

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nina Brinovec

Medijska reprezentacija poroda na domu

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nina Brinovec

Mentorica: red. prof. dr. Alenka Švab

Medijska reprezentacija poroda na domu

Diplomsko delo

Ljubljana, 2016

Medijska reprezentacija poroda na domu

V diplomski nalogi se ukvarjam z analizo medijskih diskurzov o načrtovanem porodu na domu. Namen diplomskega dela je razložiti proces medikalizacije porodnega procesa ter z metodo kritične analize diskurza preveriti, kakšne so značilnosti reprezentacij poroda na domu v slovenskih dnevnikih Delo, Dnevnik in Slovenske novice. Zanima me, kakšno stališče imajo izbrani mediji do obravnavane tematike in ali v obravnavanih prispevkih prevladuje diskurz, ki poudarja pomembnost medicinskega vodenja in nadzorovanja poroda.

V empiričnem delu diplomske naloge ugotavljam, da izbrani dnevni časopisi predstavljajo odločitev za porod na domu na kritičen način. Porodnice in porodniške babice, ki so sodelovale v porodnem procesu na domu, namreč povezujejo z negativnimi procesi, kot so nezakonitost početja, zaslužkarstvo, nevarnost, neodgovornost in tveganje.

KLJUČNE BESEDE: diskurz, medikalizacija poroda, porod na domu, mediji, kritična analiza diskurza.

Media representation of home birth

In my thesis, I focus on the analysis of media discourses on births intended to be given at home. The aim of the thesis is to explain the medicalization of birth. I used the method of critical discourse analysis to determine how Slovenian daily newspapers Delo, Dnevnik, and Slovenske novice represent home birth. I also analyzed whether the selected media sources favour the discourse that emphasizes the importance of medical supervision and control of birth.

The empirical part of my research reveals that the selected newspapers present the decision to give birth at home critically by attaching negative attributes (e. g. illegality, risk, and irresponsibility) to mothers and midwives who help them with birth at home.

KEY WORDS: discourse, medicalization of birth, home birth, media, critical discourse analysis.

Tu je tisti temni kraj, črni kraj, soteska, nad katero sem lebdela v zgodnjih popadkih. Svet se je na široko razprl, poln zvezd in bleščečih sijev obrazov, ki jih ne morem določiti ali jih zares videti.

Vsa ljubezen in ves pekel ležita na tem kraju in nenadoma vidim, kako krhka je tančica, ki nas ločuje. Samo ženske kdaj pa kdaj uzrejo ta kraj, si mislim. Samo ženske ugledajo to moč.

Njegovo strahoto.

Njegovo razsežnost.

(Bates 2008, 299)

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Alenki Švab za strokovno pomoč in potrpljenje.

Hvala družini za vso podporo in mojim puncam,
da ste verjele, da zmorem.

Diplomsko nalogo posvečam svojim otrokom Lani, Maticu in Juliji,
brez njih ne bi bilo navdiha za pisanje in
motivacije za dokončanje diplomske naloge.

KAZALO

1 UVOD.....	6
2 POROD.....	8
2.1 POROD MED NARAVO, KULTURO IN MEDICINO.....	9
2.2 MEDIKALIZACIJA KOT PROCES.....	10
2.2.1 Medikalizacija vsakdanjega življenja.....	11
2.2.2 Medicina kot institucija nadzorovanja in normiranja družbe.....	12
2.2.3 Medikalizacija poroda.....	13
2.3 PORODNO OKOLJE.....	16
2.3.1 Od poroda na domu k porodu v porodnišnicah.....	17
2.3.2 Porod na domu v Sloveniji.....	19
2.3.3 Primer obporodne prakse na Nizozemskem.....	21
3. DISKURZ.....	23
3.1 TEORIJE DISKURZA.....	23
3.2 KRITIČNA DISKURZIVNA ANALIZA.....	24
3.3 FAIRCLOUGHOV TRIRAZSEŽNOSTNI MODEL ANALIZE DISKURZA.....	26
3.3.1 Analiza teksta.....	26
3.3.2 Diskurz kot diskurzivna praksa.....	27
3.3.3 Diskurz kot družbena praksa.....	27
3.4 DISKURZ: MOČ IN IDEOLOGIJA.....	28
4. MEDIJSKE REPREZENTACIJE PORODA NA DOMU.....	30
4.1 KAJ JE REPREZENTACIJA.....	30
4.2 VPLIV MEDIJEV.....	30
5 EMPIRIČNI DEL: ANALIZA MEDIJSKIH DISKURZOV O PORODU NA DOMU V SLOVENSКИH DNEVNIH ČASOPISIH.....	32
5.1 METODOLOŠKI OKVIR.....	32
5.2 REZULTATI.....	35
5.2.1 Stališče porodniške stroke.....	35
5.2.2 Vloga državnih institucij.....	38
5.2.3 Vloga porodnice.....	40
5.2.4 Vloga porodniške babice.....	42
6 DISKUSIJA.....	44
7 ZAKLJUČEK.....	47
8 LITERATURA.....	49
PRILOGE.....	53
Priloga A: Diana Zajec: Tretjina bi lahko kjerkoli normalno rodila.....	53
Priloga B: Milena Zupanič: Novorojenčka rešili zadnji hip.....	54
Priloga C: Nina Knavs: Pri porodu na domu se je hudo zapletlo.....	55
Priloga Č: Mojca Lorenčič: Stroka: Porod na domu trenutno ni varen.....	56
Priloga D: Boštjan Fon: Pri porodu doma skoraj umrla.....	57
Priloga E: E. N.: Dojenček komaj preživel porod doma.....	58

1 UVOD

Porod je poleg smrti velik življenjski prehod, ki je v vseh družbah deležen posebne pozornosti. Potek poroda je bil v preteklosti vedno povezan z verovanji in tradicionalnimi praksami posameznih družb, danes pa se je okrog poroda razvila cela »mašinerija«, nad katero trdno stoji predvsem medicina. Zdi se, kot da imajo neposredno vključeni v porod še najmanj vpliva na to, kako naj poteka.

Vprašanje, ki ga odpira dejanje poroda, je, ali je porod »moj« ali »naš«, torej ali gre za osebno ali družbeno dejanje. Če gre za družbeno dejanje, kakšna je vloga skupnosti, kdo ima moč odločanja?

»Rojevanje je situacija, iz katere ženska ne more pobegniti, zahteva po eni strani nadzor, po drugi pa prepustitev toku – se tu srečamo z nečim, kar je močnejše od nas? Nismo več avtonomne posameznice, ampak samo pripadnice vrste, katerih funkcija je omogočiti njeno nadaljevanje, ne glede na subjektivne želje in potrebe? Ali pa je mogoče oboje združiti?« (Pahor 2006, 13)

Razmišljanje o dihotomiji med »zasebno« in »družbeno« komponento poroda in posledično o upravičenosti medicinsko vodenega poroda je bilo izhodišče pri zasnovi moje diplomske naloge. Temo poroda kot osrednjega dela proučevanja sem izbrala tudi zaradi lastne izkušnje, saj sem sama rodila trikrat. Nobene od svojih porodnih izkušenj ne bi opisala kot zelo travmatično, pri vseh pa sem doživljala podobne občutke in imela enake pomisleke kot večina porodnic, katerih zgodbe sem spremljala v času priprav na pisanje diplomske naloge. Porodnišnično okolje, ki me je opominjalo, da sem pacientka, bolnišnične uniforme, invazivni postopki, za katere sem dvomila, da so nujni iz razlogov, vezanih le na moj porod, občutek, da je moj čas v porodni sobi omejen, in predvsem osebje, ki sem ga videla prvič in zadnjič v življenju ... to je negativni del spominov na moje porode v ljubljanski porodnišnici. Pred desetimi leti se o možnosti »alternativnega

poroda«¹ še ni toliko pisalo in le najbolj pogumne posameznice so se odločile za porod na domu.

Perinatologinja Tanja Premru Sršen pravi: »Želje glede načina poroda in predstave o tem, kako naj bi porod potekal, so danes mnogovrstne. Bodoči starši želijo vplivati na način in potek poroda in biti aktivno udeleženi pri postopkih.« (2006, 100) Tako se tudi izbira porodnišnice kot edinega kraja poroda nekaterim porodnicam ne zdi samoumevna in se odločijo roditi doma. Porodnice, ki načrtovano rojevajo na domu, po navadi s tem ne vzbujajo pozornosti širše javnosti. Izjema sta dva primera, pri katerih sta se porodnici odločili roditi na domu ob pomoči porodniške babice iz tujine, vendar sta se poroda zaradi zapletov končala v porodnišnici. Dogodka sta pritegnila pozornost medijev.

Namen diplomske naloge je z analizo medijskih diskurzov o porodu na domu ugotoviti, kakšno stališče imajo mediji do poroda na domu² in ali je to stališče skladno s sodobnimi raziskavami o porodnem okolju. Analizirala bom torej medijsko poročanje v primeru dveh zapletov pri načrtovanih porodih na domu, ki sta se sicer srečno končala v porodnišnici. Članke bom proučevala s pomočjo Faircloughove teorije analize diskurza, katere poglobitve poudarke bom predstavila v teoretičnem delu diplomske naloge.

V diplomskem delu bom preverjala dve hipotezi. Prva je, da mediji predstavljajo porod na domu kot nevarno dejanje, in druga, da v člankih prevladuje diskurz, ki poudarja pomembnost medicinskega vodenja in nadzora poroda.

Diplomsko delo je razdeljeno na teoretični in empirični del. V prvem, teoretičnem delu naloge bom razložila porod kot kompleksen pojav, poudarila pomen medikalizacije in porodnega okolja ter opisala, kako je sistem porodne prakse organiziran na Nizozemskem. Nadaljevala bom z razlago teorije diskurza in bolj natančno opisala Faircloughov trirazsežni model analize diskurza (Vezovnik 2009, 116). V empiričnem

¹ »Alternativni porod v pogovornem jeziku poimenujemo porod, ki odstopa od klasično vodenega poroda, od tega, kar je najbolj običajno in uveljavljeno v določenem prostoru in času.« (Mamazofa 2016a)

² Dom razumem kot prostor, kjer se porodnica počuti udobno, domače in ljubeče, ni pa to nujno njen dom. Gre za okolje, kjer se porodnica počuti varno po lastni definiciji varnosti.

delu naloge bom s pomočjo kritične diskurzivne analize preučila izbrane prispevke, objavljene v dnevnikih Delo, Dnevnik in Slovenske novice.

2 POROD

Začnimo z nekaj »uradnimi« definicijami poroda. Slovar slovenskega knjižnega jezika porod opisuje kot »ločitev ploda od matere na koncu nosečnosti« (2014, 135). Veliki splošni leksikon pa navaja, da gre za »dogajanje, med katerim se pri človeku (in pri sesalcih) iz rodil iztisne zrel plod. Iztiskanje plodu se začne s krčenjem maternice, 263–273 dni po oploditvi ali 280 dni po začetku zadnje menstruacije.« (1998, 3327)

Porod je seveda veliko več kot le iztis ploda iz maternice. Je »univerzalno, naravno dejstvo, ki nam omogoča izkušnjo bivanja, in je obenem prvi naravni in družbeni mejnik človekovega življenja« (Rožman 2004, 9).

Rojstvo – če ga pojmuje širše, ne zgolj kot trenutek otrokovega prihoda na zunanji svet – je vpeto v obred prehoda. V zadnjih petih milijonih let se je rojstvo pri človeški vrsti zaradi pokončnega položaja in s tem povezane sorazmerno majhne medenične odprtine ter povečanja velikosti možganov precej spremenilo. Pri rojstvu sta v odvisnem položaju tako novorojenček kot porodnica. Slednja mora za varen porod poiskati pomoč drugih in s tem se bistveno poveča možnost za njeno preživetje in za preživetje njenega otroka (Drglin v Rožman 2004, 169).

Večplastnost opisov poroda lepo povzame Sheila Kitzinger, ki pravi, da je porod biološki dogodek, pri katerem žensko vodijo močne fiziološke sile, pri čemer veliko stvari naredi povsem nagonsko, ne da bi prebrala priročnike o tem ali hodila na tečaj priprav na porod. Porod pa je tudi kulturno dejanje, saj lahko v različnih družbah in različnih zgodovinskih obdobjih najdemo različne vrednote, vedenja, pričakovanja in prakse, ki so povezani z

rojstvom otroka. Družba skozi porodne prakse izraža svoje vrednote v zvezi z nosečnostjo in porodom (Kitzinger 1994, 75).

V podpoglavjih, ki sledijo, bom podrobno opisala porod kot kompleksen pojav, poudarila pomen medikalizacije in porodnega okolja ter opisala, kako je sistem porodne prakse organiziran na Nizozemskem.

2.1 POROD MED NARAVO, KULTURO IN MEDICINO

Z rojstvom otroka se povezuje in nadaljuje človeštvo. Kultura, v kateri živimo, ceni samonadzor in objektivizacijo telesa, poudarja pozitivne plati tehnologije in narekuje nadzor nad telesom. Zato marsikatera ženska silnice naravnega poroda³ doživi kot prestop meje. Pri sodobnih porodnih praksah imajo tehnologija, medicinski posegi in zdravlila prednost pred potrpežljivostjo in zaupanjem v naravni proces poroda. S tem pa se krepi dojemanje o nemoči žensk, da spontano rodijo. Kljub obilju informacij o poteku nosečnosti in poroda velika večina nosečnic ne najde gotovosti v sebi in se sooča s strahom, ko pride čas za porod (Drglin 2011, 103).

Ko se rodimo, ponotranjimo družbena pričakovanja in norme. Med odraščanjem se ženske skozi socializacijo naučimo, kar se zdi na prvi pogled spontano – kako jesti in izločati, kako negovati svoje telo, kako se vesti kot nosečnica, kje in kako rojevati, kako izražati bolečino in druge občutke. Zalka Drglin (2011, 107) to poimenuje kulturni obrazci, ki bolj ali manj strogo določajo navade in rituale, povezane z nosečnostjo in porodom, ter določajo, katero vedenje posameznice je pričakovano in zaželeno.

³ Suzanne Arms (v Drglin 2003, 383) je v sredini sedemdesetih let dvajsetega stoletja interpretirala naravni porod na različne načine: kot uporabo različnih dihalnih tehnik; prejemanje lokalnih, in ne splošnih anestetikov; možnost, da je pri porodu prisoten partner; izogibanje carskemu rezu; porod na domu s pomočjo babice ... A. E. Adams (v Drglin 2003, 383) pa navaja, da se je gibanje za naravni porod začelo v petdesetih letih dvajsetega stoletja kot odgovor na prenos porodov z domov v porodnišnice ter na naraščajočo uporabo anestezije in kirurških posegov, kar moti naravni proces poroda.

Vsak porod je torej predvsem kulturno oblikovan in utemeljen dogodek, kjer so posamezni sestavni deli medsebojno prepleteni in ločljivi pravzaprav le v teoriji. Naše sedanje znanje o nosečnosti, porodu in času po porodu je znanje posebnega sistema, ki bi ga poenostavljeno lahko imenovali znanstveno-medicinski sistem. Vendar pa so vse kulture oblikovale porodne prakse v drugačni obliki, kot je ta, ki je v našem kulturnem prostoru prevladujoča (Drglin v Rožman 2004, 169–170).

Antropologinja Zalka Drglin dodaja še: »V vsaki skupnosti so se izoblikovali postopki in pravila ravnanja, predpisane so vloge in načini vedenja ljudi, ki so vpleteni – porod je socialno označen in oblikovan. Načini organizacije porodnega dogodka so številni. Če jih znamo brati, veliko povedo o kulturi, položaju žensk, odnosu do otroka, ženskega telesa, bolečine, o statusu vednosti in znanja o telesu in njegovih nalogah in namenih.« (Drglin 2002, 54)

V posamezni kulturi se izoblikujejo specifične prakse nadzorovanja, normiranja in določevanja pogojev materinstva v njegovem nastanku. V nadaljevanju bom razložila, kako in kdaj je medikalizacija postala del vsakdanjega življenja in prevzela nadzor nad porodom v zahodnih družbah skupaj s širšimi procesi modernizacije ter institucionalizacije moderne dobe.

2.2 MEDIKALIZACIJA KOT PROCES

»Z besedo medikalizacija označujemo procese, s katerimi se vsakdanji življenjski dogodki ali običajne življenjske okoliščine preoblikujejo v medicinske probleme, postanejo predmet medicinskega nadzora in definicij s poudarkom na tveganju, patologiji in terapevtskih intervencijah ali nadzoru.« (Drglin 2002, 54)

2.2.1 Medikalizacija vsakdanjega življenja

Z izrazom medikalizacija družbe označujemo širitev medicine na področja vsakdanjega življenja. »Pravica do skoraj popolnega dostopa do tabuiziranih območij življenja se kaže v pravici medicine, da se ukvarja s kar najbolj osebnimi stvarmi posameznika, kot je delovanje njegovega telesa in duševnosti. Če se karkoli izkaže kot dejavnik, ki zmanjšuje delovanje telesa (ali duha), je že lahko označeno kot bolezen in s tem postane 'medicinski problem'.« (Ule 2003, 241) Dober primer sta npr. staranje in nosečnost, ki sta nekdaj štela za naravni stvari človeškega življenja, danes pa ju imamo bolj ali manj za bolezen ali vsaj za medicinski problem (prav tam).

