

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov

The impact of childbirth practices in institutionalised care on childbirth experience: qualitative secondary analysis

Mirko Prosen

Ključne besede: medikalizacija; medicina; babištvo; ženske; družba

Key words: medicalization; medicine; midwifery; women; society

doc. dr. Mirko Prosen, dipl. zn., univ. dipl. org.; Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju, Katedra za zdravstveno nego, Polje 42, 6310 Izola, Slovenija

Kontaktne e-naslov / Correspondence e-mail:
mirko.prosen@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Uvod: Nosečnost in porod sta naravna dogodka, čeprav ju danes – ob upoštevanju dejstva, da živimo v »družbi tveganja« – opredeljujemo skozi prizmo patologije in potencialnih nevarnosti. Cilj raziskave je bil razumeti izkušnje in doživljanja žensk, povezana z rojevanjem v porodnišnicah skozi prevladujoče porodne prakse, ki so po prepričanju žensk pomembno krojile njihovo porodno izkušnjo.

Metode: Uporabljena je bila sekundarna analiza kvalitativnih podatkov. Primarni podatki so bili zbrani leta 2014 v okviru raziskave Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija z narativno metodo. V vzorec sekundarne analize je bilo vključenih 18 transkriptov intervjujev z ženskami, ki so rodile v porodnišnici. Analiza kvalitativnih podatkov je bila izvedena s pomočjo računalniškega programa NVivo, verzija 12.

Rezultati: V analizi so bile identificirane tri teme: (1) pomembnost podpore zdravstvenega osebja in avtonomija odločanja; (2) sprememba fokusa v dojemaju carskega reza kot naravnega načina rojevanja; (3) rutinizacija in tehnifikacija porodnih praks.

Diskusija in zaključek: Rojevanje tako danes kot nekoč usmerjajo negativne in pozitivne porodne izkušnje. Poznati je treba oboje. Za ženske je prva porodna izkušnja poučna in obenem določujoča, saj na njeni podlagi presojujejo prihodnje porodne izkušnje. Podpora zdravstvenega osebja ter avtonomija odločanja sta ključni za pozitivno porodno izkušnjo. K temu bi lahko v prihodnje pomembno prispevale tudi spremembe nekaterih utečenih porodnih praks, ki bi morale hitreje slediti praksi, utemeljeni z dokazi.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and childbirth are physiological events but in the present-day risk-oriented society they are often viewed as representing potential pathology and hazards. The aim of the study was to understand the experiences of childbearing women in institutional care through dominant childbirth practices which, in women's opinion, shaped their birth experience.

Methods: Qualitative secondary analysis was used. The primary data was collected in 2014 in the study titled Medicalization of pregnancy and childbirth as social construction by using the narrative method. The sample in secondary analysis included 18 transcripts of the interviews conducted with women who had given birth in maternity hospitals. The analysis of qualitative data was conducted with the NVivo version 12 computer software.

Results: In the analysis three themes were identified: (1) the importance of support of healthcare professionals and the autonomy in decision making; (2) a shift in focus of viewing Caesarean section as natural childbirth; (3) turning childbirth practices into routine and technical processes.

Discussion and conclusion: Childbearing has always been guided by both, a negative and positive childbirth experience, so it is important to be familiar with both. For women, their first childbirth experience is a learning experience and at the same time a determining one, as it is the basis for determining their future childbirth experiences. The support of healthcare professionals and autonomy in decision making are crucial for a positive childbirth experience. In addition, changes in some of the established childbirth practices, which should follow evidence-based practice with a greater pace, would also contribute to a better experience of childbirth.

Uvod

Termin medikalizacija v ljudeh pogosto vzbuja negativna stališča, vendar točnega in jasnega odgovora o tem, kaj pravzaprav medikalizacija je in kaj jo poganja, nimamo. Prvotno se je koncept medikalizacije nanašal na specifični družbeni proces, za katerega je bila značilna ekspanzija pristojnosti medicine kot profesije (Davis, 2006; Correia, 2017). Danes pa se raba termina bolj ali manj nanaša na vsako opredelitev ali opis problema z medicinsko terminologijo ali zdravljenje z medicinskimi posegi (Conrad, 1992, 2007) oziroma na vse večji vpliv zdravstvenih institucij in medicinske profesije na vse vidike življenja, ki pred tem niso bili razumljeni kot medicinski problem (Maturro, 2012; Prosen & Tavčar Kranjc, 2013; Correia, 2017). Gre za podaljšanje konceptualne in normativne domene medicine v probleme, stanja ali procese ter njihovo vključenost v medicinsko obravnavo. Z medikalizacijo so problemi, stanja ali procesi že vključeni v veljavne konceptualne modele, npr. »nenormalno« ali »normalno« ali »naravno«, opisno preoblikovani v motnje, bolezni ali pomanjkljivosti, ki zahtevajo medicinsko obravnavo (Davis, 2010). Toda medikalizacija ni vseobsegajoča. Conrad (2007) meni, da lahko govorimo o stopnjah medikalizacije, saj vse spoznane deviantnosti niso enako medikalizirane. V nekaterih primerih je bila medikalizacija neuspešna, v nekaterih obstaja preveč konkurenčnih opredelitev deviantnosti ali pa opredelitve iz preteklosti brišejo jasno sliko trenutnih razmer. Tako so npr. smrt, porod in duševne bolezni v celoti medikalizirani, menopavza in uživanje drog le deloma, spolna odvisnost, zloraba in nasilje v družini ali celo moška plešavost pa minimalno.

