New York: Touchstone Book/Simon & Schuster.
- Ussher, Jane M. 2006. *Managing The Monstrous Feminine: Regulating The Reproductive Body*. Routledge.
- Warren, C., Njuki, R., Abuya, T., Ndwiga, C., Maingi, G. *et al.* 2013. Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 13. doi: 10.1186/1471-2393-13-21
- Young, I. M. 2005. Pregnant embodiment: Subjectivity and alienation, in: *On female body experience: 'Throwing like a girl' and other essays*. New York: Oxford University Press, 46–61.