Dvajseto stoletje je čas največjih sprememb v medicini in v načinu, kako pojmujeemo zdravje in bolezen. Napredek znanosti in modernizacija družbe sta povzročila razmah moderne znanstvene medicine in zdravstvene oskrbe. Moderna medicina se je začela vedno bolj naslanjati na ugotovitve znanosti in medicinske tehnologije. Fizično stanje posameznika je ugotavljala s pomočjo medicinskih preiskav in naprav, pri tem pa je vse manj pomena pripisovala dialogu z bolnikom. Bolnik je vso odgovornost prenesel na medicinsko stroko in institucije. Njegov odnos do zdravljenja in bolezni je s tem postal pasiven in nekritičen, medicinskemu osebju pa je podelil veliko avtoriteto in moč (Ule 2003, 23).

2.2.2 Medicina kot institucija nadzorovanja in normiranja družbe

Vpliv medicine se je v devetnajstem stoletju razširil od bolnika na celotno družbo, ki je potrebovala in podpirala medicino. Z izumom bolnišnic se je začel nadzor nad mnogimi bolniki naenkrat. Naloga medicine je bila določanje norm in odklonov od norm. Norma oziroma tehnike normalnosti so bile prikazane kot nekaj nevtralnega in so hkrati omogočale kategoriziranje tistih, ki so odstopali od normalnosti, s pomočjo medicinskih in psihiatrijskih metod (Foucault v Ule, 2003, 237).

Medicina je tako postala glavna institucija družbenega nadzorovanja in je omogočila medikalizacijo vsakdanjega življenja. Oznaki »zdravje« in »bolezen« sta postali »pomenljiva dela človeške eksistence« (Ule 2003, 237).

I. K. Zola, eden od analitikov družbene vloge medicine, ugotavlja, da »se proces medicinskega nadzorovanja družbe in posameznikov dogaja skozi štiri vrste medicinskih posegov in procesov« (v Ule 2003, 240):

- *s širjenjem medicinskih praks v vsakdanje življenje oz. ekspanzijo tega, kar imamo za pomembno v dobri medicinski praksi*
- *s popolnim nadzorom in ekskluzivnim dostopom do večine medicinsko tehničnih postopkov, raziskav in podatkov*
- *z ekskluzivnim dostopom do tabuiziranih področij vsakdanjega življenja; tabuiziranih delov telesa, tabuiziranih življenjskih praks (spolnost, smrt)*
- *in končno s širjenjem in medikalizacijo tega, kar imamo v medicini za dobro življenjsko prakso; medikalizacijo zdravega načina življenja, zdrave prehrane, zdravih odnosov, vzgoje itd. (prav tam).*

2.2.3 Medikalizacija poroda

V ženskem reproduktivnem življenju skoraj ni trenutka, v katerem ne bi bilo zaznati učinkov medicinskih posegov. Odločitve o kontracepciji, zanositvi, nosečnosti in porodu so postale potencialni objekt medicinskega nadzora. Tako je ženska postala »pacientka« in se jo obravnava enako, kot če bi bila bolna.

Antropologinja Zalka Drglin v večini svojih del proučuje vplive medikalizacije na porodnice in raziskuje, kako jo ženske doživljajo. Številni dejavniki medikalizacije porodnici povzročajo stres. Obkrožajo jo bolj ali manj neznani ljudje,⁴ klinično okolje ji je tuje, v porodnišnici je podvržena rutinskim postopkom, kot je omejevanje tekočine in hrane, ginekološkim pregledom, v večini primerov je prisiljena v ležanje na postelji. Vse to lahko pri njej vzbuja strah in tesnobo, kar ima lahko negativen učinek na napredovanje poroda.

Pospešen tehnološki razvoj je po drugi svetovni vojni vplival na prepričanje, da lahko s pomočjo tehnologije vplivamo na naravo in jo izboljšujemo. Rojstvo otroka se je takrat preselilo v porodnišnice, kjer so na voljo številne naprave in zdravila, ki zdravnikom pomagajo pri vodenju poroda. Marsden Wagner (v Drglin 2007, 18) ugotavlja, da je prišlo v osemdesetih in devetdesetih letih dvajsetega stoletja do premikov k bolj humanemu porodu. Koncept humaniziranega poroda predpostavlja, da je ženska v središču poroda in vpliva na odločitve o njegovem poteku. Storitve v času nosečnosti in poroda ter v obdobju po njem so utemeljene na preverjenih znanstvenih podatkih glede rabe tehnologije, zdravil in posegov. V Sloveniji vse do konca osemdesetih let dvajsetega stoletja ni bilo gibanja za humaniziran porod. Kot še ugotavlja Wagner (v Drglin 2007, 19), pa si od takrat tako določeni strokovnjaki iz porodniške stroke in porodniške babice kot tudi ženske, zainteresirane za porod z manj medicinskimi posegi, prizadevajo, da bi se bolj human način obporodne skrbi okrepil tudi v našem okolju.

⁴ Nekaterе študije so pokazale, da je bilo pri šesturnem porodu navzočih povprečno šestnajst oseb, pri tem pa je osebje podpori porodnici namenilo okrog deset odstotkov časa (Drglin 2003, 357).

V Sloveniji si za humaniziran porod prizadevajo različne institucije in združenja. Ginekološka klinika v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo v Ljubljani in Inštitut za varovanje zdravja RS so izvedli projekt »Porodnišnice za današnji čas. Razvoj kakovosti obporodne skrbi – žensko osredičena perspektiva« (Drglin in drugi 2006), ki je potekal od 1. februarja 2004 do 31. januarja 2007. Namen raziskave je bil pridobiti pregled nad porodnimi praksami v slovenskih porodnišnicah. Rezultati raziskave so pokazali na počasen premik k humaniziranemu porodu (glej tabelo 2.1). Največji premik se je pokazal pri izobraževalnih in socialnih vidikih poroda – pri navzočnosti družinskih članov ob porodu in ohranjanju stika med materjo in otrokom po porodu. Še vedno pa so zdravniki tisti, ki porod nadzirajo, čeprav bi za nosečnice z nizkim tveganjem (80–90 % vseh porodov) lahko vedno skrbele le babice. Velik razkorak med prakso in izsledki raziskave se kaže tudi v rutinski rabi klistirja, britja, intravenoznega katetra in rutinskega CTG-ja. Prav tako ne bi smelo biti rutinskega omejevanja pitja in hranjenja. Prerez presredka je po znanstvenih podatkih nujen v največ desetih odstotkih, po podatkih iz raziskave pa ga opravijo pri 54 % vseh porodov (Wagner 2006, 8–10).

Tabela 2.1: Obporodna skrb v Sloveniji

Postopek	Praksa ⁵	Izšede ⁶
skrb v nosečnosti zagotavljajo babice	skoraj nikoli	vedno
babica samostojno skrbi za porodnice z nizkim tveganjem	skoraj nikoli	vedno
ista babica med nosečnostjo in porodom	nikoli	vedno
ista babica ves čas poroda	skoraj nikoli	vedno
spremljevalec/-ka pri porodu	88 %	vedno
spremljevalec/-ka mora imeti potrdilo	včasih	nikoli
spremljevalec/-ka mora navzočnost plačati	včasih	nikoli
klistir ob sprejemu	72 %	nikoli
bitje sramnih dlak ob sprejemu	87 %	nikoli
rutinski neprekinjen CTG	67 %	nikoli
lega na hrbtu v prvi porodni dobi	80 %	nikoli
lega na hrbtu v drugi porodni dobi	79 %	nikoli
med porodom pijača ni dovoljena – rutinsko	58 %	nikoli
med porodom hrana ni dovoljena – rutinsko	vedno	nikoli
intravenozni kateter – rutinsko	70 %	nikoli
spontan začetek in potek poroda, brez zdravil	31 %	> 90 %
sproženje poroda z zdravili	30 %	< 10 %
pospeševanje poroda z zdravili	43 %	< 10 %
epiduralni blok	6,60 %	< 10 %
vakuumski porod	4 %	< 10 %
porod s porodnimi kleščami	0,40 %	< 10 %
prerez presredka	54 %	< 10 %
pritisk na vrh maternice v drugi porodni dobi	60 %	nikoli
carski rez	13,70 %	10–15 %
sobivanje otroka in matere (24h)	72 %	vedno
novorojenčku prijazne porodnišnice	86 %	100 %

Vir: Wagner (2007, 20)

⁵ »V stolpcu z oznako Praksa so navedeni podatki o uveljavljenih porodnih praksah v Sloveniji leta 2005.« (Wagner 2007, 20)

⁶ »V stolpcu z oznako Izšede so navedeni podatki o optimalni rabi posameznega posega ali oblike skrbi; podatki so utemeljeni na znanstvenih izsledkih.« (Wagner, 2007, 20)

2.3 PORODNO OKOLJE

Kot sem ugotavljala v prejšnjem poglavju, je porod s prehodom v porodnišnice postal pretirano medikaliziran. Že v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja so na to dejstvo opozarjale antropologinje, feministke, sociologinje, kulturologinje in tudi babice ter zdravniki.

Maria C. Inhorn je v svoji raziskavi pregledala sto petdeset najpomembnejših etnografij. Ugotovila je, da »je eden od najbolj preučenih pojavov s področja ženske reprodukcije problem medikaliziranega poroda v porodnišnici s poudarkom na njegovih posledicah za psihofizično zdravje ženske in otroka« (v Rožman 2015, 181–182).

Številne etnografske študije so potrdile pomembnost kraja poroda. Porod doma in porod v porodnišnici »vsak zase tvorita tisto družbeno in kulturno ozadje, na podlagi katerega je Robbie Davis-Floyd opredelila dva osnovna in diametralno nasprotna porodna modela, ki ju je poimenovala tehnokratski in holistični porodni model« (Davis-Floyd v Rožman, 2015, 182). Tehnokratski porod se dogaja v avtoritativnem okolju porodnišnice, R. Davis-Floyd ga je označila kot patološkega. Zanj je značilno, da je porodnica le pasivni objekt porodnega dogajanja. Odnosi med porodnico, babico in zdravnikom v porodnišnici temeljijo na hierarhiji. Diametralno nasproten pa je holistični porodni model, kot Davis-Floydova imenuje porod na domu. Gre za naraven fiziološki proces, ki poteka ob pomoči babice, ženska je postavljena v središče dogajanja in pri odločitvah aktivno sodeluje (Davis-Floyd v Rožman 2015, 182).

2.3.1 Od poroda na domu k porodu v porodnišnicah

Etnologinja Irena Rožman se je kot ena redkih lotila raziskovanja zgodovine porodnega okolja v Sloveniji. V svoji knjigi »Peč se je podrla« (Rožman 2004, 5) je opisala »kulturo rojstva na slovenskem podeželju« (prav tam). Naredila pa je tudi raziskavo etnološkega vidika »sodobnega rojevanja na Slovenskem po 2. svetovni vojni« (Rožman 2006, 104). Na izsledke obeh proučevanj se bom opirala pri opisu prehajanja poroda od doma v porodnišnice.

Začetki medikalizacije po M. Foucaultu segajo v čas razsvetljenstva. Država je imela gospodarske in vojaške koristi od rodnosti prebivalstva, zato so vsi fiziološki in družbeni pojavi, povezani z reprodukcijo, postali predmet njenega zanimanja in upravljanja. Takrat se je pospešeno začelo razvijati področje ginekologije in porodničarstva. Cilj medicinskega nadzora je bilo najprej zmanjšanje umrljivosti porodnic in dojenčkov, pozneje pa so želeli preprečiti rojstva »hendikepiranih« otrok (Rožman 2006, 108).

»Skrb države za reproduktivno zdravje žensk odseva tudi začetek zdravstvene statistike, v okviru katere med najzgodnejše sodi statistika porodov s strokovno porodno pomočjo. Kasneje, v obdobju med obema svetovnima vojnama, se tej statistiki pridruži tudi statistika porodov v porodnišnici, ki jo je spremljala vse bolj družbeno izražena potreba po porodu v varnem okolju porodnišnice.« (Rožman 2006, 108)

Na slovenskem podeželju so v sredini dvajsetega stoletja obstajale razlike med ženskami iz mestnih okolij in tistimi s podeželja. Ženske na podeželju so takrat v večini sledile tradiciji na področju nosečnosti in poroda. Za obdobje po 2. svetovni vojni je značilen trend ženske emancipacije, vendar se ta trend nanaša predvsem na ženske delavke, ki so lahko po novi socialni in zdravstveni zakonodaji izkoristile porodniški dopust, česar ženske na podeželju niso poznale. V povojnem obdobju se je področje porodne pomoči spremenilo. Ponekod so bile pri porodu še vedno prisotne nešolane babice, vedno več pa se jih je udeležilo usposabljanja na babiških tečajih. Ljudske zdravilce in njihove

medicinske prakse, povezane tudi z magijo, so zamenjali zdravniki in zdravila. V letu 1954 so uvedli obvezne preglede nosečnic; te so po zakonu morale obiskati zdravnika. Ženske so se začele o nosečnosti odkrito pogovarjati in tako so se širile informacije tudi o prednosti poroda v porodnišnici, ki naj bi zagotavljal večjo varnost (Rožman 2006, 108–111).

Antropologinja Zalka Drglin povzema rezultate različnih raziskav, ki primerjajo načrtovan porod na domu (ne glede na to, kje se je porod potem dejansko zgodil) z načrtovanim porodom v porodnišnici. Analiza teh študij je pokazala, da med skupinama ni razlike v umrljivosti mater niti ni statistično pomembne razlike v tveganju perinatalne umrljivosti.⁷ V skupini porodov na domu je bilo pomembno manj medicinskih posegov (velja tudi za ženske, ki so bile premeščene v porodnišnico) in pomembno manj majhnega števila točk po Apgarjevi,⁸ neonatalnih dihalnih težav in primerov porodne travme pri otrocih (Drglin 2003, 350).

⁷ »Perinatalna umrljivost ne glede na porodno težo na 1000 rojstev je razmerje med številom vseh perinatalnih smrti (seštevek števila mrtvorojenih, težkih 500 g in več, in števila umrlih otrok do 7. dneva starosti, težkih 500 g in več) v koledarskem letu in številom vseh rojenih, težkih 500 g in več, v istem letu, pomnoženo s 1000. V primeru, da se pri multipli nosečnosti eden izmed otrok rodi kot živorojen, štejemo med mrtvorojene tudi njegov mrtvorojeni par, kljub temu, da je lažji od 500 gramov.« (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016b)

⁸ »Dojenčka se takoj po porodu oceni z oceno po Virginiji Apgar (APGAR score). Z oceno hitro preverijo novorojenčkovo srčno, pljučno in nevrološko aktivnost v določenih časovnih intervalih po rojstvu (rutinsko po 1., 5. in 10. minuti po rojstvu).« (Otročarije)

2.3.2 Porod na domu v Sloveniji

Ženske imajo pravico, da same izberejo kraj poroda. Razmere za uresničevanje te pravice bi morale biti povsod zagotovljene. V praksi pa ni vedno tako. Kot smo ugotavljali že v prejšnjih poglavjih, je babiški porodni model z vse večjo medikalizacijo usihal.

Posameznice, ki v Sloveniji načrtujejo porod na domu, naletijo na odpor in so označene za sebične in neodgovorne. Kot še ugotavlja Z. Drglin, se zelo malo žensk odloči za rojevanje na domu, in po navadi so to posameznice, ki imajo zelo izdelano vizijo poroda in priprave na porod skrbno načrtujejo (2003, 342).

Nekatere države so porod na domu integrirale v sistem zdravstvenega varstva. Največ otrok se načrtovano rodi doma na Nizozemskem (20–30 %), v Veliki Britaniji je otrok, rojenih na domu, 2–3 %, v Kanadi 1,6 %, v Avstriji in Nemčiji 1,3 %, v Združenih državah Amerike pa se doma rodi 0,6–1,0 % vseh otrok. Za Slovenijo število načrtovanih porodov na domu ni znano, se je pa leta 2010 zunaj zdravstvene ustanove rodilo 0,1 % otrok (Serdinšek in Tekáč 2016, 213).

Ginekolog in porodničar Vito Lavrič je v svojem priročniku Berilo za ženske, ki je izšel leta 1967, zapisal svoje strokovno mnenje glede poroda na domu:

Ker ni mogoče in ker tudi ni neizogibno potrebno, da bi vse ženske rodile v porodnišnicah, svetujejo posvetovalnice nosečnicam, katere lahko rodé doma in katere naj rodé v porodnišnici. Seveda prepuščajo dokončno odločitev ženski sami. Priporočam pa, da rodé v porodnišnici: prvesnice, zlasti nad 35 let stare prvesnice, tiste mnogorodnice, pri katerih so potekali prejšnji porodi ali sedanja nosečnost nepravilno, socialno ogrožene porodnice. Razumljivo je, da se posvetovalnice pri razbiranju (triažiranju) lahko zmotijo. Ženske, pri katerih je bilo pričakovati komplikacije, rodé spontano in obratno. (Lavrič v Rožman 2015, 189)

Leta 1958 je bilo 28,86 % porodov zunaj porodnišnice, leta 1969 pa jih je doma rodilo le še 0,52 % (Rožman 2006, 112–115). Porodnišnični porod je postal splošna praksa v sedemdesetih letih dvajsetega stoletja.