V znanstvenih publikacijah je vse bolj prisotno priznavanje, da se je medikalizacija razširila zunaj meja medicinske profesije, družbenih gibanj in organizacij v biotehnologijo, potrošništvo in zavarovalništvo (Conrad, 2005; Conrad & Barker, 2010). Nekateri avtorji (Bezenšek & Barle, 2007; Williams, et al., 2008) ugotavljajo, da ima medikalizacija močno podporo tudi znotraj nekaterih elitnih družbenih skupin, ki tako povečujejo svojo družbeno moč in ugled, in v farmacevtski industriji, ki ima od teh procesov največ koristi. Vse bolj so tako očitni poskusi evolucijske prilagoditve koncepta medikalizacije kompleksnosti sodobne družbe, ki se kažejo skozi nove formulacije, kot so biomedikalizacija, KAMizacija (KAM – komplementarne in alternativne metode zdravljenja) (Correia, 2017) in farmacevtikalizacija (Maturro, 2012).

Ženska telesa so bila skozi zgodovino medicine upodobljena in obravnavana kot grožnja moralnemu redu in družbeni stabilnosti. Stoletja so bile ženske v medicinskem diskurzu tradicionalno opredeljene za »bolno«, nepopolno različico moškega. Takšna ideologija se je izražala v diskurzih in slikah

medicinskih učbenikov in tekstov ter bila na ta način implementirana v klinično prakso. Čeprav se je medikalizacija najprej dotaknila psihiatričnih pacientov, je na področju zdravja žensk histerija prvi očitni primer medikalizacije (Lupton, 2003; Prosen, 2014). Do danes so številne raziskave o medikalizaciji dokazale, da so težave žensk v primerjavi z moškimi disproporcionalno medikalizirane (Prosen & Tavčar Kranjc, 2013; Prosen, 2014; Prosen, 2016). To se kaže v raziskavah o reprodukciji in nadzoru nad rojstvi, porodu, neplodnosti, predmenstrualnem sindromu, fetalnem alkoholnem sindromu, motnjah hranjenja, spolnosti, menopavzi, kozmetičnih operacijah, anksioznosti, depresiji (Conrad, 2007; White, 2009; Davis, 2010), motnjah spanja (Hislop & Arber, 2003), prekomerni telesni teži (Wray & Deery, 2008) itd. Conrad (2007) deloma ugovarja in meni, da se medikalizacija v smislu proporcionalnosti med spoloma izenačuje, predvsem na račun medikalizacije moškega telesa v starosti (npr. vstop Viagre' na trg leta 1998).

Na vprašanje, zakaj se je medikalizacija bolj dotaknila žensk kot moških, je skozi prizmo feminizma poskušala leta 1983 odgovoriti Catherine Riessman (1983). Zaključila je, da ženske sodelujejo v procesu medikalizacije zaradi lastnih potreb in motivov, ki izhajajo iz narave njihove družbene podrejenosti. Poleg tega druge družbene skupine prispevajo ekonomske koristi, na katere se pozitivno odzivajo tako medicina kot ženske. Na ta način se razvije konsenz, da določeno težavo razumemo skozi medicinsko terminologijo (Correia, 2017). Vendar pa danes velja, da medicina ni več osrednje gonilo medikalizacije in da se na ekonomske koristi veliko prej kot medicina odzovejo druge panoge (Williams, et al., 2008; Prosen & Tavčar Kranjc, 2018).

Nosečnost in porod sta naravna dogodka, čeprav ju danes – ob upoštevanju dejstva, da živimo v »družbi tveganja« – opredeljujemo skozi prizmo patologije in potencialnih nevarnosti. Nadzor nad rojevanjem je s prehodom od poroda na domu k porodu v institucionaliziranem okolju postal pomembna naloga medicine. Nosečnost in še posebej porod sta tako postopoma postajala medicinski dogodek: babice je izpodrivala medicina, porodnice so bile vključene v biomedicinski model oskrbe, dojenje so nadomestile razvijajoče se mlečne formule (Christiaens & Van Teijlingen, 2009; Prosen & Tavčar Kranjc, 2013). Na oba dogodka je vplivalo prepričanje, da je za rojstvo zdravega novorojenca nujna specializirana in nadzorovana oskrba. Med procesom medikalizacije je vlogo protagonista, ki jo je prej imela mati, prevzel novorojenec (Christiaens & Van Teijlingen, 2009). Z medikalizacijo se je na tem področju začela razvijati tehnologija, poraslo je tudi število medicinskih posegov. Hkrati gre za vzrok in posledico, kar pojasnjuje tudi »odkrivanje novih bolezni« (Maturro, 2012).