Zbiranja natančnih podatkov, koliko porodnic rodi v porodnišnici ali zunaj porodnišnice, pravzaprav ni. Perinatalni informacijski sistem Republike Slovenije (v nadaljevanju PIS RS) od leta 1986 zbira podatke o porodnicah in novorojenčkih v Sloveniji. »PIS RS je bil zasnovan z namenom zmanjšati perinatalno obolevnost in umrljivost. V obdobju od leta 1986 do 1992 so začeli v okviru raziskovalnega projekta razvijati sodoben informacijski sistem za spremljanje perinatalnega varstva, v katerega se je leta 1987 vključilo vseh 14 porodnišnic.« (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016)

V podatkovnem sistemu PIS RS so zbrani podatki samo za tista rojstva na domu, ki so jih prijavili v porodnišnici. Ni sistematičnega seznama podatkov o tistih porodnicah, ki rodijo doma in po porodu ne pridejo z otrokom v porodnišnico, ampak le prijavijo otroka na matičnem uradu. Ti novorojenčki niso zabeleženi v podatkovnem sistemu PIS RS, po oceni vira z Nacionalnega inštituta za javno zdravje jih je od 10–20 letno. Iz podatkov (glej tabelo 2.2) je razvidno, da je odstotek žensk, ki v Sloveniji rodijo doma, zelo majhen. Število načrtovanih porodov doma pa je zagotovo večje, kot uradno beleži statistika v PIS RS (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016).

Tabela 2.2: Število otrok, rojenih v Sloveniji v obdobju od 2005 do 2013

	število mrtvorojenih otrok, rojenih na domu	število dvojčkov	število enojčkov	število otrok, rojenih na domu	skupno število rojenih otrok
2005	1	0	16	16	18199
2006	1	2	15	17	19029
2007	0	0	11	11	19915
2008	1	0	15	15	21866
2009	0	0	18	18	21763
2010	0	0	10	10	22296
2011	0	0	14	14	21846
2012	2	2	16	18	21789
2013	0	0	15	15	20875

Vir: Nacionalni inštitut za javno zdravje (2016)

V tabeli je navedeno število rojstev doma, posebej enojčki in dvojčki ter mrtvorojeni in umrli po porod. Mrtvorojenih in umrlih je nadpovprečno veliko, kljub nizkemu številu. V statistiko niso vključeni podatki o rojstvih na poti v porodnišnico, jih je pa v povprečju 9 letno (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2016).

2.3.3 Primer obporodne prakse na Nizozemskem

Nizozemska je država, ki ima dolgo tradicijo porodov na domu, saj načrtovano na domu rodi od 20 do 25 % nosečnic, ob koncu dvajsetega stoletja pa je kar dobra tretjina žensk rodila doma (Mamazofa 2016b).

Sistem porodniške skrbi na Nizozemskem temelji na selekciji na osnovi tveganja med nosečnostjo in porodom. Tveganje ocenijo babice, splošni zdravniki in porodničarji. Babice in splošni zdravniki namreč lahko pridobijo dovoljenje za vodenje zdrave

nosečnosti in nosečnosti z majhnimi dejavniki tveganja. Za razliko od prakse v Sloveniji za zdrave nosečnice (t. i. primarna raven) skrbijo babice ali splošni zdravnik ves čas nosečnosti in poroda ter v obdobju po porodu. Ženske se lahko odločijo za porod doma ali v porodnišnici. Za ženske z velikim tveganjem med nosečnostjo in porodom skrbi ginekolog-porodničar (t. i. sekundarna raven), po porodu pa se odločijo, ali bo skrb prevzela babica ali ginekolog. Babice so na Nizozemskem organizirane v Kraljevo babiško organizacijo, ki ima dolgo tradicijo. Imajo povsem samostojen položaj, ki je zaščiten z zakonom (Drglin 2003, 378–379).

3. DISKURZ

Namen diplomske naloge je osvetliti diskurz, ki ga časopisni mediji uporabljajo pri podajanju informacij. Zato bom v nadaljevanju najprej razložila, kaj je diskurz in katere so značilnosti kritične diskurzivne analize, nato pa bom podrobneje opisala Faircloughov trirazsežnostni model analize diskurza.

3.1 TEORIJE DISKURZA

V družbenih vedah razlikujemo predvsem dva pomena diskurza. Prvi je uporaba diskurza kot splošnega pomena za jezik (tudi za vizualne podobe), uporabljamo pa ga tudi bolj določeno, kot način reprezentacije vidikov sveta. Povedano drugače, pri diskurzu gre za način razumevanja sveta in izražanja o njem.

A. Vezovnik ugotavlja, da je definicij o diskurzu več. V ospredje postavlja dve opredelitvi diskurza. Prva je »realistična, za katero je diskurz eden izmed družbenih objektov, ki je v stalnem odnosu z drugimi družbenimi objekti (državo, politiko, ekonomskimi procesi, institucijami itd.), in bolj 'relativistična', za katero so vsi družbeni objekti diskurzivni, saj ima zanje diskurz skorajda transcendentalen pomen. V tem smislu diskurzi konstituirajo simbolni sistem in družbeni red hkrati.« (2009, 10)

Francoski filozof in zgodovinar Michael Foucault velja za utemeljitelja sociološkega pogleda na diskurz. »Zanj je diskurz osnovna kategorija za razumevanje resnice, odnosov oblasti, vednosti itd. Diskurz je pojmovan kot fluidna, spremenljiva kategorija, skozi katero se producira vednost ter reproducirata oblast in resnica. Pri tem resnica ni nekaj absolutnega in nespremenljivega, saj se reproducira z diskurzi aktualne oblasti.« (Foucault v Vezovnik 2009, 53)

V Arheologiji vednosti Foucault pojasnjuje, da diskurze obravnavamo »kot prakse, ki sistematično formirajo objekte, o katerih govorijo. Diskurzi so kajpada sestavljeni iz

znakov; toda tisto, kar počno, je več kot le uporabljanje teh znakov za označevanje stvari.« (2001, 55)

3.2 KRITIČNA DISKURZIVNA ANALIZA

Kritična diskurzivna analiza (v nadaljevanju KDA) jezik proučuje v povezavi z močjo in ideologijo. Od vseh različnih perspektiv KDA se v opredelitvi navezujem predvsem na smer, ki jo je utemeljil Norman Fairclough. KDA diskurz razlaga kot sredstvo, ki posameznike določa kot individuume in kot družbene subjekte. »Diskurzivna dejavnost ima lahko pomembne ideološke posledice: lahko pomaga pri produkciji in reprodukciji neenakih relacij moči med (na primer) družbenimi razredi, ženskami in moškimi ter etničnimi/kulturnimi večinami in manjšinami, in sicer z načini reprezentacije stvari in pozicioniranja ljudi.« (Fairclough, Wodak v Kuhar 2003, 17)

»KDA je, tako kot vse oblike diskurzivne analize, predvsem interpretativna in kvalitativna sociološka metoda, zato obstoječa metodologija diskurzivne analize ne prinaša 'receptov' ali preverljivih in eksaktnih metodoloških pravil, kar je značilno za del kvantitativne sociološke metodologije.« (Kuhar 2003, 18)

R. Wodak povzema temeljne principe KDA:

- *KDA se ukvarja z družbenimi problemi in ne z rabo jezika samo po sebi. Zato je interdisciplinarna.*
- *Odnosi moči so povezani z diskurzom, in KDA se ukvarja z močjo v diskurzu in močjo nad diskurzom.*
- *Družba in kultura sta dialektično povezani z diskurzom: družba in kultura oblikujeta diskurz in nasprotno – diskurz oblikuje njiju. Vsaka uporaba jezika reproducira ali preoblikuje družbo in kulturo, vključno z odnosi moči.*

- *Raba jezika je lahko ideološka. Da bi to preverili, moramo analizirati besedilo, njegovo interpretacijo, recepcijo in družbene učinke.*
- *Diskurz je zgodovinsko pogojen in ga je mogoče razumeti le v kontekstu. Po Wittgensteinu pomen izraza temelji na njegovi uporabi v določeni situaciji.*
- *Tekst in družba nista povezana neposredno, ampak prek posrednikov, kot kaže socio-kognitivni proces v širšem socio-psihološkem modelu razumevanja teksta.*
- *Diskurzivna analiza je interpretativna in pojasnjevalna. Kritična analiza upošteva sistematično metodologijo ter odnos med tekstom in njegovimi družbenimi okoliščinami, ideologijami in odnosi moči. Interpretacija je vedno dinamična ter odprta za nove kontekste in nove informacije.*
- *Diskurz je oblika družbenega življenja. KDA razumemo kot družbeno znanstveno disciplino, ki se ukvarja s praktičnimi družbenimi vprašanji (v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 42).*

Če povzamem, KDA povezuje družbene pojave z rabo jezika. KDA opozarja, »da jezikovna komunikacija v splošnem ni komunikacija med enakimi, pač pa med ljudmi obstajajo razmerja moči, ter kritizira koncept splošnega vedenja, ker prikriva in reproducira ideološke procese, ki potekajo med diskurzom« (Verdonik 2004, 72).

V nadaljevanju bom podrobneje predstavila Faircloughov trirazsežnostni model analize diskurza.

3.3 FAIRCLOUGHOV TRIRAZSEŽNOSTNI MODEL ANALIZE DISKURZA

Fairclough trdi, da poznamo tri ravni analize diskurzivnega dogodka. Prva je opisna in predvideva jezikoslovno analizo teksta. Druga raven je diskurzivna praksa, ki vključuje produkcijo, distribucijo in uporabo teksta, tretjo pa Fairclough poimenuje družbena praksa. Ta raven razlaga odnos med interakcijo in družbenim kontekstom ter proučuje diskurz v odnosu do ideologije, hegemonije in oblasti (Fairclough v Vezovnik 2009, 116).

3.3.1 Analiza teksta

Izraz tekst ima dvojen pomen. Fairclough (v Vezovnik 2009, 117) trdi, da se pojem teksta najprej nanaša na sistem v najširšem pomenu besede oz. na vsako pisno in govorno dejanje ter na druge semiotske pojave.⁹ Tako je tekst po eni strani zgolj jezikovna kategorija, ki pomeni najmanjšo enoto analize, po drugi strani pa so teksti »družbeni prostori, v katerih se simultano odvijata dva družbena procesa: kognicija in reprezentacija sveta ter družbena interakcija« (Fairclough v Vezovnik 2009, 117).

Fairclough prepoznava tri ravni sočasnega delovanja jezika in teksta. Na prvo raven postavlja reprezentacijo izkušenj in sveta, na drugi ravni pomen določajo družbeni odnosi med udeleženci, tretja raven pa je tekstualna raven, ki dele teksta povezuje v celoto in ga postavlja v določen kontekst (v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 44).

»Prednost KDA pred drugimi tekstualnimi analizami predstavlja dejstvo, na primer pred analizo vsebine, je, da analitik proučuje, kaj je v tekstu prisotno, in tudi tisto, kar v tekstu ni prisotno. KDA predpostavlja, da je vsak vidik tekstualne vsebine rezultat izbire, tj.

⁹ Jezik kot primarna semiotska oblika je »lahko kombiniran[...] z ostalimi večsemiotskimi oblikami. Primer je televizija, ki kombinira jezikovno raven, vizualno raven in avdio raven.« (Fairclough v Vezovnik 2009, 117)

izbira uporabe določenega opisa osebe, dogodka ali procesa; izbira oblikovanja določene povedi; izbira vključitve določenega dejstva, mnenja ali argumenta in ne kakega drugega.« (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 44)

3.3.2 Diskurz kot diskurzivna praksa

Druga raven Faircloughovega modela analize diskurza povezuje tekst z družbeno prakso. Je nadgradnja prve, tekstualne analize. Analiza »vključuje proces produkcije, distribucije in interpretacije [...], ki temelji na vzajemnem odnosu med viri, ki jih morajo udeleženci procesa ponotranjiti ter vnesti v procesiranje teksta in v sam tekst« (Fairclough v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 45). Analiza natančno pojasnjuje način »produkcije in interpretacije tekstov ter analizo, ki se osredotoča na odnos med diskurzivnim dogodkom in diskurzivnim redom, ki ga opredeli kot celoto diskurzivne prakse družbene institucije in odnosov v njej« (Fairclough v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 45).

Tretja raven analize diskurza ima tudi značilnost interdiskurzivnosti in intertekstualnosti. Intertekstualnost Fairclough definira »kot primer vključitve različnih tekstov v določen tekst, npr. vključenost drugih tekstov v novinarsko poročilo o označbami, kot je navedek. Koncept interdiskurzivnosti pa v ospredje postavlja vprašanje, iz kakšnih elementov redov diskurza je sestavljen določen diskurzivni tip.« (Fairclough v Erjavec in Poler Kovačič 2007, 45)

3.3.3 Diskurz kot družbena praksa

Tretja raven analize, analiza družbene prakse, »povezuje različne ravni družbene organizacije: situacijo, institucionalni kontekst, širši skupinski in družbeni kontekst.

Analiza družbene prakse kot analiza družbe skuša pojasniti ugotovitve tekstualne analize na makro družbeni ravni.« (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 47)

Za raven analize diskurza kot družbene prakse je pomembno, kako diskurz vpliva na odnose moči v družbi, predvsem kadar s pomočjo diskurza vzdržujemo neenakopravne in diskriminatorne odnose moči. Diskurzi tako lahko »prispevajo k ohranjanju strukturnih neenakosti. Do tega pride le takrat, ko so teksti analizirani tudi skozi optiko prakse družbene realnosti in odnosov moči. [...] Analiza 'notranjih' konceptualnih struktur teksta je lahko uporabna za ideološko analizo, če je umeščena v družbeno teorijo in če je povezava med idejami in družbeno prakso obravnavana kot celota.« (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 47)

3.4 DISKURZ: MOČ IN IDEOLOGIJA

Kot bomo videli kasneje v poglavju analize novinarskih prispevkov, je pomembno razumevanje, da diskurzi delujejo ideološko.

Kritična diskurzivna analiza sprejema definicijo ideologije, ki jo je utemeljil van Dijk, in sicer so zanj ideologije sistem idej, ki reprezentira svet na način, ki ohranja odnose moči in nadvlade. Ideologije so povezane tudi z rabo jezika, saj se prav skozi jezik izražajo in reproducirajo (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 21).

»Naloga ideologije je varovanje določenih praks kot univerzalnih in samoumevnih, zato je njena vloga pri dopolnjevanju ekonomske in politične oblasti neprecenljiva in nezamenljiva. Ideologija se izvaja v diskurzu, ki ima največjo moč takrat, kadar ljudje vanj privolijo. V trenutku, ko vanj privolijo, ga reproducirajo in utrjujejo, skozenj pa utrjujejo in reproducirajo tudi obstoječe odnose v družbi.« (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 24)

Razmerja moči in ideologije se kažejo skozi diskurz. Tradicionalni pristop k analizi diskurza predpostavlja, da so osebe, ki vstopajo v diskurz, enakopravne, in ignorira

razmerja moči. Kot smo že ugotavljali, je Fairclough nasprotnega mnenja, saj meni, da med udeleženci diskurza obstajajo hierarhična razmerja. Če navedeno primer odnosa zdravnika in pacienta, vemo, da gre za hierarhični odnos moči, saj ima zdravnik kompetentna medicinska znanja in zato odloča o pacientovem zdravljenju. Neenak odnos med udeleženci v diskurzivnem procesu je torej vzrok za kontrolo nad diskurzivnimi praksami posameznikov, ki imajo moč, da prevladajo nad drugimi diskurzivnimi praksami (Verdonik 2004, 62).

Ideologije so z močjo tesno povezane. Lahko jih razumemo tudi kot skrite predpostavke ali kot splošno vednost o svetu, kar je vtisnjeno v nas na nezavedni ravni. Pogled na svet je skozi diskurz ideološko zaznamovan. Veliko vlogo pri oblikovanju ideologij imajo mediji oz. tisti, ki imajo moč vplivanja na medijske vsebine (Verdonik 2004, 63).

4. MEDIJSKE REPREZENTACIJE PORODA NA DOMU

4.1 KAJ JE REPREZENTACIJA

Reprezentacijo razumemo kot del procesa, znotraj katerega poteka proizvodnja ter izmenjevanje pomenov med pripadniki iste kulture. Da do procesa reprezentacije lahko pride, potrebujemo vnaprej dogovorjeni jezik, znake in podobe, ki stvari predstavljajo. Z rabo jezika smiselno predstavljamo svet drugim ljudem (Zei 2004, 34).

Pojem reprezentacije najbolje opredeli Stuart Hall, ki spada med najvplivnejše predstavnike britanskih kulturnih študij. Hall reprezentacijski proces »razume kot enega ključnih procesov v kulturnem krogotoku. [...] Kulturni krogotok po Hallu sestoji iz štirih procesov, ki dajejo družbenim materialnim in duhovnim proizvodom pomen. To so procesi proizvodne, potrošne, regulacijske in reprezentacijske prakse.« (Zei 2004, 34)

Hall loči dva procesa oziroma sistema reprezentacije. V prvem sistemu predmete, ljudi in dogodke medsebojno povezujejo različni koncepti oz. duševne reprezentacije, ki smo jih ponotranjili. Miselne koncepte pa lahko izrazimo le v primeru, če poznamo skupni jezik, ki predstavlja drugi sistem reprezentacije. Svoje miselne koncepte moramo torej prevesti v skupni jezik (Hall 2004, 37–38).

4.2 VPLIV MEDIJEV

Mediji pomenijo pomemben vidik sodobne kulture. Vloga medijev ni le zrcaljenje sveta. Igrajo pomembno vlogo pri ustvarjanju in utrjevanju posameznih pogledov na svet. Kot uporabniki medijev se z interpretacijo aktivno vključujemo v produkcijo pomenov, zato pomena nikoli ne razumemo natančno tako, kot ga je sporočil pošiljatelj. »Pomen je družbeno konstruiran, ne obstaja zunaj časa in zgodovine, ne obstaja v predmetu, osebi

ali dogodku *per se* in nikoli ne more biti dokončen, saj vedno ostane dovzeten za spremembe.« (Kuhar 2003, 11)

Medijski diskurzi in reprezentacije, ki se jim izpostavljam, vplivajo tudi na način, kako oblikujemo lastno identiteto. »Mediji so sredstvo, ki nam posreduje načine zamišljanja določenih identitet ali skupin. To ima lahko tudi povsem materialne posledice v smislu posameznikovega izkustva sveta, kako ga drugi razumejo, kako ga obravnava zakonodaja [...]. To se dogaja zaradi moči množičnih medijev, ki imajo vedno znova možnost reprezentiranja identitet, s tem pa lahko nekatere posameznike izločajo, jih naredijo za tuje ali celo ogrožajoče.« (Branston in Stafford v Kuhar 2003, 11–12)

5 EMPIRIČNI DEL: ANALIZA MEDIJSKIH DISKURZOV O PORODU NA DOMU V SLOVENSKIH DNEVNIH ČASOPISIH

V empiričnem delu bom raziskovala, kako je porod na domu predstavljen v medijskem diskurzu. Odločila sem se, da bom analizirala prispevke, objavljene v časopisih Delo, Dnevnik in Slovenske novice, ker so to časopisi z največjim dosegom bralcev v Sloveniji.¹⁰

Pri analizi prispevkov sem se opirala na orodja, ki jih uporablja kritična diskurzivna analiza, in v prispevkih identificirala štiri principe reprezentacij, vezanih na vloge akterjev v izbranih prispevkih; te bom podrobneje razložila v poglavju Rezultati.

5.1 METODOLOŠKI OKVIR

Osrednji del mojega proučevanja je porod na domu. Zanima me, kakšno stališče zavzamejo mediji, ko o njem pišejo. Za namen analize sem najprej pregledala vse objavljene prispevke, ki jih določajo ključne besede »porod na domu«, v Delu, Dnevniku in Slovenskih novicah v letih 2005 do 2015. Mojo pozornost so pritegnili prispevki v omenjenih časopisih, ki so bili objavljeni februarja in julija leta 2010, ko so različni mediji poročali o dveh primerih poroda na domu, ki sta se zaradi zapletov po posredovanju nujne medicinske pomoči srečno končala v porodnišnici. Gre za šest novinarskih prispevkov:

- Diana Zajec: Tretjina bi lahko kjerkoli normalno rodila (Delo 12. 2. 2010)
- Milena Zupanič: Novorojenčka rešili zadnji hip (Delo 15. 7. 2010)
- Nina Knavs: Pri porodu na domu se je hudo zapletlo (Dnevnik 3. 2. 2010)

¹⁰ Delo je v letu 2010 izhajalo v nakladi 130.000, Dnevnik 118.000, Slovenske novice pa 318.000 izvodov (Nacionalna raziskava branosti).

- Mojca Lorenčič: Stroka: Porod na domu trenutno ni varen (Dnevnik 15. 7. 2010)
- Boštjan Fon: Pri porodu doma skoraj umrla (Slovenske novice 3. 2. 2010)
- E. N.: Dojenček komaj preživel porod doma (Slovenske novice 15. 7. 2010)

Čeprav gre za analizo prispevkov iz leta 2010, menim, da je ta smiselna, saj nam daje tudi priložnost preveriti, ali od takrat beležimo spremembe odnosa do izbire porodnega okolja in predvsem sistemske rešitve, ki bi načrtovan porod na domu podpirale in omogočale. Majhen vzorec prispevkov za analizo pa argumentiram s tem, da raziskujem prvi odziv medijev na dogodek in to, kako ga avtorji/-ice reprezentirajo, čeprav je bilo o omenjenih dogodkih napisanih več člankov, vendar so ti v obliki komentarjev, pisem bralcev, ponekod gre tudi za avtorjevo raziskovanje kompetenc babice iz tujine, ki je bila prisotna pri porodih na domu.

S pomočjo analize diskurza izbranih prispevkov bom preverjala dve hipotezi:

- Mediji reprezentirajo porod na domu kot nevarno dejanje.
- V člankih prevladuje diskurz, ki poudarja pomembnost medicinskega vodenja in nadzorovanja poroda.

Analizo prispevkov sem opravila s pomočjo metode kritične diskurzivne analize. V prvi fazi sem analizirala s pomočjo jezikovnih konceptov in orodij za analizo novinarskih prispevkov, ki jih uporablja KDA, navajata pa jih tudi avtorici K. Erjavec in M. Poler Kovačič:

- *Kakšna je oblika analiziranih novinarskih prispevkov? Kje so objavljeni? Kako dolgi so? Kakšne naslove imajo? Kakšne fotografije jih spremljajo?*
- *Kdo so viri v novinarskih prispevkih? Kdo ima možnost povedati svojo interpretacijo in kdo ne? Kdo govori prvi? Čigave izjave so dobesedno navedene in koga novinar/-ka le povzema?*

- *V kakšnih temah se pojavljajo marginalne družbene skupine?*
- *Kakšna naracija je uporabljena pri upovedovanju informacij? Ali vključuje melodramo ali bolj faktično naracijo, npr. obrnjeno piramido?*
- *Kakšne besede so uporabljene? Kakšni retorični tropi (neologizmi, metafore, metonimije) so uporabljeni? Kako so družbene skupine poimenovane? Kako so kvantitativno in kvalitativno ovrednotene? Kakšni stereotipi se jim pripisujejo? Kakšna je zgodovina ključnih besed, uporabljenih v analiziranih prispevkih?*
- *Kako sintaktične strukture krepijo določen pomen? Kakšni procesi se pripisujejo določenim družbenih skupinam? Kdo je odgovoren za negativne in pozitivne procese? Kako in zakaj sta uporabljeni tranzitivnost in nominacija?*
- *Kakšne predpostavke so v novinarskih prispevkih implicitno navzoče?*
- *Za kakšen diskurz gre? Kako homogen je diskurz, ali drugače povedano, kako stabilne in notranje konsistentne so diskurzivne konstrukcije v prispevkih?*
- *Kako jezik podpira ali kritizira določeno diskurzivno akcijo, npr. določen politični ukrep?*
- *Kaj hoče novinar z uporabo teh konstrukcij doseči, ali drugače povedano, kakšne so medijske in politične funkcije ter funkcije moči analiziranih diskurzivnih konstrukcij?*
- *Kako jezik ustvarja, podpira ali spreminja odnose moči v družbi? (Erjavec in Poler Kovačič 2007, 54)*

S pomočjo zgornjih vprašanj sem analizirala izbrane prispevke, vendar so mi odgovori služili le kot raziskovalni pripomoček in rezultatov nisem posebej zapisala. Sem pa s pomočjo odgovorov identificirala štiri diskurze oz. vloge akterjev v analiziranih

prispevkih – stališče porodniške stroke, vlogo državnih inštitucij, vlogo porodnice in vlogo porodniške babice, kar bom podrobneje razložila v poglavju Rezultati, ki sledi.

5.2 REZULTATI

Analiza izbranih prispevkov je pokazala, da lahko način poročanja avtorjev/-ic prispevkov o dveh načrtovanih porodih na domu, ki sta se zaradi zapletov končala v porodnišnici, uvrstimo v štiri kategorije, ki so predstavljene v nadaljevanju.

5.2.1 Stališče porodniške stroke

V vseh obravnavanih prispevkih avtorji/-ice z izbiro sogovornikov iz medicinske oz. porodniške stroke podpirajo medikaliziran porod v porodnišnici, saj so imeli svoje mnenje možnost povedati le viri, ki se postavljajo na stran proti porodom na domu. Avtorji/-ice niso pridobili informacij od uporabnic tega sistema – od neposredno vpletenih v sam dogodek zapleta pri porodu na domu (od porodniške babice, ki je vodila porod, in od porodnice). Sogovorniki so porod na domu v vseh obravnavanih prispevkih označili za tvegane in nevarne ter opozorili, da je področje *»prepuščeno trgu«* in ga je treba urediti (Dnevnik, 3. februar 2010). Sogovornica Anita Prelec, predsednica sekcije medicinskih sester in babc Slovenije,¹¹ meni, *»da je ob porodih danes precej zdravstvenih intervencij, kot je pospeševanje poroda, in da bi lahko večino normalnih porodov pri zdravih nosečnicah zato prevzele babice«* (Dnevnik, 3. februar 2010). Tako A. Prelec opozori na problematiko medikalizacije in na slabosti zdravstvenega sistema, ki ne omogoča varnih babiških porodov. V drugih primerih pa sogovorniki porodniške stroke porod v porodnišnici označujejo kot edino možnost. Na primer: *»Zgodaj spomladi se je zapletlo pri porodnici na Jesenicah, ki se je prav tako odločila roditi doma, in ne v porodnišnici.«* (Delo, 15. julij 2010) V tem primeru je videti, kot bi bilo obvezno roditi v

¹¹ Navedeni naziv je tisti, ki ga je imela sogovornica v času nastanka prispevka.

porodnišnici. Avtorica prispevka v Delu (12. februar 2010) dobesedno navaja Aleksandra Merla, direktorja porodnišnice v Postojni, ki meni: *»Vsi porodničarji se najbolj bojijo krvavitve: zaradi teh so nekoč ženske, ki so rojevale doma, ker druge možnosti sploh niso imele, večkrat umrle že med porodom ali po njem.«* Bralcu tako preda sporočilo, da rojevanje na domu danes poteka na enak način, kot je potekalo nekoč, ko so bili pogoji za rojevanje na domu drugačni.

V obravnavanih prispevkih ponekod nastopa porodniška stroka v **vlogi varovalcev, reševalcev zdravja in življenja porodnic ter otrok** v našem prostoru, kot na primer: *»V Sloveniji je umrljivost novorojenčkov zelo nizka in ne želimo si, da bi se po nepotrebnem povečala,«* ter *»Znano je le, da se je otrok rodil s pomanjkanjem kisika in so ga oživljali že na domu, pomoč so mu nudili tudi reševalci nujne pomoči in potem v porodnišnici. Otrokovo stanje je za zdaj stabilno.«* (Dnevnik, 15. julij 2010) V Delu pa je avtorica zapisala, da so porodnici *»v splošni bolnišnici na Jesenicah dali ustrezno strokovno pomoč in so jo rešili«* (Delo, 12. februar 2010).

V analiziranih prispevkih avtorji pogosto poudarjajo **koncept varnosti**. Je varno roditi doma ali v porodnišnici? Kaj porodnicam pomeni varno okolje? Za nekoga je varno okolje njihov dom, za drugega pa varnost pomeni medicinska tehnologija, ki jo zagotavlja bolnišnično okolje.

Ob porodu si ženske želijo varnosti ter zaščite svoje in otrokove integritete. Ob vstopu v porodnišnico ženska zaupa, da je ta varen kraj, kjer bo zagotovljena skrb tako zanjo kot za njenega otroka. Tudi cilj zaposlenih v porodnišnicah je kar najbolje poskrbeti za oba. V ta namen se je razvila doktrina, temelječa na preverjenih znanstvenih dognanjih. Vanjo sodi aktivno vodenje poroda, kar v praksi pomeni vrsto rutinskih postopkov, ki posegajo v telesno in duševno integriteto porodnice. V te postopke porodnica ne privoli aktivno, pač pa se od nje pričakuje, da se jim bo zaradi zagotavljanja varnosti poroda podredila. Za nekatere ženske to ne pomeni težave. Za tiste, ki imajo za seboj negativno ali ponižujočo porodno izkušnjo, pa porodnišnica pomeni okolje, kjer sta njena telesna in duševna integriteta izpostavljeni in ogroženi (Drglin 2006, 85–86).

Porod na domu kot nevaren izpostavi novinarka Dnevnika že v naslovu prispevka: »*Porod na domu trenutno ni varen*« (15. julij 2010). V Delu avtorica v vodilu članka v melodramatičnem tonu napiše, da »[s]trokovnjaki opozarjajo na nevarnosti, ki prežijo na porodnice, če se te odločijo za rojevanje doma«, kar je videti, kot da je vsak porod na domu nevaren in tvegan (12. februar 2010).

Zalka Drglin opozarja, da porod v porodnišnici, kjer so v nujnem primeru na voljo oprema in strokovnjaki, daje le občutek varnosti. Treba pa je upoštevati, da je v porodnišnici večja možnost bolnišničnih infekcij, prihaja do kaskade porodniških posegov, saj en poseg lahko sproži drugega (na primer, dodajanju umetnih popadkov pogosto sledi dodajanje protibolečinskih sredstev), porodnice se v porodnišnici pogosto soočajo s pojavom psihičnih težav, ker imajo občutek, da njihove želje in potrebe niso zadovoljene, da ne sodelujejo pri odločanju za določene postopke in ukrepe. Na drugi strani pa je večina zdravnikov in zdravstvenih strokovnjakov prepričanih, da je porod v porodnišnici varnejši od poroda na domu (Drglin 2003, 345–346).

V Delu (15. julij 2010) novinarka navaja predpostavko Tanje Premru Sršen, predstojnice kliničnega oddelka za perinatologijo UKC, ki meni, da sta »*nosečnost in porod najbolj nevarno obdobje za žensko*«, a tega ne razloži – bolj kot obdobje po izgubi službe, delo v nevarnih razmerah, menopavza ... V Slovenskih novicah (15. julij 2010) preberemo trditev Blanke Šetinc iz ljubljanskega kliničnega centra, da »*porod na domu ni varen za porodnico in otročka, ker se lahko hitro zakomplicira*«, pri čemer se zdi, da je porod na domu že v osnovi bolj podvržen zapletom kot porod v porodnišnici.

Pravzaprav je to v Sloveniji splošno mnenje in tako meni tudi večina nosečnic. Večinsko mnenje lahko delno izhaja tudi iz slabih rezultatov nenačrtovanih porodov na domu, ki vključujejo velik odstotek prezgodaj rojenih dojenčkov in tistih z nizko porodno težo. V tem primeru je torej treba ločiti te porode od tistih, ki so s pomočjo izkušenega osebja vnaprej načrtovani in pri katerih je poskrbljeno za morebiten nujen prevoz v porodnišnico (Drglin 2003, 346).

5.2.2 Vloga državnih institucij

V prispevkih so avtorji/-ice pridobili informacije in mnenje tudi od Janeza Remškarja, generalnega direktorja direktorata za zdravstveno varstvo (Delo, 12. februar 2010; Delo, 15. julij 2010; Dnevnik, 3. februar 2010; Dnevnik, 15. julij 2010; Slovenske novice, 15. julij 2010), in od Irme Sterle Glaner, odgovorne za stike z javnostjo na ministrstvu za zdravje (Slovenske novice, 15. julij 2010).

Ministrstvo za zdravje je v prispevkih predstavljeno kot področje, ki ne deluje, ki ni urejeno. Tako v Slovenskih novicah avtor/-ica prispevka zapiše, da so odkrili »vnebovpijoče dejstvo, da naše ministrstvo za zdravje sploh nima pojma o rojstvih na domu. Takrat je Janez Remškar, generalni direktor direktorata za zdravstveno varstvo na MZ, dejal: 'Za vodenje poroda na domu bo ministrstvo dalo pobudo za pripravo strokovnih smernic in standardov.' Od teh besed z začetka leta je bilo kaj malo realiziranega, saj moramo zopet pisati o porodu na domu, ki se je toliko zakompliciral, da je bilo treba poiskati pomoč uradne medicine.« (Slovenske novice, 15. julij 2010) Politični instituciji, ministrstvu za zdravje, avtor/-ica torej pripiše **nekredibilnost**, saj navaja njene pretekle obljube – da bo ministrstvo uredilo smernice in standarde za vodenje poroda na domu, za ureditev babiškega poroda v porodnišnici – vendar ugotavlja, da ministrstvo obljub iz preteklosti ni uresničilo.