Namen in cilji

Javni diskurzi o porodu, številna družbena gibanja, poskusi spremembe klinične prakse ter v zadnjem času javno izrečeni glasovi žensk so rezultat in obenem pokazatelj, da je zanimanje laične in strokovne javnosti za doživljanje poroda visoko. Nosečnost in porod tako nista le pomembna dogodka v življenju vsake ženske, temveč odražata širše družbene vrednote in z njimi vse, kar družba pri sebi najbolj ceni. Pomen in potek poroda v neki družbi sta tako močno vezana na razvojne procese in stopnjo njene razvitosti (Prosen, 2016). Cilj raziskave je bil razumeti izkušnje in doživljanja žensk, povezana z rojevanjem v porodnišnicah skozi prevladujoče porodne prakse, ki so po prepričanju žensk pomembno krojile njihovo porodno izkušnjo. Oblikovano je bilo naslednje raziskovalno vprašanje:

– Kako prevladujoče porodne prakse oblikujejo porodno izkušnjo žensk v institucionalnem okolju?

Metode

Uporabljena je bila sekundarna analiza kvalitativnih podatkov, opredeljena kot uporaba obstoječih podatkov za iskanje odgovora na raziskovalno vprašanje, ki se razlikuje od uporabljenega v primarni raziskavi (Long-Sutehall, et al., 2010; Ruggiano & Perry, 2017; Tate & Happ, 2018). Kljub temu mora pri tem obstajati premisa med primarnim in sekundarnim metodološkim pristopom (Riegel & Dickson, 2016). Kot raziskovalna strategija omogoča preiskovanje novih vprašanj, perspektiv ali konceptov znotraj že obstoječih raziskav, s čimer povečuje izkoristek pridobljenih podatkov (Riegel & Dickson, 2016; Tate & Happ, 2018). Primarni podatki, zbrani januarja 2014, so bili analizirani s petstopenjsko tematsko analizo, ki jo predlaga Yin (2011).

Opis konteksta primarne raziskave

Sekundarna analiza kvalitativnih podatkov temelji na delu kvalitativnih podatkov raziskave *Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija* (Prosen, 2016), katere cilj je bil med drugim preučiti doživljajski svet žensk, ki so skozi nosečnost in porod izkusile medikalizacijo. V delu raziskave, ki se je epistemološko spogledovala z družbenim konstrukcionizmom, sta bila uporabljena kvalitativna raziskovalna dizajna, in sicer narativna metoda in fenomenologija. Za sekundarno analizo kvalitativnih podatkov so bili uporabljeni podatki, pridobljeni z narativno metodo pri intervjuvankah, tj. ženskah, ki so rodile v institucionalnem okolju. Narativna metoda omogoča raziskovalcu vstop v doživljanje intervjuvanca, ki skozi pripoved opisuje zgodbo. V primarni raziskavi je bil uporabljen namenski vzorec 19 žensk, ki so doživele nosečniško oziroma porodno izkušnjo v Sloveniji. Izbor enot v vzorec ni bil omejen le geografsko, temveč

tudi s časom, ki je minil od poroda (ne več kot tri leta), načinom in vrsto poroda (spontani porod, epiziotomija, carski rez, vakuumska ekstrakcija) in številom porodov (prvo- in mnogorodnice). Sodelujoče so podpisale informirano soglasje. Podatki so bili zbrani s pomočjo delno strukturiranega narativnega intervjuja, po predhodno izpeljanem pilotnem intervjuju. Osnovno vprašanje v raziskavi je bilo: Opišite svojo porodno zgodbo – kako se je vse skupaj začelo in končalo? Maloštevilna podvprašanja so le odpirala pot izpuščenim pripovedim žensk (npr. Ali je bil porod takšen, kot ste načrtovali?). V analitičnem delu je bila uporabljena tematska in delno strukturalna analiza besedila. Zvočni posnetki intervjujev so bili dobesedno prepisani – delni fokusni transkript. Prava imena sodelujočih so bila nadomeščena z namišljenimi. Tematska analiza je potekala v zaporedju: večkratno branje transkriptov, kodiranje podatkov, združevanje kod v kategorije in izpeljava posameznih tem iz kategorij. Analiza podatkov je bila narejena s pomočjo računalniškega programa NVivo, ver. 10 (QRS International, Victoria, Australia) (Prosen, 2016).

Opis vzorca

V vzorec sekundarne raziskave je bilo vključenih 18 transkriptov intervjujev oziroma 18 sodelujočih žensk, ki so rodile v porodnišnici. Iz primarnega vzorca ($n = 19$) je bila v sekundarni analizi izločena ena sodelujoča, ki je rodila v zdravstvenem domu in je zaradi ohranitve večje homogenosti vzorca nismo vključili v novo analizo.

V primarnem vzorcu so bile ženske v povprečju stare 29,3 leta. Najmlajša je štela 20 in najstarejša 39 let. Osem žensk je imelo zaključeno srednješolsko izobraževanje, šest višje- oziroma visokošolsko in štiri univerzitetno. Leta 2013 je rodilo šest žensk, leta 2012 osem in leta 2011 štiri ženske. V vzorcu je bilo osem prvorodnic, izmed katerih jih je pet rodilo vaginalno in tri s pomočjo carskega reza; devet drugorodnic, izmed katerih jih je drugega otroka s pomočjo carskega reza rodilo pet in vaginalno štiri. V vzorcu je bila tudi ena tretjerodnica, ki je zadnjega otroka rodila vaginalno.

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred odločitvijo, ali je sekundarna analiza kvalitativnih podatkov izvedljiva, je bila narejena presoja ustreznosti primarnih podatkov (Long-Sutehall, et al., 2010; Tate & Happ, 2018), predvsem njihove ustreznosti in kakovosti glede na novo zastavljeno raziskovalno vprašanje. Zato so bili transkripti ponovno prebrani, ob njih pa narejeni posamezni zaznamki, vezani na tematsko analizo. Glede na podatke in novo raziskovalno vprašanje je raziskovalec sklenil, da je izvedba sekundarne analize kvalitativnih podatkov smiselna. V končno analizo je bilo izbranih 18 intervjujev oziroma transkriptov. Analiza je bila izvedena v novembru 2018.

ni delala nič narobe, ampak nekako, [...] bom opisala. Nonstop je hodila noter pa ven, nič se ni zelo z mano pogovarjala, meni se zdi, da sem tisti čas rabila enega, da bi se dal na mojo raven. Erika_VN55071

Nekatere izmed sodelujočih so prepoznale vzroke in skušale opravičiti nezadostno navzočnost babice med porodom z neustrezno organizacijo dela in posledično preobremenjenostjo babic na delovnih mestih.

Osebnost se mi je zdelo, da če bi bila babica več tam, takrat ko sem jaz čutila, da so močni popadki, da bi lahko, bi bilo prej. Prišla je, ko so bili šibkejši, in ni bilo tako koristno, kot bi sicer bilo. Jaz sem imela takšen občutek. Kar precej sva bila sama (partner, op. a.). Prišla je pogledat, pa je šla, sedaj bomo poizkusili, ali pa ne bo, pridem čez nekaj časa. To se potem samo stopnjuje. Zdi se mi. [...] Saj verjamem, da imajo poln urnik, da jih je premalo, da nimajo časa, samo se mi zdi, če bi bila več časa tam, na primer, da bi bila vedno tam, bi prej steklo. Ne vem. Morda se motim. Sonja_VN550049

Bila je samo ena babica v tistem turnusu. Ko sem bila jaz v porodni sobi, jih je rodilo še šest. Malo sem se počutila – no, zapostavljeno. [...] Sem bila tam, pa je rekla: 'Dajte predihavati, eno uro me ne bo, imamo nujni carski rez.' Malo čudno se počutiš. Nuša_VN550069

Kontinuirano babiško oskrbo, ki se začne v nosečnosti, nadaljuje z obporodno oskrbo in sega tudi v poporodno obdobje, je kot pomemben element zadovoljstva žensk s porodno izkušnjo in kakovostjo zdravstvene oskrbe (Stanek Zidarič, et al., 2011) vsaj v delni obliki prepoznalo nekaj sodelujočih. Za mnoge je prisotnost iste babice ves čas poroda iskrena želja. Druge, čeprav v manjšini, so kot prednost izpostavile, da babica ni bila nenehno prisotna.

Babice bi se morale bolj posvetiti. Vsaka ženska, ki rojeva, bi morala imeti svojo babico, čeprav je nemogoče, ker ne veš, koliko žensk bo rodilo. Ana_VN550070

Ne, mi je bilo super (če ni bila navzoča babica, op. a.), zato ker je bolj sproščeno, če ni zraven. Jasna_VN550060

Čeprav se morda zdi, da prevladujejo negativne izkušnje sodelujočih, je pri večini opaziti izrazito povečanje zadovoljstva s podporo zdravstvenega osebja pri drugo- oziroma mnogorodnicah ali celo ob menjavi babice ob izmeni (pri čemer ne gre nujno za zadovoljstvo).