Kot negativni dejavnik nastopajo tudi direktive o prostem pretoku delavcev, ki izhajajo iz evropske zakonodaje, saj ta podpira sodelovanje tujih babic pri porodih v Sloveniji. Ministrstvo se kaže kot žrtev te ureditve, pa tudi dejstva, da zaradi narave babiškega dela v zasebnem prostoru ne morejo izvajati nadzora nad usposobljenostjo in pravno upravičenostjo do vodenja porodov na domu.

Babicam iz tujine se pripisujejo neustrezna usposobljenost oz. nižji standardi kakovosti dela kot slovenskim: »Tuje babice bi se morale vpisati v slovenski register izvajalcev te dejavnosti, pri čemer izkažejo tudi svojo usposobljenost [...] To je doslej storila ena

avstrijska babica [...] Prav tako tuje babice ne potrebujejo licence. Če pa bi porod na domu izvedla slovenska babica, bi takoj izgubila licenco [...]« (Dnevnik, 15. julij 2010)

Ministrstvu je pripisana tudi **vloga uravnoteževalca**, povezovalca med željami porodnic in stroko: *»Se pa pristojni skušajo približati željam porodnic; tako v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje že dve leti pripravljajo smernice za tako imenovani babiški porod.«* (Dnevnik, 15. julij 2010) Navedena trditev vendarle kaže na to, da so želje porodnic pomembne in jih je smiselno upoštevati.

Tudi nadzorna medicinska sestra na ginekološki kliniki v Ljubljani Anita Prelec predstavlja vezni člen med stroko in porodnicami s svojo izjavo: *»Če sta otrok in mati zdrava, zakaj ne bi porod potekal doma, vendar v tem trenutku to ni mogoče uresničiti.«* (Dnevnik, 15. julij 2010)

V prispevkih na neurejenost sistema porodov na domu avtorji/-ice opozarjajo še z dejstvom, da imajo starši zaradi *»pravne praznine na tem področju resne težave že pri tem, ko hočejo doma rojenega otroka prijaviti pri matičarju«* (Delo, 12. februar 2010). Avtorica prispevka ne razloži, kakšne so te »resne« težave pri prijavi otroka pri matičarju, in ne preveri, kako ženske v teh primerih ravnajo. Podobno ugotavlja tudi avtorica prispevka v Delu, ki navaja besede Tanje Premru Sršen: *»Dodatni zaplet pri rojstvu doma povzroči tudi to, da mora po zakonu zdravnik potrditi, da je ta mati rodila tega otroka, šele potem ga je mogoče vpisati v rojstno matično knjigo. Porodnišnice bodo odklanjale potrditev materinstva po rojstvu doma.«* (Delo, 15. julij 2010) Besedna zveza *»dodatni zaplet«* implicira, da je zapletov v zvezi s to temo še več.

5.2.3 Vloga porodnice

Avtorji obravnavanih prispevkov ženskam, ki se odločajo za porod na domu, pripisujejo vlogo **naivne in neodgovorne osebe**, ki s porodom na domu tvega svoje in otrokovo življenje. Očitajo jim lahkotnost, nezavedanje lastne odgovornosti in možnih zapletov ob porodu, kot lahko na primer v prispevku, objavljenem v Dnevniku, preberemo v navajanju dr. Tanje Premru Sršen: *»Premru Sršenova je povedala, da redko katera ženska ginekologom sploh pove, da bo rodila doma. 'Nekatere povejo, da bodo rodile v avstrijskih porodnih centrih. Vsako vprašam, ali se je pozanimala, kakšen je pri njih intervencijski čas v primeru, če bi šlo kaj narobe. Vendar se o tem ne pozanima nobena,' se Premru Sršenova čudi lahkotnosti, s katero se ženske odločajo za porod zunaj porodnišnic.«* (15. 7. 2010) V Delu avtorica povzame izjavo iste zdravnice in zapiše, da *»zdravnica ugotavlja, da ženske, ki rojevajo doma, ne vedo, ali je babica, ki jo najamejo za pomoč, usposobljena za svoje delo«* (15. julij 2010). Zdravnica je porodnici pripisala nevednost, ne da bi preverila, na kakšen način je porodnica babico za pomoč pri porodu izbrala.

Porodnicam, ki načrtno rojevajo doma, avtorji/-ice pripisujejo, da se tako odločajo zaradi **prijetnosti okolja, udobja in domačnosti**, ne pa na primer zaradi postopkov in intervencij, ki jih porodnica doživlja med porodom v porodnišnici. Porodnicam, ki rojevajo doma, naj bi bilo lastno udobje in odločanje o svojem telesu in posegih po lastni presoji pomembnejše kot pa dobrobit novorojenčka: *»Ženske si želijo rojevati doma, ker si želijo manj medicinskih posegov in večjo intimnost. A je raziskava, ki so jo letos opravili v ZDA, kjer porod na domu omogočajo, pokazala, da je pri porodu na domu res manj intervencij, kot sta rezanje presredka in carski rez, a je umrljivost novorojenčkov trikrat višja kot pri porodih v bolnišnici.«* (Dnevnik, 15. julij 2010)

V tekstih se za porod na domu pojavlja poimenovanje **»alternativen porod«**. Z. Drglin (2006, 77) pravi, da je težko določiti, kaj je »mainstream« in kaj sodi v kategorijo t. i. alternativnih znanj in spretnosti, povezanih z obdobjem nosečnosti in poroda ter časom

po porodu. Pojavlja se vprašanje, katera vednost je bolj »prava« oziroma katera ima status avtoritete.

Strokovnjaki pogosto predpostavljajo, da je njihova vednost superiorna nad vednostjo porojevajočih žensk. Priča smo paradoksu, ko se ženske počutijo obvezane, da se seznanijo s porodniško vednostjo, medtem ko iščejo tudi drugo znanje, vire informacij in podpore in upajo, da bodo zmogle uravnesiti realnost zdravstvene skrbi s svojo osebno etiko. Pogosto so prisiljene pristajati na kompromise, ki niso preveč oddaljeni od njihovih želja, prepričanj in znanja in so hkrati dovolj blizu ustaljeni praksi obporodne skrbi, da ne ogrozijo odnosov z zdravstvenimi strokovnjaki. (Drglin 2006, 77)

Besedo »alternativen« avtor prispevka v Slovenskih novicah (3. februar 2010) v besedilu uporablja v smislu »neustrezen« (porod ni potekal »v kakšni od ustreznih medicinskih ustanov«, pač pa je »zaradi alternativnega načina potekal doma«). V istem prispevku se oznaka »alternativen« pojavi tudi v stavkih »Privrženci alternativnega načina življenja se zato odločajo poiskati osebe za tovrstne porode v tujini« in »Alternativni porod doma se v soboto za 35-letno Blejko ni končal po načrtih«. S poudarjanjem alternativnih idej in postopkov v besedilu skuša avtor odmakniti tovrstne pripetljaje iz okolja običajnih ljudi (»nas«) med »njih«, druge. Zveza »privrženci alternativnega življenja« daje tako poimenovanim slabšalni prizvok.

Diskurz o **tveganju porodnice**, ki se odloči za rojevanje doma, je pogosto omenjen v obravnavanih prispevkih. Koncept tveganja so raziskovali različni avtorji, ki menijo, da je za pozno moderno dobo »značilno prizadevanje za odstranitev vsakršnih tveganj« (Beck, Giddens; Beck, Giddens in Lash v Kamin 2006, 56).

V Delu odločitev za porod na domu označijo za »*hoj[o] po robu*«, kar avtorica zapiše v mednaslov članka (12. februar 2010). Porod na domu se tako izenačuje s skrajno tveganim dejanjem, kar izraz »hoja po robu« pomeni. V Slovenskih novicah avtor v besedilo umesti povzetek izjave Sandre Tušar, strokovne direktorice Splošne bolnišnice Jesenice, ki pravi, da se je »ženska, ki se je odločila za ta alternativen način rojevanja,

zagotovo odločila sama in se tudi zavedala, kakšnemu tveganju se izpostavlja.» (3. februar 2010) V Dnevniku avtorica prispevka prav tako navaja Sandro Tušar, strokovno direktorico Splošne bolnišnice Jesenice, ki izpostavi tveganje pri porodu na domu, a tega ne razloži bolj podrobno: *»Treba se je zavedati, da porod ne poteka vedno tako, kot bi si želeli. Porod na domu prinaša nekatera dodatna tveganja za porodnico in otroka.«* (3. februar 2010) Podobno lahko tudi v prispevku v Delu preberemo izjavo Tanje Premru Sršen, ki pravi: *»V Sloveniji, kjer strokovne službe niso organizirane tako, da bi porod na domu omogočale, pa so ti porodi še bolj tvegani kot tam, kjer je to urejeno. Zavedati se je treba, da intervencija morda ne bo pravočasna.«* (15. julij 2010)

5.2.4 Vloga porodniške babice

Porodniško babico iz tujine, ki je bila v obeh primerih rojevanja na domu ob porodnici, avtorji/-ice najpogosteje omenjajo skozi **diskurz dvoma o zakonitosti njenega početja in zaslužkarstva**. Avtorica prispevka v Delu v vodilu članka zapiše: *»Za 'babico' se je izgubila vsaka sled«* (15. julij 2010), pri tem je beseda babica v narekovajih, s čimer avtorica pri bralcih vzpostavlja dvom, ali je res porodniška babica. Te dileme v prispevku ne preveri in ne razloži. Podobno v Dnevniku avtorica navede, da se *»med drugim postavlja vprašanje, ali je babica sploh imela ustrezno licenco«* (3. februar 2010). V tem primeru gre le za predpostavko.

Izrazito negativno vlogo pripiše porodniški babici avtor prispevka, objavljenega v Slovenskih novicah. Poleg nekompetentnosti, neodgovornosti in zavajanja ji avtor pripiše *»slo po zaslužku«* kot zelo močan motiv, saj se mu zdi pomembno v besedilo vključiti podatke o višini prejemkov (ki so nepreverjeni). Pohlep se izkaže za nekaj, kar je povezano s tem, da babica prihaja iz tujine, saj v našem sistemu s takšnim delom ni mogoče bogateti. To je razbrati iz navedka neznane osebe iz porodnišnice: *»Če bi se to lahko dalo izvajati tudi pri nas z našimi licencami, bi vsak porodničar od nosečnic izvabil*

potrdilo, da bo rodila doma, od nje pokasiral denar in dal še kakšnih dvesto evrov vozniku rešilca, da bi bil za primer komplikacij parkiran kar pred vrati. Dva poroda ali tri na teden po teh tarifah, pa noben porodničar ne bi več delal v bolnišnicah, dežural in podobno. Vsi bi se šli privatnike in služili lepe denarce. Hvala bogu, da v Sloveniji takšno delo ni zakonsko podprto, celo sankcionira se ga lahko z odvzemom licence.» (Slovenske novice, 3. februar 2010)

Iz navedka je razbrati mnenje o moralni večvrednosti našega prostora, ker zakonsko ne dopušča bogatenja z malo dela. Zaznati je tudi strah pred tem, da bi zaradi zasebnih porodnih storitev razpadel sistem obporodne skrbi. Sicer pa navedek zbuja jezo na zaslužkarstvo in obsojanje le-tega. Avtor z načinom opisovanja dogodka in izbiro sogovornikov skuša iz primera ustvariti napeto zgodbo. Iz njegovega pisanja razberemo naslednje: *»tuja babica«* zavede *»naivno slovensko nosečnico«* v *»alternativni porod doma«*, namesto da bi se ta prepustila *»ustreznemu okolju porodnišnic«* *»pri nas pod Alpami«*. Iz tujine prihiti babica *»le četrte ure pred porodom«* in *»morda zato spregleda začetek težav«*. Babica je potencialna *»šarlatanka«*, ki nima slovenske licence in *»naj bi bila za porod plačana 1200 evrov«* (Slovenske novice, 3. februar 2010).

Učinek napetosti, skrivnostnosti in pridih kriminalne zgodbe doseže avtorica prispevka v Dnevniku s stavkom *»Ob porodu je bila prisotna še ena oseba, kdo in kaj je bila, pa ne vedo, ker je izginila«*. Izraz *»izginiti«* ima v tem kontekstu močan čustveni naboj v primerjavi z nevtralnejšimi, kot so npr. *»je odšla«*, *»ni bila več prisotna«* ... (15. julij 2010). Lastnosti kriminalnega ravnanja babicam iz tujine pripiše tudi avtor/-ica prispevka v Slovenskih novicah, ko zapiše, da se *»smukajo po Sloveniji in izkoriščajo pravilo, da pri nas porodi na domu niso prepovedani, niso pa niti dovoljeni«* (15. julij 2010), s čimer jim pripisuje, da se gibljejo skrivoma, da *»izkoriščajo«* zakonsko neurejenost na področju poroda na domu v Sloveniji (kar namiguje na to, da te dejavnosti v drugih državah ne bi smele opravljati, domače babice pa bi bile ob licenco). Iz poročanja avtorja/-ice lahko sklepamo, da naj bi svoje delo opravljale z namenom nelegalnega služenja *»precej mastnih honorarjev«* in *»zavajanja naivnih slovenskih nosečnic«* (Slovenske novice, 15. julij 2010). Pri tem jim dobesedno pripisuje nezadostno usposobljenost in šarlatanstvo.

6 DISKUSIJA

V empiričnem delu naloge sem analizirala diskurz o porodu na domu v šestih prispevkih, objavljenih v slovenskih dnevnikih Delo, Dnevnik in Slovenske novice. Čeprav je izbira porodnega okolja tematika, ki bolj sodi v specializirane revije za starše in v strokovno literaturo, me je zanimalo, v katerem primeru dnevni časopisi posvetijo pozornost tej temi. Ugotovila sem, da dnevni časopisi posvečajo pozornost tematiki le takrat, ko predvidevajo, da bo prispevek zanimiv za bralce. V mojem primeru je to zaplet ob načrtovanem porodu na domu, ko ni šlo vse po načrtih.

Z analizo sem identificirala štiri kategorije – stališče medicinske stroke, vlogo državnih institucij, porodnice in porodniške babice. Odločitev za porod na domu je v izbranih dnevnikih časopisih reprezentirana na kritičen način, ki porodnice in porodniške babice, ki so sodelovale v porodnem procesu na domu, povezuje z negativnimi procesi, kot so nezakonitost početja, zaslužkarstvo, nevarnost, neodgovornost in tveganje. Na drugi strani pa porodniško stroko povezujejo s pozitivnimi procesi – s pojmi varnosti, zakonitosti in strokovne utemeljenosti.

Avtorji v vseh obravnavanih prispevkih navajajo le komentarje in mnenja ljudi iz medicinske stroke, ki svojo vednost postavljajo nad vednost porodnic. Avtorji torej osebe iz zdravniške stroke pogosto reprezentirajo vsečno, ženskam oz. porodnicam pa pripisujejo neodgovorno vedenje.

V prispevkih razberemo pozive ženskam, naj se ne odločajo za rojevanje na domu, ampak naj sodelujejo z zdravstvenim sistemom. Avtorji/-ice prispevkov tako skozi diskurz ne izražajo niti najmanjšega dvoma o zdravstvenem sistemu, ki ohranja moč in poudarja samoumevnost rojevanja v porodnišnici.

Poleg virov iz porodniške stroke so avtorji ponekod za komentar prosili še predstavnike policije. Od neposredno vpletenih v oba dogodka, torej od porodniške babice in

porodnice, pa niso pridobili nobenega pojasnila in informacij. Navedbe in mnenja virov o nevarnosti poroda na domu so ostri, čeprav ne navajajo niti enega tragičnega primera. V prispevkih tudi ni navedena statistika smrtnosti porodnic in novorojenčkov v Sloveniji. Iz člankov veje tudi občutek, da ni nobenega interesa za organizacijo porodov na domu, ki bi bila varni le navajanje, zakaj je to težko ali nemogoče, kar zanika že primer Nizozemske.¹²

S pomočjo kritične diskurzivne analize izbranih prispevkov v dnevnih časopisih sem želela potrditi ali ovreči dve zastavljeni hipotezi. Prva zastavljena hipoteza je bila, da mediji reprezentirajo porod na domu kot nevarno dejanje. Glede koncepta varnosti v veliki večini srednje in visoko razvitih držav prevladuje mnenje, da je porodnišnično okolje zaradi nepredvidljivosti zapletov najbolj varno okolje za rojevanje. Strokovnjaki iz zdravniške stroke, kot so porodničarji, babice in drugo zdravstveno osebje, verjamejo v »iluzijo popolnosti in preišljenosti svojega dela« (Drglin 2002, 67) in porodnišnični porod dojemajo kot »edini realni prostor varnosti« za otroka in porodnico, medtem ko se želja po porodu na domu razume kot nekakšen koncept »nazaj k naravi« (Drglin 2003, 241). Ugotavljam, da so tudi avtorji/avtorice prispevkov ponekod že v naslovih poudarjali nevarnosti izbire porodnega okolja, in hipotezo v celoti potrjujem.