Meni je bila 'muka' takrat, prvič. Tudi malo, verjetno zaradi babice, ker sem jo potem primerjala z drugo. Druga mi je bila tako simpatična, naredila je vzdušje, da se tudi ti dobro počutiš, se sprostiš, pošališ. Pri prvi pa ne. Z mozem sva bila dosti sama. Samo je prišla, pa šla, pa prišla, pa šla ... Vmes so se tudi zamenjale, kolikor se spomnim. Na prvič nimam lepe izkušnje. Sonja_VN550049

Da, da, drugič je bilo bistveno hitreje in krajši čas sem bila v porodni. Drugič je bilo tudi dosti več ljudi okoli mene, zdravnikov itd. Prvič pa sem bila sama. [...] Več osebja je bilo verjetno zato, ker je bil v medenični vstavi. [...] Drugič, ko sem bila, mi je babica dala žogo, da sem bila skoraj do konca na njej. Moža je navadila,

kako me mora masirati. V drugo je bilo v redu. Babica je imela drugačen pristop in sem bila bolj zadovoljna. Ajda_VN550047

Zdaj, tretjič, recimo, je bilo najlažje, najlepše. Imela sem babico, ki bi jo bilo potrebno pohvaliti. Pravi sonček, res nisem nikoli prej doživela kaj takega. Glede strokovnosti, sposobnosti, res prijazna. V bistvu me je masirala med popadki, kar me prej niso nikoli. Bila je ves čas ob meni in me spodbujala. En tak lep odnos, res lepo. Anja_VN550051

Prva babica je bila super, sicer povsod, ker ni mogla drugače. Tudi glasbo mi je dala, ona se je spomnila tudi, kdaj sem zadnjič šla na vodo, hvala bogu, saj je to njena stroka. [...] Ob sedmih je ona šla, rekla mi pa je, dobesedno, da mi bodo dali infuzijo, ker drugače ne bom rodila do kosila. [...] Prišla je druga babica, ki je bila malo manj topla. Ko si iz stroke, si na to še bolj pozoren. Res je bila hladna, nobene spodbudne besede, veliko časa je bila samo v 'čajni' in je samo vajenka hodila do mene. [...] Ni mi bilo prav. Zala_VN550066

Očitno je, da je prva porodna izkušnja z zdravstvenim osebjem, ki sodeluje pri obporodni oskrbi, za ženske določujoča. Težko je sklepati, ali jih zgolj prva izkušnja zaradi tega naredi samozavestnejše pri naslednjem porodu ali pa k temu prispevajo še drugi dejavniki pre- in postnatalnega obdobja. Utemeljeno lahko sklepamo, da je pomemben del porodne zgodbe vsake ženske, ki rodi v institucionalnem okolju, tudi odnos zdravstvenega osebja do nje. V ospredju sta predvsem empatija in sočutje, ki sta očitno v prednosti pred avtonomijo odločanja. Odnos bi moral temeljiti na zaznavanju te potrebe pri porodnicah in ne bi smel biti prepuščen njihovi bogaboječnosti, iznajdljivosti ali celo »sitnosti«.

Ko greš prvič roditi, nimaš izkušenj in ne veš, kaj lahko zahtevaš od osebja in česa ne. Odvisno pa je tudi od tebe, kako si naučen, ali znaš biti siten ali ne. Meta_VN550061

Drugič sem imela občutek, da vsaj do neke mere jaz nadziram stvari. Imaš že izkušnje, več prebereš, primerjaš. Veš, kaj si prvič naredil narobe, ali pa se ti zdi, da si naredil narobe in da bi bilo drugič boljše, [...] malo se poslušaj, malo odrasteš v tem času. Sonja_VN550049

Izpostavljena avtonomija se v zgodbah sodelujočih na prvi pogled res zdi drugotnega pomena, predvsem zato, ker je uveljavljeno prepričanje, da »tako pač mora biti«; o tem ne dvomijo, niti ne izražajo lastne volje.

Jaz sem prišla tja in se nisem ozirala na to, kaj se mi dogaja, da so mi dali umetne popadke, i. v. kanilo. [...] Mislila sem, da tako mora biti in tako je. Ajda_VN550047

Mnoge sodelujoče izpostavljajo nezadostno informiranost, kar posledično onemogoča morebitno informirano soglasje. Tako je tudi avtonomija odločanja pogosto ovirana. Paternalizem pa ne more biti vedno izgovor, da odločitve z namenom obvarovanja pred tveganji zdravstveni delavci

sprejemajo brez predhodnega informiranja porodnice.

V bistvu mi je žal, da je nisem vzela (epiduralne analgezije, op. a.). Prvič je bilo grozno. Zdaj, tretjič, če bi mi namignila, bi jo. Vendar ker mi je rekla (babica, op. a.), da je ne rabim, si nisem upala več vprašati. Anja_VN550051

[N]a koncu so mi dali tisti papir (privolitev za carski rez, op. a.), ko tako ali tako nisem vedela niti, kako mi je ime, podpisala sem, da me lahko režejo (smeh). Klara_VN550056

Začutila sem, da je nekaj zarezalo. Mislila sem, da to spada k porodu, bolečina, ki spada zraven. Ko je prišla zdravnica šivat, je pogledala in babica je rekla, da se je tako odločila zaradi moje konstitucije. Iz njihovega pogovora sem ugotovila, da so mi prerezali presredek. Niso me vprašali, niso mi povedali. Vem, da je bilo to boljše zame, vendar je prav, da ti povedo. Lea_VN550052

Sprememba fokusa v dojemanju carskega reza kot naravnega načina rojevanja

Večina sodelujočih žensk, ki so rodile s pomočjo carskega reza, je v njem prepoznala rešitev, možnost, da lahko rodijo brez hudih tveganj za zdravje novorojenca ali svoje zdravje. Prav tako je bila pri sodelujočih več kot očitna miselnost, da se bo v drugi nosečnosti porod končal na enak način.

Prvič je malo drugače, ker nimaš od prej otroka, imaš več časa sam s sabo, ne vem, tudi spremljaš različno literaturo, se zanimaš malo bolj, tudi več časa imaš. [...] Imela sem tudi medenično vstavo, tako da do zadnjega nisem vedela, kako bom rodila. Malo me je skrbelo, kako bo, če do zadnjega ne veš, malo me je bilo tudi strah vaginalnega poroda, malo že iz otroštva neke čudne fobije (smeh), tako da se mi je prav poklopilo, tudi prav v redu mi je bilo, da sem rodila na koncu s carskim rezom. Špela_VN550058

Želja po večji varnosti in optimalnih ter predvidljivih izidih poroda je posledica dejstva, da živimo v družbi tveganja, kar še bolj očitno postavlja porodnice v pasivno vlogo v odnosu do zdravstvenih delavcev.

Pri prvem sem imela carski rez, ker je bila medenična vstava. [...] Predlagali so, da naredijo carski rez. V redu, če je to tako, bomo naredili carski. Pri nobeni stvari nisem delala problemov. Povedali so mi za možnost zunanega obrata. Meni se ni zdelo smiselno, ker če se je tako odločil, da bo sedel, pa naj sedi. Z enim namenom že mora tako biti. Odločila sva se, da grem na carski, in to je to. Klementina_VN550063

Pojmovanje carskega reza v očeh sodelujočih razkriva vpogled v predstave o telesu rojevajočih žensk, ki so pod vplivom biomedicinske ideologije. Tako oblikovane predstave o tem, »kaj telo zmore in česa ne«, močno krojijo samopodobo in posledično vplivajo na sprejemanje carskega reza kot edine možne rešitve.

Prvič sem bila v porodni pet ur, drugič pa takoj, ker je bilo že napovedano, da bo carski rez. Ob enim sem imela

konec pregleda, petnajst do dveh sem pa že rodila. Moje telo ni več preneslo, da bi bil otrok noter, to je bilo to. Rodila sem v 37. tednu. Klara_VN550056

Carskega reza nisem pričakovala, sem pa čutila kot neko olajšanje, da mi ne bo treba preživljati vseh tistih muk, čeprav nisem vedela, kaj me čaka. Marija_VN550062

Nekatere intervjuvanke so jasno povedale, da bi moral biti carski rez kot način rojevanja ženskam omogočen kot prosta izbira. Ena izmed sodelujočih je carski rez omenila kot izhod v sili zaradi strahu pred porodom.

Jaz mislim, da bi to lahko bilo omogočeno. Čeprav vem, da so komplikacije, ampak jaz mislim, da bi lahko bilo tako. Jasna_VN550060

Ne, če bi jaz zbirala, bi carski. Po moje ja. Jaz sem zmeraj govorila, da se bojim poroda, in potem ko so rekli, da bo carski, se mi je kar odvalilo. Jasna_VN550060

Kljub temu so razlike v doživljanju in izkušnji rojevanja s carskim rezom razvidne med ženskami, ki »sprejemajo« carski rez, in tistimi, katerih namen ni bil roditi s carskim rezom in nanj niso bile pripravljene. Jasna in Petra sta v carskem rezu videli zaključek poroda. Jasna (VN550060) je ob tem rekla: »[K]o so rekli, da bo carski, se mi je kar odvalilo,« medtem ko je Petra (VN550065) carski rez pospremila z besedami: »To je bila zame rešilna bilka.« Nasprotno pa Klara opisuje:

Jaz sem najprej normalno rojevala, potem pa je šlo vse narobe. [...] Vse se je zakompliciralo, vse je bilo malce prepozno. Imela sem pa veliko psihičnih težav po prvem porodu. Klara_VN550056

Podobna je tudi zgodba Tamare, ki je oba otroka rodila s carskim rezom in razkriva psihične težave, ki jih je imela po njem in so se kazale v težavah z dojenjem ter posledični navezanosti na otroka.