Z analizo sem preverjala tudi drugo hipotezo, da v člankih prevladuje diskurz, ki poudarja pomembnost medicinskega vodenja in nadzora poroda. Hipotezo potrjuje že dejstvo, da so imeli možnost povedati svoje mnenje le predstavniki porodnišnic in zaposleni v porodniški stroki. V analiziranih prispevkih se viri iz porodniške stroke ponekod sklicujejo na raziskave, s katerimi poudarjajo tveganost odločitve za porod na domu.

Kot ugotavlja Z. Drglin, ima posredovanje informacij prek medijev tudi slabosti. »V procesu prevajanja iz enega diskurza v drugega se vedno kaj izgubi ali spremeni, na podlagi istih informacij je mogoče proizvesti nasprotujoča si sporočila.« (2002, 660–661) Rezultati nekaterih raziskav so lahko zavajajoči, saj se jih pogosto posplošuje. Serdinšek

¹² O sistemu rojevanja na domu sem podrobneje pisala v poglavju 2.3.4.

in Tekáč (2016, 213) menita, da je varnost načrtovanega poroda na domu še vedno predmet razpravljanja. Raziskave sicer potrjujejo manjše število posegov in zapletov pri materah, ki rodijo doma, vendar pa si podatki glede neonatalne in perinatalne umrljivosti zelo nasprotujejo. V prihodnje bodo tako nujne natančnejše raziskave na tem področju.

Tanja Premru Sršen, ki jo avtorji/avtorice v analiziranih prispevkih pogosto navajajo kot vir s področja medicinske stroke, tudi sama ugotavlja, da smo porod »v zadnjih desetletjih umetno medikalizirali. S tem smo sicer pomembno zmanjšali maternalno, perinatalno in neonatalno umrljivost, bodoče starše pa smo ob tem razosebili in intimni dogodek spremenili v medicinsko-edukativno-raziskovalno dogajanje.« (2006, 100)

Omejitve svojega raziskovanja vidim v tem, da je končni vzorec prispevkov za analizo zelo majhen, čeprav je reprezentativen vsaj za dnevne časopise, saj sta bila v desetletnem obdobju (od leta 2005 do leta 2015) to edina primera, ko so dnevni časopisi pisali o zapletu pri načrtovanem porodu na domu. Časopisi so torej širšemu krogu bralcev predstavili kritičen, negativen pogled na izbiro poroda na domu.

7 ZAKLJUČEK

Namen moje diplomske naloge je bil osvetliti diskurz o porodu na domu v slovenskih dnevnikih časopisih. Zanimalo me je, »kaj se mora zgoditi«, da dnevni časopis objavi prispevek o porodu na domu, na kakšen način podaja informacije in kaj je skupno obravnavanim prispevkom. Z analizo sem želela preveriti zastavljeni hipotezi, da mediji prikazujejo porod na domu kot nevarno dejanje ter da v člankih prevladuje stališče, ki poudarja pomembnost medicinskega vodenja in nadzora poroda.

Diplomsko nalogo sestavlja teoretični del, v katerem sem najprej razložila porod kot kompleksen pojav, ki ni le biološki proces, pač pa je predvsem kulturno oblikovan. Nadaljevala sem z razlago vpliva medikalizacije, za katero je značilno, da vsakdanji dogodki in okoliščine postanejo predmet medicinskega nadzora in intervencij. V poglavju o medikalizaciji poroda sem predstavila značilnosti medikaliziranega poroda in nakazala razkorak med uveljavljenimi postopki pri porodnem procesu v slovenskih porodnišnicah ter med podatki o optimalni rabi določenih posegov ali oblikah skrbi, ki temeljijo na znanstvenih izsledkih. V poglavju o porodnem okolju sem opisala prehod poroda od doma v porodnišnice in razložila, kako je sistem porodne prakse organiziran na Nizozemskem. To je namreč država, ki ima dolgo tradicijo porodov na domu in kjer se ne ukvarjajo z vprašanjem, ali roditi zunaj porodnišnice ali ne, ampak kako zagotoviti takšno porodno okolje, ki bo varno za mamo in otroka.

V tretjem poglavju sem opisala pojem diskurza, ki ga je Foucault opredelil kot več kot le skupek izjav o izbrani tematiki. Diskurz je po njegovem mnenju nadzorovana skupina izjav, ki deluje po notranjih pravilih in ima lastne mehanizme, ki vplivajo na družbeni kontekst (v Kuhar 2003, 14). V nadaljevanju sem razložila temeljne principe KDA in natančneje opisala Faircloughov trirazsežni model analize diskurza (Vezovnik 2009, 116) ter predstavila značilnosti reprezentacije.

V empiričnem delu naloge sem s pomočjo orodij, ki jih uporablja KDA, analizirala izbrane prispevke, objavljene v dnevnikih Delo, Dnevnik in Slovenske novice. Rezultat analize načina poročanja avtorjev/-ic prispevkov o dveh načrtovanih porodih na domu, ki sta se zaradi zapletov končala v porodnišnici, sem uvrstila v štiri kategorije; te zajemajo stališče medicinske stroke, vlogo državnih institucij, porodnice in porodniške babice. Ugotovila sem tudi, da avtorji v vseh obravnavanih prispevkih dajejo največji poudarek naslednjim vsebinam: konceptu (ne)varnosti oz. tveganju pri porodu na domu; sklicevanju na neurejen zdravstveni sistem, ki ne omogoča ustrezne podpore porodom na domu; pripisovanju neodgovornosti in naivnosti porodnicam, ki se odločijo načrtovano roditi na domu; naklonjenosti medikaliziranim porodom v porodnišnici. Avtorji so v večini primerov postavljali pod vprašaj strokovnost porodniške babice, ki je bila prisotna pri obeh porodih.

V prihodnje se ne bi omejila zgolj na nekaj člankov iz najbolj branih dnevnikih časopisov, ampak bi v analizo vključila tudi razmišljanja uporabnikov porodnega sistema s spletnih forumov in iz specializiranih revij za starše ter izdelala podrobnejši pregled, kako se je (če se je) sistem obporodne pomoči spreminjal v določenem časovnem obdobju. Danes vprašanje ustreznosti sodobne obporodne podpore v Sloveniji odpirajo različna združenja, med njimi tudi združenje Naravni začetki,¹³ ki odpira »različne porodne perspektive s poudarjanjem fiziološkega poroda pred medikaliziranim, koristnostjo neprekinjene babiške skrbi za nosečnice z nizkim tveganjem, ki se jim celostno posvečajo, ter s sodelovanjem babic, zdravnikov in drugih strokovnjakov, kjer je zdravje otroka in matere ogroženo« (Drglin in Šimnovec 2010).

Menim, da bi moral biti trend poročanja o porodu na domu tako v medijih, ki so namenjeni bodočim staršem (specialistične revije za bodoče starše), kot v medijih, namenjenih širši populaciji (kot so npr. dnevni časopisi), usmerjen v informiranje o možnosti izbire različnih storitev v obporodni skrbi. To naj vključuje tudi informiranje o izbiri porodnega okolja, ki je lahko dom, babiški center ali porodnišnica.

¹³ »Združenje za informiranje, svobodno izbiro in podporo na področju nosečnosti, poroda in starševstva« (Mamazofa 2016a).

8 LITERATURA

Bates, Vanessa. 2008. *Noge gor, pa bo!* Izola: Meander.

Borisov, Peter. 1995. *Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

Drglin, Zalka. 2002. Message Received – Women Re-play? V *Njena (re)kreacija: Ženske revije v Sloveniji*, ur. Majda Hrženjak, 53–75. Ljubljana: Mirovni inštitut.

--- 2003. *Rojstna hiša: kulturna anatomija poroda*. Ljubljana: Delta.

--- 2006. Pripovedovalke porodnih zgodb: Nihaji ranljivosti in moči. V *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo. Zbornik prispevkov*, ur. Zalka Drglin, 58–90. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

--- 2007. *Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstvenoraziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.

--- 2011. Porod kot sotočje narave in kulture. Kako preseči umišljeno nasprotje? *Proteus: časopis za poljudno naravoslovje* 74 (1): 103–111.

Drglin, Zalka, in Irena Šimnovec. 2010. Novorojenčka rešili zadnji hip. *Sobotna priloga* (7. avgust).

Drglin, Zalka, Marianne Mead, Ana Polona Mivšek, Živa Novak - Antolič, Majda Pahor, Tanja Premru Sršen, Irena Rožman, Lilian Trejo Gendecher in Marsden Wagner. 2006. *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo. Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

- E. N. 2010. Dojenček komaj preživel porod. *Slovenske novice*, (15. julij).
- Erjavec, Karmen, in Melita Poler Kovačič. 2007. *Kritična diskurzivna analiza novinarskih prispevkov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Fon, Boštjan. 2010. Pri porodu doma skoraj umrla. *Slovenske novice*, (3. februar).
- Foucault, Michel. 2001. *Arheologija vednosti*. Ljubljana: Studia humanitatis.
- Hall, Stuart. 2004. Delo reprezentacije. V *Medijska kultura: kako brati medijske tekste*, ur. Breda Luthar, Vida Zei, Hanno Hardt, 33–96. Ljubljana: Študentska založba.
- Kamin, Tanja. 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Kitzinger, Sheila. 1994. *Me, matere*. Ljubljana: Ganeš.
- Knava, Nina. 2010. Pri porodu doma se je hudo zapletlo. *Dnevnik*, (3. februar).
- Kuhar, Roman. 2003. *Medijske podobe homoseksualnosti: Analiza slovenskih tiskanih medijev od 1970 do 2000*. Ljubljana: Mirovni inštitut.
- Lorenčič, Mojca. 2010. Stroka: Porod na domu trenutno ni varen. *Dnevnik*, (15. julij).
- Mamazofa*. 2016a. Dostopno prek: <http://www.mamazofa.org/> (22. avgust 2016).
- Mamazofa*. 2016b. *Kako pa rojevajo na Nizozemskem*. Dostopno prek: <http://www.mamazofa.org/prispevki/kako-pa-rojevajo-na-nizozemskem> (22. avgust 2016).

Mivšek, Ana Polona. 2006. Slovenske ženske in rojevanje – zadovoljstvo ali sprijaznjenost. V *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo. Zbornik prispevkov*, ur. Zalka Drglin, 34–57. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Nacionalna raziskava branosti. 2010. Dostopno prek: <http://www.nrb.info/podatki/2010-1.html> (8. avgust 2016).

Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2016a. *Perinatalni informacijski sistem*. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/sl/podatki/perinatalni-informacijski-sistem> (16. avgust 2016).

Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2016b. *Metodološka pojasnila*. Dostopno prek: https://podatki.nijz.si/docs/3b_Porodi_in_rojstva_Metodolo%C5%A1ka_pojasnila_NIJZ.pdf (22. avgust 2016).

Otročarije. 2016. Dostopno prek:

<http://www.otrocarije.net/meniji/porod/Ocena%20novorojencka%20po%20porodu%20-%20APGAR.html> (22. avgust 2016).

Pahor, Majda. 2006. Kako raziskovati doživljanje rojevanja. V *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo. Zbornik prispevkov*, ur. Zalka Drglin, 12–33. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Rožman, Irena. 2004. *Peč se je podrla! Kultura rojstva na slovenskem podeželju v 20. stoletju*. Ljubljana: Slovensko etnološko društvo.

--- 2006. Etnografija rojevanja na Slovenskem. V *Konferenca z mednarodno udeležbo Rojstvo. Zbornik prispevkov*, ur. Zalka Drglin, 104–135. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

--- 2015. Dominantna rodna zgodba: ali so ženske zadovoljne s svojo rodno izkušnjo? V *Etnolog* 25: 181–198.

Serdinšek, Tamara, in Iztok Tekač. 2016. Načrtovan porod na domu: pregledni članek. V *Zdravniški vestnik*, 85 (3): 213–222.

Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. 2014. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Aristej.

Veliki splošni leksikon, Šesta knjiga. 1998. Ljubljana: DZS.

Verdonik, Darinka. 2004. Prispevki kitične analize diskurza. *Dialogi* 40 (3-4): 60–74. Maribor: Založba Aristej.

Vezovnik, Andreja. 2009. *Diskurz*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Wagner, Marsden. 2007. Evolucija žensko osredičene obporodne skrbi. V *Rojstna mašinerija: Sodobne obporodne vednosti in prakse na Slovenskem*, ur. Zalka Drglin, 17–30. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstvenoraziskovalno središče, Založba Annales: Zgodovinsko društvo za južno Primorsko.

Zajec, Diana. 2010. Tretjina bi kjerkoli normalno rodila. *Delo*, (12. februar).

Zei, Vida. 2004. Uvod v poglavje Hall Stuart: Delo reprezentacije. V *Medijska kultura: kako brati medijske tekste*, ur. Breda Luthar, Vida Zei, Hanno Hardt, 34. Ljubljana: Študentska založba.

Zupanič, Milena. 2010. Novorojenčka rešili zadnji hip. *Delo*, (15. julij).

PRILOGE

Priloga A: Diana Zajec: Tretjina bi lahko kjerkoli normalno rodila

Tretjina bi kjerkoli normalno rodila

Strokovnjaki opozarjajo na nevarnosti, ki prežijo na porodnice, če se te odločijo za rojevanje doma – Neurejen sistem, velika možnost zlorab – Na potezi je ministrstvo za zdravje

LJUBLJANA – Vsak lep porod se lahko žalostno konča, pravi prim. Tanja Blejec s Kliničnega oddelka za perinatologijo Porodnišnice Ljubljana. Pri tem opozarja zlasti na tvegana in sistemsko popolnoma neurejena rojevanja v navidezno varnem zavetju doma s pomočjo (tujih) babic. To pa se, žal, vedno ne konča najbolje in omogoča tudi zlorabe. Pred kratkim je bilo ogroženo življenje 35-letne porodnice na Gorenjskem zaradi spregledane krvavitve in šoka. Dve uri po otrokovem rojstvu so ji v splošni bolnišnici na Jesenicah dali ustrezno strokovno pomoč in jo rešili. Vedno pa ni tako. Zato bi bilo treba to področje, kjer se zanimanje za alternativen, otroku in materi prijaznejši, a očitno ne vedno najustreznejši in najvarnejši način rojevanja, povečanje, celovito urediti.

Ginekologi in porodničarji trdijo, da je zdaj na potezi ministrstvo za zdravje, saj se po tri leta stari pobudi za pripravo smernic glede porodov na domu, ni zgodilo še nič. Generalni direktor direktorata za zdravstveno varstvo prim. Janez Remškar je prejšnji teden zagotovil, da bo ministrstvo pozvalo zbornico zdravstvene in babiške nege, naj pripravi standarde in strokovne smernice za porod na domu.

Na Slovenskem je vsako leto približno 20.000 porodov, od tega 25 nenačrtovano zunaj porodnišnice, nekaj na domu in nekaj med prevozom v porodnišnico. Leta 2008 se je, denimo, na domu rodil le en novorojenček, nedonošenček. Kot pojasnjuje prim. Blejčeva, se je slovensko porodništvo s porodom na domu s pomočjo tuje babice prvič sre-

čalo leta 2007. Po prošnji za mnenje o takšnem porodu je bilo jasno, da bo treba povedati, katere porodnice bi smele rojevati doma, določiti, kdo prevzame odgovornost za varno rojevanje in poskrbeti za pove-zavo s porodnišnico. Po statistiki namreč ena od tisoč porodic ob porodu zakrvari in je zanjo rojeva-nje na domu lahko tudi usodno.

»Najbolj se bojimo krvavitve«

Aleksander Merlo, direktor porodnišnice v Postojni, znane po večji odprtosti za nekoliko drugačne želje žensk, pravi, da je med 14 tovrstnimi ustanovami njihova porodnišnica po številu porodov četrta. Tudi pri njih so doslej prošnje in zahteve po navzočnosti med porodom na domu odklanjali, saj ti, kot

pravi Merlo, ne le onemogočajo varnost, ampak kažejo tudi na izrazite pravne in strokovne pomanjkljivosti.

»Ko se v porodnišnici začne zapletati, so pomembne sekunde, ne minute!« opozarja Merlo. Vsi porodničarji se najbolj bojijo krvavitve; zaradi teh so nekoč ženske, ki so rojevale doma, ker druge možnosti sploh niso imele, večkrat umrle že med porodom ali po njem.

V Sloveniji je bila v letih med 2002 in 2005 povprečna stopnja maternalne umrljivosti 15 na 100.000 žensk; leta 2003 so zaradi krvavitve umrle tri porodnice. Na Nizozemskem, kjer imajo institucijo poroda na domu zelo razvito in na domu rojeva le tretjina žensk z netvegano nosečnostjo, je babiško vodenje nosečnosti in porodov v praksi res dobro utečeno. Pri nas tega (še) ni, premalo imamo diplomiranih babic pa tudi patronažna služba ni urejena tako, da bi omogočala »takojšnji« odhod mamic in novorojenčka iz porodnišnice domov.

Kot hoja po robu

Prim. Tanja Blejec pravi, da v njihovem porodnem bloku ni mogoče

najti niti ene babice, ki bi šla »na teren«. Vse se zavedajo nevarnosti tako za mater kot za otroka, saj v domačem okolju pri porodu ni na voljo (včasih nujno potrebnih) zdravih, poroda ni mogoče pospešiti, niti ni naprav, ki omogočajo vitalno pomembno spremljanje življenjskih funkcij.

Po oceni strokovnjakov je nosečnost res nekaj lepega in rojstvo nekaj čudovitega, vendar naj bi ga na Slovenskem posamezniki hoteli preveč mistificirati. V sistemu, v katerem ni poskrbljeno za tehtno presojo (ne)varnosti rojevanja v domačem okolju, nekakšno sito za »presejanje« resnično zdravih nosečnic, in za varno strokovno vodenje poroda na domu, se je takšnim preizkušnjam varneje – izogniti. Kot pravi prim. Blejčeva: »Tretjino nosečnic lahko postaviš v rotve, pa bodo normalno rodile. Nihče pa noče prevzeti odgovornosti, če bi med porodom na domu pri spregledani eklampsiji prišlo do eklampitičnega napada.«

Zaradi zdajšnje pravne praznine na tem področju imajo starši resne težave že pri tem, ko hočejo doma rojenega otroka prijaviti pri mati-

čarju.
DIANA ZAJEC

Vir: Zajec (2010)

Priloga B: Milena Zupanič: Novorojenčka rešili zadnji hip

UKC in ministrstvo za zdravje o porodih na domu

Novorojenčka rešili zadnji hip

Za »babico« se je izgubila vsaka sled – Zdravniki opozarjajo, da porod doma ni tako varen kot v porodnišnici – Tudi v ZDA umrljivost doma rojenih novorojenčkov trikrat višja kot v porodnišnicah

LJUBLJANA – Porod doma na območju Ljubljane bi se skorajda končal tragično, če ne bi v zadnjem hipu pripeljalo reševalno vozilo službe nujne pomoči zdravstvenega doma iz Ljubljane, reševalci pa reanimirali že »zamrlega« novorojenčka. Brez kisika je ostal, ker je bil porod zaradi lege plodu dolgočasen in je bila potrebna strokovna pomoč, a so se starši odločili za porod doma, zdravniško pomoč so poklicali šele, ko je bilo že skoraj prepozno. Novorojenčka so nato prepeljali v ljubljansko porodnišnico v spremstvu neznanе osebe, najbrž babice, ki se ni hotela predstaviti in je po prihodu policije odšla neznanu kam, smo izvedeli neuradno. Zaradi dogodka je že vložena kazenska ovadba, UKC in ministrstvo za zdravje pa sta včeraj na skupni tiskovni konferenci opozorila javnost, da porod na domu ni varen.

Ta porod je letos že drugi porod na domu v naši državi, ki bi se skoraj končal tragično. Zgodaj spomladaj se je zapletlo pri porodnici na Jesenicah, ki se je prav tako odločila roditi doma, in ne v porodnišnici. Takrat je pomagala babica iz Avstrije, po porodu pa je nastala obsežnejša poporodna krvavitev, kar je eden najbolj nevarnih zapletov, ki ogrožajo življenje matere. Tokrat je bilo ogroženo življenje novorojenčka. Čeprav so porodi na domu v zadnjem času deležni medijske spodbude in porodničarji vedo, da prihajajo k nam babice iz tujine, zdravstveni sistem pri nas ni urejen tako, da bi bila lahko porodnica na svojem domu oskrbljena s takojšnjo strokovno pomočjo. Porod, kakršen je bil zdaj, pa se sploh nikjer v svetu ne izvaja doma, je povedala predstojnica kliničnega oddelka za perinatologijo UKC zdravnica Tanja Premru Sršen. Porod v porodnišnici seveda ni »obvezen« in ženska lahko rodi, kjer hoče, a treba je vedeti, da je porod varen takrat, ko je mogoče pri zapletu zelo hitro ukrepati. To pa je lahko le v zdravstveni ustanovi. Takšne so tudi izkušnje drugih držav, je povedala zdravnica.

Največ porodov doma na Nizozemskem

V večini držav EU rojevajo praviloma v porodnišnicah. Največ žensk, 23 odstotkov, rodi doma na Nizozemskem, a tam je možnost intervencije zelo hitra. Pri nas že zaradi cest to ni mogoče. V drugih državah rodi na domu le odstotek ali dva žensk. Analiza iz ZDA ugotavlja, da je umrljivost novorojenčkov pri porodih na domu trikrat večja kot v bolnišnicah. V Sloveniji so bili v zadnjih desetletjih praviloma vsi otroci rojeni v porodnišnicah, umrljivost novorojenčkov pa je zelo majhna. Po tem kriteriju smo na vrhu najuspešnejših v EU, je povedala Tanja Premru Sršen.

»Nosečnost in porod sta najbolj nevarno obdobje za žensko. Zaplete se lahko tudi v porodnišnici, a tu lahko v nekaj minutah ukrepamo. Tiste, ki se bodo odločale za porod na domu, morajo vedeti, da obstaja možnost, da intervencija ne bo pravočasna,« je zgrožena zaradi zadnjega dogodka, opozorila zdravnica.

K nam lahko prihajajo babice iz tujine

Zdravnica ugotavlja, da ženske, ki rojevajo doma, ne vedo, ali je babica, ki jo najamejo za pomoč, usposobljena za svoje delo. Ni jasno niti, kdo bi nosil odgovornost v primeru smrti. Dodatni zaplet pri rojstvu doma povzroči tudi to, da mora po zakonu zdravnik potrditi, da je ta mati rodila tega otroka, šele potem ga je mogoče vpisati v rojstno matično knjigo. Porodnišnice bodo odklanjale potrditev materinstva po rojstvu doma, je povedala.

Zakaj sploh lahko prihajajo tuje babice k porodnicam v Slovenijo? Janez Remškar z ministrstva za zdravje je povedal, da to omogoča evropska direktiva o prostem pretoku delovne sile iz leta 2005. Zdravstveni delavci iz tujine bi morali biti vpisani v register na ministrstvu, a je vpisana le ena takšna babica. Kljub temu pa je nenavadno, da domače babice ne smejo pomagati pri porodih doma, tuje pa.

V Sloveniji porodov na domu tudi v prihodnje ne nameravajo spodbujati, za prijetnejše okolje, več udobja in domačnosti pa bodo vzpostavili tako imenovane babilške porodice, ki bodo vodeni v posebnih sobah porodnišnic, je napovedal Janez Remškar. Za to je treba spremeniti tudi zakon, z zdravnikov na babice pa prenesti tudi odgovornost za porod.

MILENA ZUPANIČ



UKC IN MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE STA OPOZORILA JAVNOST, DA POROD NA DOMU NI VAREN – Od leve mag. Zdenka Tičar, dr. Robert Medved, prim. Janez Remškar, prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, as. dr. Tanja Premru Sršen in Anita Prelec.

Foto: Alisa Čermivec

Vir: Zupanič (2010)

Priloga C: Nina Knavs: Pri porodu na domu se je hudo zapletlo

Pri porodu na domu se je hudo zapletlo

V jeseniški bolnišnici so pomagali porodnici s krvavitvami, ki je pred tem rojevala doma – Področje prepuščeno trgu

Nina Knavs

Ljubljana – Porodnica je preživel, a se je pred tem rojevanje na domu hudo zapletlo. Pomagali so ji v Splošni bolnišnici Jesenice, kjer so porodnico s krvavitvami sprejeli po tem, ko je rojevala doma ob prisotnosti avstrijske babice in motivatorja. »V bolnišnici bi tak zaplet verjetno prej prepoznali in prej ukrepali, ugotavlja strokovna direktorica SB Jesenice Sandra Tušar. Kot smo izvedeli, se s tem nedavnim primerom ukvarjajo že tudi kriminalisti, pri tem pa se med drugim postavlja vprašanje, ali je imela avstrijska babica sploh ustrezno licenco. Zaplet, ki se je na srečo dobro končal, je opozoril tudi na to, da so takšni porodi trenutno prepuščeni »trgu«, manjka pa nadzor nad delom in usposobljenostjo ljudi, ki pri njih sodelujejo.

Nedorečeno področje

»Ali je bila babica usposobljena za takšno delo, v bolnišnici ne vemo. Mi smo videli le posledice.« je dejala Tušarjeva. Kot je pojasnila, so porodnici, pri kateri se maternica po porodu ni ustrezno skrčila, dali nekaj tekočine in transfuzijo, nato pa so jo lahko kmalu odpustili. Z novorojenčkom, ki so ga v bolnišnico pripeljali poleg mame, je bilo po drugi strani vse v redu.

»Treba se je zavedati, da porod ne poteka vedno tako, kot bi si želeli. Porod na domu prinaša nekatera dodatna tveganja za porodnico in otroka. Ginekologi, ki delajo v bolnišnicah, so videli že toliko zapletenih porodov, da so zadržani do rojevanja na domu. Stvari sicer niso črno-bele: normalni porodi ob normalnih nosečnostih se ob usposobljeni babici lahko odvijajo brez prisotnosti porodničarja, a ocena je včasih težka. Včasih se tudi normalna nosečnost zaplete s težjim porodom, včasih pa pride do zapletov tudi pri porodu, ki se je začel normalno.« ugotavlja Tušarjeva.

Porodnice se v Sloveniji lahko odločijo za porod na domu, a ta možnost ni sistemsko urejena, kot je v nekaterih evropskih državah, na primer na Nizozemskem ali v Nemčiji. Slovenija ima danes tudi v primerjavi z drugimi razvitimi državami nizko smrtnost novorojenčkov in porodnic, kar je eden od kazalnikov kakovosti zdravstva, je spomnila Tušarjeva. To je med drugim tudi rezultat uspešnega ukrepanja ob rizičnih nosečnostih in porodih, pri katerih pride do zapletov: »S tem, kako čim bolj zmanjšati smrtnost novoro-



Foto: P. Škrlj / S. Škrlj / S. Škrlj

jenčkov in porodnic, se zdravstvo načrtno ukvarja. Če porodov na domu v Sloveniji ne bomo dobro dorekli in primerno usposobili babic, ki bodo pri njih sodelovale, bomo pri tem naredili korak nazaj. Najprej bi se morali sploh opredeliti, ali smo za takšno možnost, in če smo, je treba urediti licence in preverjanje usposobljenosti.»

»Varnost trenutno ni zagotovljena«

Sekcija medicinskih sester in babic Slovenije pri Zbornici zdravstvene in babilške nege Slovenije – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije je na problematiko tujih babic, ki v Sloveniji niso registrirane, nimajo licence za opravljanje zdravstvenih storitev in delajo nezakonito, pred kratkim opozorila ministrstvo za zdravje. Kot nam je pojasnila predsednica te strokovne sekcije Anita Prelec, pa podatkov, koliko babic sodeluje pri porodih na domu, nimajo.

Spomnila je, da se je strokovna javnost že večkrat opredelila do poroda na domu in ga ob trenutni organiziranosti javne zdravstvene mreže in neizpolnjevanju osnovnih pogojev (na primer glede infrastrukture in do-

stopnosti babilških storitev na primarni ravni) ne podpira. Osnovno merilo za porod na domu je varnost, ki pa v tem trenutku ni zagotovljena, je opozorila Prelečeva: »V tujini imajo opredeljene pogoje, kdo in kako lahko takšne porode izvaja.« Kot pravi, bi moral biti med drugim natančno opredeljen izbor nosečnic brez prisotnih dejavnikov tveganja, spremljanje ženske in novorojenčka v prvih dneh po porodu na domu, dostopnost do najbližje porodnišnice in navodila, kako ravnati v primeru zapletov. V tujini, kjer imajo v zdravstvenih sistemih urejeno možnost porodov na domu in takšni porodi zajemajo odstotek do dva vseh porodov, se porod tudi po začetku na domu v treh do desetih odstotkih zaključijo v bolnišnici, je pojasnila Prelečeva.

Strinja se sicer, da je ob porodih danes precej zdravstvenih intervencij, kot je pospeševanje poroda, in da bi lahko večino normalnih porodov pri zdravih nosečnicah zato prevzele babice. Kljub temu pa je takšna sprememba za zdaj smiselna le tako, da porodi ostanejo v porodnišnicah, spremeni pa naj se sistem dela, je poudarila.

Porode so v bolnišnice "premestili" ravno zaradi zapletov

Generalni direktor direktorata za zdravstveno varstvo na ministrstvu za zdravje Janez Remškar je včeraj dejal, da na ministrstvu primera zapleta po porodu na domu za zdaj ne morejo komentirati, ker z njim še niso seznanjeni. Kot je dejal, se s primeri zapletov ob porodu na domu na ministrstvu doslej še niso srečali, pred časom so jih zgolj opozorili na možnost, da v Sloveniji delajo babice iz Avstrije, ki ne izpolnjujejo vseh formalnih pogojev. Na Nizozemskem so šli po drugačni poti in imajo velik delež porodov v domačem okolju, a je bilo po Remškarjevih besedah tudi izobraževanje babic, ki za te porode skrbijo, tam drugačno kot v Sloveniji.

Vir: Knavs (2010)

Priloga Č: Mojca Lorenčič: Stroka: Porod na domu trenutno ni varen

Stroka: Porod na domu trenutno ni varen

Pred dnevi se je zgodil že drugi zaplet pri porodu na domu – Otroka je bilo treba oživljati

Mojca Lorenčič

Ljubljana – Pred dnevi je pri porodu na domu v Ljubljani prišlo do zapleta, v katerem je bilo ogroženo zdravje otroka in matere. Ker je to letos že drugi vrstni zaplet, stroka opozarja, da sta lahko pri porodu doma ogrožena zdravje in življenje matere in otroka.

«Porod na domu v Sloveniji trenutno ni organiziran tako, da bi zagotavljal varnost za življenje matere in otroka,» je opozorila **Tanja Premru Štešn** iz Ginekološke klinike UKC Ljubljana. Porod je varen taktak, ko je mogoče strokovno okrepiti v primeru zapletov; pri materi je to predvsem poporodna krvavitve, ki je vzrok večine smrti porodnic, pri otroku pa gre predvsem za zaplete s pomanjkanjem kisika, kar lahko povzroči trajne nevrološke okvare ali celo smrt. «V Sloveniji je umrljivost novorojenčkov zelo nizka in ne želimo si, da bi se po nepotrebnem povečala,» je povedala. Ženske si želijo rojevati doma, ker si želijo manj medicinskih posegov in

večjo intimnost. A je raziskava, ki so jo letos opravili v ZDA, kjer porod na domu omogočajo, pokazala, da je pri porodu na domu res manj intervencij, kot sta rezanje presredka in carski rez, a je umrljivost novorojenčkov trikrat višja kot pri porodu v bolnišnici.

V Sloveniji, kjer strokovne službe niso organizirane tako, da bi porod na domu omogočale, pa so ti porodi še bolj tvegani kot tam. Kjer je to urejeno, Zavedati se je treba, da intervencija morda ne bo pravočasna,» je povedala.

To se v ljubljanskem primeru na srečo ni zgodilo. Znano je le, da se je otrok rodil s pomanjkanjem kisika in so ga oživljali že na domu, pomoč so mu nudili tudi reševalci tujne pomoči in potem v porodnišnici. Otrokuo stanje je za zdaj stabilno, je povedala Premru-Sršenova. Ob porodu naj bi bila prisotna še ena oseba, kdo in kaj je bila, pa ne vedo, ker je izgubila.

Le ena registrirana tujna babica

Janez Remškar z ministrstva za zdravje, poudarja, da področje izvajanja babič-



Dr. Tanja Premru Štešn se čudi lahkotnosti, s katero se ženske odločajo za porod zunaj bolnišnic.

vec, nadzorna medicinska sestra v ginekološki kliniki v Ljubljani.

Se pa pristojni skušajo približati željam porodnic tako v sodelovanju z ministrstvom za zdravje že dve leti pripravljajo strokovne smernice za tako imenovani babički porod. Ta bo dokončno urejen v zakonu o zdravstveni dejavnosti, saj bo zahteval tudi zakonodajne spremembe, predvsem pri prenosu odgovornosti za varen porod z zdravnikov na babice, je povedal Janez Remškar.

Ne poveje, da bodo rodile doma

«Če sta otrok in mati zdrava, zakaj ne bi porod potekal doma, vendar v tem trenutku to ni mogoče uresničiti,» je povedala tudi Prevcova. V državah, kjer omogočajo porod doma, je delež teh – razen na Nizozemskem – zelo majhen. Prav tako imajo zelo jasne kriterije, katere ženske lahko rodijo doma oziroma kakšno pomoč potrebujejo.

Lani je v ljubljanski regiji doma rodilo 15 žensk, vendar je bil le pri štirih porod načrtovan. Premru-Sršenova je povedala, da redko katera ženska ginekologom sploh pove, da bo rodila doma. «Nekatere povejo, da bodo rodile v avstrijskih porodnih centrih. Vsako vprašam, ali se je pozanimala, kakšen je pri njih intervencijski čas v primeru. Če bi šlo kaj narobe. Vendar se o tem ne pozanimam nobena,» se Premru-Sršenova čudi lahkotnosti, s katero se ženske odločajo za porod zunaj bolnišnic.