Jaz, recimo, prvega stika niti prvič niti drugič nisem imela. Ga je imel recimo mož. On jih je prvi videl. Dolgo časa sem imela občutek, grdo rečeno, da imam štruco kruha tam, ki jo moram podojiti. S prvim otrokom sem se povezala šele po enem letu in pol. Dejansko, prav tisto materinsko. Tamara_VN550055

Porodne prakse, ki omogočajo čimprejšnji stik z otrokom po carskem rezu, podpora ob prvem stiku (upoštevajoč način anestezije) matere z novorojencem in podpora pri dojenju so se v pripovedih žensk izkazali kot ključni dejavniki za pozitivno porodno izkušnjo po carskem rezu. Porodne prakse, ki čimprejšnji stik matere z novorojencem zavirajo, onemogočajo in ga ne podpirajo, pa so seveda temelj negativne porodne izkušnje.

Rutinizacija in tehnikifikacija porodnih praks

V zapisih zgodb porodne prakse, kot so aplikacija klistirja, britje, vaginalni pregled med porodom ter prakse, povezane z gibanjem, uživanjem hrane in pijače med porodom, pomembno oblikujejo

porodno izkušnjo. K navedenim praksam sodelujoče pridružujejo še stimulacijo oziroma indukcijo poroda, kardiotokografijo (CTG), epiziotomijo kot medicinskotehnični poseg ter metode zdravljenja porodne bolečine.

Porodne zgodbe razkrivajo, da je prevladujoč porodni položaj v prvi in drugi porodni dobi hrbtni položaj. Na možnost svobodnega gibanja in spreminjanja položaja med porodom večinoma vplivajo postavljena medicinska diagnoza (npr. razpok plodovega mehurja), tudi prepričanja in z njimi povezan pristop zdravstvenega osebja (babice) ter nekateri medicinskotehnični posegi in tehnologije, ki spremljajo porod v instituciji.

[V]mes (med porodom, op. a.) sem se tudi obračala, vstati pa nisem smela. [...] Da se ne bi prehitro sprožil porod oziroma da se mi ne bi popkovina zavila. Erika_VN550071

Povedali so mi, da mi je odtekla voda, da se ne smem premikati, in mi je bilo še huje. [...] Iz boka na bok in to je to ... Ne, žoge nisem rabila. So mi rekli, da ne smem vstajati, hoditi, zato ker mi je odtekla voda. Nuša_VN550069

Tudi ležanje na hrbtu. [...] Ti niti ne dovolijo. [...] V drugih bolnicah je mogoče to dovoljeno. Morala sem ležati, tudi če sem hotela na bok, mi niso dovolili. Lea_VN550052

Sem mogla bolj ležati, ja, ker sem bila 'priklopljena' (misli na CTG, op. a.). [...] Ja, samo ko sem rekla, da me tišči na WC. Drugače pa sem bila na postelji. Jasna_VN550060

A tudi v tem pogledu so vidne razlike v porodnih praksah zdravstvenega osebja in pri nekaterih intervjuvankah jasno izrečeno znanje o mehanizmu poroda.

Bilo mi je fajn, da sem lahko vmes tudi malo vstala, tudi če sem morala imeti CTG neprestano gor, ker so spremljali mekonijsko plodovnico, da ne bi bilo kaj narobe. Boljše mi je, da se lahko malo gibaš, med popadki sem se nekam prijela, predihala, tako kot so nas učili v šoli za starše. Vmes sem se morala tudi malo uleči, ko je šlo počasi proti koncu. Mi je pa bilo všeč, da sem lahko malo stala, ker že sama fizika tako nakazuje. Eva_VN550064

Po mnenju sodelujočih sta klistir in britje postala utečeni in samoumevni del priprave na porod. V izvedbi klistirja sodelujoče vidijo prednosti, medtem ko so za britje sramnih dlak nekatere poskrbele same pred odhodom v porodnišnico. Mnoge v klistirju vidijo ohranjanje dostojanstva med porodom in izogibanje sramu v primerih nenadzorovanega odvajanja.

Je izbira ženske, ma, mislim, da ni potrebno, da to odkloni. Ker se mi zdi že iz higienskih razlogov, da je to dobro. Špela_VN550058

Jaz sem prišla že urejena (v mislih ima obrito zunanje spolovilo, op. a.) in me niso potem oni. Če dobiš klistir, si potem bolj sproščen, da ne boš odvajal med porodom. Ana_VN550070

V primerjavi, kako so me strašili s klistirjem, se mi potem ni zdelo. [...] Mogoče si potem bolj sproščen, če veš, da [...] Ne vem. Ajda_VN550047

Podobna praksa, kot sta britje in klistir, je tudi omejevanje uživanja hrane in pijače med porodom. Uživanje hrane se intervjuvankam ne zdi problematično, ker potrebe po hrani med porodom niso čutile, večjo težavo predstavlja omejevanje tekočine.