Kaznivega dejanja ni bilo

Na Policijski upravi Ljubljana so potrdili, da so bili včeraj obveščeni o porodu na domu, ki se je zgodil v Ljubljani, in se preučujejo, ali bodo ukrepali. Ob zapletu pri porodu na domu na Bledu februarja letos, ko je porod izvedla avstrijska babica, policisti kazenske ovadbe niso napisali, saj niso ugotovili elementov uradno pregotljivega kaznivega dejanja, so pojasnili na Policijski upravi Kranj.

ke dejavnosti ni natančno urejeno. Zanimljivo je, da evropske direktive o prostem pretoku dela tujih babic pri nas ne smejo preprečevati. Tujje babice bi se morale vpisati v slovenski register izvajalcev te dejavnosti, pri čemer izkazuje tudi svojo usposobljenost po standardih, ki so predpisani v direktivi, je povedala **Zdenka Tičar** z ministrstva za zdravje. To je doslej storila ena avstrijska babica

(in sicer tista, ki je sodelovala pri porodu na domu na Bledu februarja letos, ko je prišlo do zapletov pri porodu, smo izvedeli neuradno). Vendar je nadzor nad dejanskim izvajanjem te dejavnosti težko vršiti, saj vstopajo v območje zasebnosti. Prav tako tujje babice ne potrebujejo licence. Če pa bi porod na domu izvedla slovenska babica, bi takoj izgubila licenco, je potrdila **Anita Pre-**

Vir: Lorenčič (2010)

Priloga D: Boštjan Fon: Pri porodu doma skoraj umrla

Pri porodu doma skoraj umrla

BLED

Alternativni porod doma se v soboto za 35-letno Blejko ni končal po načrtih, saj so jo morali reševalci v spremstvu zdravnika čim hitreje prepeljati v jeseniško bolnišnico – Erni Širovnik je pri porodu na domu pomagala avstrijska babica, ki je prišla le četrte ure prej in zato morda spregledala začetek težav, ki so pripeljale do atonije maternice, najbolj pogostega in hkrati najbolj nevarnega zapleta ob porodih – Ker slovenski porodničarji ne opravljajo porodov na domu, so avstrijski zaznali odlično priložnost za zaslužek tako pri nas kot na Hrvaškem, kjer delujejo že nekaj časa – Gorenjski kriminalisti že zbirajo obvestila, saj naj bi ob tokratnem primeru šlo za znake kaznivega dejanja

BLED, JESENICE, 2. FEBRUARJA
 Vse je zgodilo, se je izve-
 lo. Pri tisoč pod Alpami
 so alternativnih načinov roje-
 vanja otrok delujejo babice in
 porodniške osebe iz tujine, ki
 pri nas uradno nimajo prizna-
 ne licence. V Sloveniji porodi
 doma sicer niso prepovedani,
 niso pa niti dovoljeni, zato slo-
 venski zdravstveni osebe
 tega izgubijo licenco, če bi so-

izvedeli, da se je hči preselila.
 »V soboto je rodila punčko,«
 nam je povedal in na naše
 vprašanje, ali je porod name-
 sto v kakšni od ustreznih medi-
 cinskih ustanov zaradi alterna-
 tivnega načina res potekal do-
 ma, privedli: »Potem pa je na-
 stalo nekaj težav, z rešilcem so
 jo morali prepeljati v bolnišni-
 co, a je zdaj že doma, vse je v
 redu z njo.« Ko smo hoteli izve-

skovni predstavnik PU Kranj
 Andrej Zakrajšek. »Vaše infor-
 macije, da so zaradi primera
 težav pri porodu doma na tere-
 tu kriminalisti, so pravilne.
 Trenutno delavci SKP PU
 Kranj zbirajo informacije in ob-
 vestila zaradi suma storitve ka-
 znivega dejanja. Pravilna kva-
 lifikacija kaznivega dejanja ter
 podrobnosti bodo znane v pri-
 hodnjih dneh, o izsledkih pa



Kaj lahko bi se porod doma končal precej bolj nesrečno, kot se je je. (Foto: Luka Vukarič)



Priljubljeni v Erna Širovnik odšla iz bolnišnice v domsko negi. (Foto: Boštjan Fon)

delovali pri njih. Privlačni al-
 ternativnega načina življenja
 se zato odločajo poslati ose-
 be za ženske porode v tujino.
 Odločili mediji so pred časom
 pisali o sretnem dogodku v
 Hlubičah, ki se je res končal
 srečno, za mamo in novoro-
 denčka. Porod je vodila babica
 iz avstrijskega Gradca, ista ba-
 bica je bila poklicana v soboto
 tudi na Bled, kjer so v družin-
 skem krogu pričakovali nara-
 štava. Toda ni se vse končalo ta-
 ko, kot se je pričakovalo, babi-
 ca je na Gorenjsko z avstrijske
 Štajerske privedla le četrte ure
 pred porodom in morda zato
 spregledala začetek težav, ki
 so se spremenile v krvavitev in
 tako nevarnega zapleta. Najna medicinska
 pomoč z Bleda jo je stabi-
 lizirali po rojstvu otroka prepe-
 ljali v jeseniško bolnišnico,
 kjer so jo lahko ustrezno potra-
 gali. Po naših neuradnih po-
 datkih je življenje 35-letne
 mame Erne Širovnik takrat
 vsaj na miru.
 Ko smo poklicali na naslov Ši-
 rovnikoveh v Kurbovem pri Ble-
 du, smo od Ernesta Širovnika

debi kaj podrobnejšega od mila-
 de mamice, se ni oglašila na
 mobilnik. Se nam je pa z info-
 macijami, da pri sobotnem do-
 godku na Bledu ni bilo vse prav
 in po črkih zakona, oglašil ti-

bomo obvestili javnost takoj,
 ko bo to mogoče.«
 Govorice, ki so se pojavile ob
 tem, a jih danes ni bilo moč
 preveriti, trdijo, da naj bi bila
 babica iz Gradca za porod pla-

čana 1200 evrov, njena asi-
 stentka pa za vsak obisk na do-
 mu pred porodom po 400
 evrov. Na porodniškem oddel-
 ku jeseniške bolnišnice smo
 slišali: »Če bi se to lahko dalo
 izvajati tudi pri nas z našimi li-
 cencami, bi vsak porodničar
 od nosečnic izrazil protidelo,
 da bo rodila doma, od nje pokli-
 raj denar in dal še kakšnih dvesto
 evrov vozniku rešilca, da bi
 bil med rojevanjem za primer
 komplikacij parkiran kar pred
 vrati. Dva poroda ali tri na te-
 den po teh tarifah, pa noben
 porodničar ne bi več delal v
 bolnišnicah, delural in podob-
 no. Vsi bi se šli privatnike in

Potrditve še ni

Po nepotrjenih informacijah naj bi porod na Bledu vodila ba-
 bica Ursula Walch iz Gradca, ki je po podatkih na spletu po-
 magala na svet že prek tri tisoč otrokom, tudi pri nas in na
 Hrvaškem, saj je alternativno rojevanje doma priljubljeno
 predvsem v Zagrebu. Uradne potrditve identitete avstrijske
 babice od pristojnih organov trenutno ni moč dobiti.

služili lepe denarce. Hvala bo-
 gu, da v Sloveniji takšno delo ni
 zakonsko podprto, celo sank-
 cionira se ga lahko z odzve-
 mom licence.«
 Porod na Bledu je bil v soboto ob
 14.15, slabi dve uri pozneje pa
 so mamo s hudimi težavami
 pripeljali v jeseniško bolnišnico.
 »Pri pacientki je prišlo do atonije
 maternice, ki je najbolj pogost in
 hkrati najbolj nevaren zaplet ob
 porodu, hkrati je prišlo tudi do
 šoka. Po porodu na domu je za-
 čela močno krvaveti, zato so pri-
 sotni poklicali pomoč zdravstve-
 nega osebja z Bleda,« nam je ra-
 zložila strokovna direktorica
 Splošne bolnišnice Jesenice
 Sandra Tušar. »Pacientka je pri-
 mas dobila tekočino naravnost v
 šilo ter transfuzijo dveh enot kr-
 vi.«

Ko smo strokovno direktorico
 povprašali, ali je porodniško
 osebo jeseniške bolnice kdaj
 prejelo željo, da bi kakšna no-
 sečnica rodila doma, in so to
 tudi izvedli, nam je odgovorila:
 »Rojevanje na domu je moder-
 no na zahodu, čeprav se zani-
 manje za te vrste rojevanje
 zmanjšuje. Znani so nam pri-
 meri iz tujine, ko so bile poro-
 dne hiše blizu bolnišnic in za-
 torej ni bil govor niti o rojevanju
 doma niti v porodnišnici, a je
 bila vsaj pomoč pri komplika-
 cijah takoj zraven.« Tušarjeva
 je še dodala, da se je ženska, ki
 se je odločila za ta alternativni
 način rojevanja, zagotovo
 odločila sama in se tudi zave-
 dala, kakšnemu tveganju se iz-
 postavlja: »Roditi doma je nje-
 na osebna odločitev. Kdo je ka-
 zensko odgovoren v tem pri-
 meru, pa bodo ugotavljali pri-
 stojni, mi vsekakor ne.« Je
 sklenila strokovna direktorica.
 Na spletnih straneh v sloven-
 skem jeziku je kar nekaj podat-
 kov o možnosti najeti tuje ba-
 bice za porod na domu. Vsako-
 do, ki se odloča za takšno de-
 janje, se mora zavedati tvega-
 nja, tudi takšnih posledic ali
 celo hujših, če nastanejo za-
 pleti. Ali ima babica iz Gradca
 sploh pravico, ustrezno licenco
 ter dovolj znanja za delo pri nas
 ali pa gre za šarlatanstvo, morda
 slo po zaslužku in napelje-
 vanje naihvanih slovenskih no-
 sečnic za svoje delo, pa bodo
 naši kriminalistični organi naj-
 brž kaj kmalu ugotovili.

Boštjan Fon



Mlada mamica z Bleda se vrgotno prepeljal na Jesenice. (Foto: Boštjan Fon)

Vir: Fon (2010)

Dojenček komaj preživel porod doma

NEVARNO

Ženska, ki je prejšnji teden rojevala doma, je skoraj izgubila otroka in tudi njeno stanje je bilo slabo – Reševalci so dojenčka oživljali, za oba so potem poskrbeli v ljubljanskem kliničnem centru – O dogodku na Bledu, ki se je tudi skoraj končal tragično, smo v Novicah poročali februarja, takrat je pomagala babica iz Gradca – Po neuradnih podatkih vsaj sedem avstrijskih babic brez slovenske licence opravlja porode na domu v Sloveniji – Na ministrstvu za zdravje so že takrat napovedali, da bodo pripravili strokovne smernice in standarde za take porode, a se ni nič spremenilo – Včeraj so ponovili: »Za ureditev babiškega poroda bo treba spremeniti zakon o zdravstveni dejavnosti!«

LJUBLJANA, 14. JULIJA
Pri porodu na domu, ki se je dogajal v zadnjem tednu na območju ljubljanske regije, se je zapletlo zaradi rojstva

zamrlega otroka. Posredovali so reševalci in ga oživljali ter odpeljali v bolnišnico. Ob že drugem zapletu pri porodu na domu letos stroka opozarj

porodnice, da lahko s tem ogrozijo svoje in otrokovo zdravje.

Se spomnite prvega primera?

Slovenijo je v začetku februarja letos pretresla zgodba o porodu na domu, ki ga je zadnjo soboto januarja nadzorovala babica Ursula Walch iz Gradca. Nastale so komplikacije, ki so zahtevale pomoč uradne medicine, kaj kmalu pa je bilo s porodnico, rojevala je na Bledu, in njenim detetom vse dobro in iz jeseniške bolnišnice sta odšla v domačo oskrbo.

Toda ker smo takrat v Slovenskih novicah glasno in jasno zapisali zgodbo o neurejenem statusu tujih babic, ki se smukajo po Sloveniji in izkoriščajo pravilo, da pri nas porodi na domu niso prepovedani, niso pa niti dovoljeni, in da bi slovenska babica, če bi to počela, izgubila licenco, in ker smo zapisali, da obstaja dvom, ali imajo babica iz Gradca ter njene kolegice (po naših podatkih jih še vedno najmanj šest služi precej mastne honorarje brez ustreznega nadzora) sploh pravico, ustrezno licenco ter dovolj znanja za delo pri nas ali pa gre za šarlatanstvo, morda slo po zaslugi in zavajanje naivnih slovenskih nosečnic, smo si prisluzili prijave na novinarske inštitucije nadzora in grožnje s tožbami. Zato, ker smo povedali resnico?



Letos sta se že najmanj dva poroda doma skoraj končala tragično.



Za porode doma ministrstvo le ni pripravilo standardov.

Tanja Premru Sršen: Porod mora biti varen za otroka in mater

Predstojnica kliničnega oddelka za perinatologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana Tanja Premru Sršen je na sredini skupni novinarski konferenci UKC Ljubljana in ministrstva za zdravje poudarila, da mora porod potekati v okolju, ki zagotavlja varnost za življenje matere in otroka. »Trenutno pa porod na domu v Sloveniji ni organiziran tako, da bi zagotavljali varnost za oba. Porod se namreč šteje kot varen takrat, ko je možna v zelo kratkem času ustrezno in strokovno posredovati pri zapletih,« trdi Premru Sršenova. Za žensko je lahko tak zaplet poporodna krvavitev, pri novorojenčku pa so to lahko zapleti s pomanjkanjem kisika med porodom, ko se lahko resno ogrozi zdravje ali malček celo umre.

Premru Sršenova poudarja, da stroka razume željo žensk po manj medicinskem porodu, in že nekaj časa pripravljajo potrebne podlage, tudi spremembo zakonodaje in strokovnih smernic, za ureditev babiških porodov. Nekaterim željam se da ugoditi, na primer glede gibanja, menjave položajev ali manj medicinskega okolja za porod, a ne na račun zmanjšanja varnosti matere in otroka, poudarja Premru Sršenova. Omenila je ugotovitve letos končane raziskave v ZDA, da je pri porodnih na domu sicer res manj posegov, kot sta rezanje presredka ali carski rez, a tudi umrljavnost novorojenčkov je trikrat večja kot pri tistih v zdravstvenih ustanovah. »Dokler so podatki takšni, ne moremo govoriti o varnem porodu na domu. Porod mora biti varen za oba, mamo in otroka, ne glede na to, kje poteka,« pove predstojnica ljubljanske porodnice. Direktor direktorata za zdravstveno varstvo pri ministrstvu za zdravje Janez Remškar je polsnil, da bo treba za ureditev babiškega poroda spremeniti zakon o zdravstveni dejavnosti. O tem, katera nosečnica je primerna za babiški porod, bo presojala stroka glede na njeno zdravstveno stanje, razmišljajo o oblikovanju nekakšnih babiških ostrovin, ki pa bi bili del zdravstvenih ustanov. Le tako bi lahko namreč ob zapletih zagotovili dovolj hitro posredovanje.

In odkrili smo še vnebovpijoče dejstvo, da naše ministrstvo za zdravje sploh nima pojma o rojstvih na domu. Takrat je Janez Remškar, generalni direktor direktorata za zdravstveno varstvo na MZ, dejal: »Za vodenje poroda na domu bo ministrstvo dalo pobudo za pripravo strokovnih smernic in standardov.«

Od teh besed z začetka leta je bilo kaj malo realiziranega, saj moramo zopet pisati o porodu

Ni registra tujih babic

Kot smo lahko izvedeli od Irme Sterle Glaner, ki je na ministrstvu za zdravje odgovorna za slike z javnosti, v Sloveniji še vedno nimamo registra tujih babic, ki delajo pri nas. Dejalo je, da je v pripravi, kotaj bo dokazano, pa ni napovedata.

na domu, ki se je toliko zakompliciral, da je bilo treba poiskati pomoč uradne medicine. Tokrat se je zgodilo na območju

Ljubljane, iz naših zanesljivih virov pa smo izvedeli, da bi se lahko končalo še bolj tragično, saj so morali novorojenčka reanimirati. Ali bo imel zaradi tega trajne posledice, ne moremo napovedati, lahko mu je zašlimo vso srečo. Tudi z materjo je bilo takoj po porodu precej slabo. Policija se je že zganila: saj smo izvedeli, da so na PU Ljubljana prejeli obvestilo o dogodku, vendar zaradi interesa preiskave niso povedali več podrobnosti. Po vseh težavah s porodom se lahko zgodi celo, da bodo starši, ki so se odločili za ta porod, in osebe, ki je bilo poleg, prejeti kazenske ovacije zaradi ogrožanja varnosti.

Blanka Setinec iz ljubljanskega kliničnega centra je povedala, da so trenutno proti takemu načinu rjevanja: »Te vrste porod na domu ni varen za porodnico in otročka, ker se lahko hitro zakomplicira. Se naveden porod v medicinski ustanovi in pod nadzorom oseba se zakomplicira. Zdravnik te porodnice po našem mnenju ni odgovoren, saj se vsaka porodnica sama odloči o porodu.« (E. N.)



Trenutno porod na domu v Sloveniji ni organiziran tako, da bi zagotavljali varnost za oba, trdi Tanja Premru Sršen.