Voda v malih požirkih bi lahko bila. Po hrani jaz nisem čutila nobene potrebe, po vodi pa ja. Tadeja_VN550059

Vaginalni pregled med porodom, ki je sicer pomemben del poroda, v očeh sodelujočih ni bil problematiziran v taki meri, da bi lahko govorili o ključnem vplivu na oblikovanje porodne izkušnje. Podobno kot pri nekaterih drugih porodnih praksah se kaže, da gre za medicinski poseg, ki je v tem okolju samoumeven in tudi ponotranjen s strani porodnic.

Nekatere ženske odklanjajo vaginalne preglede med porodom. So različni pristopi in želje, kako roditi. Jaz, ko sem prišla, ko je bila tista situacija, sploh nisem razmišljala, da bi rekla ne. Doktor in babica morata pogledati. Ajda_VN550047

Poleg medicinskotehničnih posegov, kot so stimulacija / indukcija poroda in epiziotomija ter spremljajoče tehnologije (npr. CTG), sodelujoče omenjajo tudi prakso vsakokratne vstavitve intravenoznega kanala pred porodom, česar pa ne ocenjujejo negativno. Hkrati tudi ne polemizirajo o smiselnosti stimulacije / indukcije poroda ali kontinuiranega spremljanja s CTG. Dojemajo ga kot varnostni mehanizem in zato postavljajo svobodo gibanja v ozadje. Za nekatere je bilo veliko bolj moteče, da CTG-zapis ni sledil njihovim pričakovanjem, zaradi česar so občutile psihično stisko.

Dali so me na CTG. Rekli so mi, da skoraj nič ne pokaže. 'Voda vam je odtekla, vendar ne kaže nič.' Meni je bilo grozno. Rekli so mi, da ko bo popadek, bom nekaj čutila, vendar nisem čutila nič. Jaz sem to čutila neprestano. Nikjer ni bilo nič napisano. Nuša_VN550069

V porodnih zgodbah težko najdemo lepe spomine na epiziotomijo. Pri sodelujočih, ki so jo imele ob prvem porodu, ob mislih na drugega vzbuja strah in obenem upanje, da je ne bo. Bolečino, ki spremlja epiziotomijo, nekatere vidijo kot del procesa rojevanja in jo vzamejo v zakup.

Jaz bi rekla 'ne' epiziotomiji, če bi vedela, da bo vse v redu. Od vsega skupaj so najbolj boleči šivi, še dosti časa potem se ne moreš usesti. Tudi ko sem v drugo imela epiziotomijo, ni bilo nič lažje, nič boljše. Ker je bil v medenični vstavi, sem vedela, da epiziotomija bo. Tretjič, upam, da ne bo potrebna. To se mi res zdi ... Ajda_VN550047

Zdravljenje porodne bolečine je za pozitivno porodno izkušnjo pomembno, a je v veliki meri odvisno tudi od psihične pripravljenosti porodnice

na porod. V tem pogledu so bile nekatere bolj pripravljene kot druge. V institucionalnem okolju so v ospredju predvsem farmakološke metode zdravljenja, z izstopajočo epiduralno analgezijo, ki je bila pri nekaterih dobro sprejeta, pri drugih manj. Med nefarmakološkimi metodami opazamo masažo, sedenje na žogi, tuširanje in pravilno tehniko dihanja, medtem ko je raba drugih učinkovitih metod / tehnik (npr. zaradi kontinuiranega CTG – priklop elektrod s kabli) omejena.

Prvič sem rodila z epiduralno. Prvič je nisem hotela, potem pa, ko sem bila v porodni sobi sama, je bilo drugače, kot sem si predstavljala. Na koncu sem bila zelo utrujena in sem mislila, da ne bi šlo brez nje. Po porodu pa so bile še migrene. V drugi nosečnosti sem se že doma odločila, da bo šlo brez. Drugič, ko sem bila, mi je babica dala žogo, da sem bila skoraj do konca na njej. Moža je navadila, kako me mora masirati. Poleg žoge sem lahko mirne duše menjala položaj. Ajda_VN550047

Nekaj sodelujočih je v svojih pripovedih omenilo prepričanje, da med porodom niso dobile ustreznega protibolečinskega zdravljenja, zaradi česar je spomin na porod negativen.

Bolečina je grozna, nič me še ni tako bolelo kot to. Proti bolečinam nisem nič dobila. Niso mi dali. So rekli, da bom že zdržala, da bo verjetno hitro. Potem sem prosila, pa je bilo že prepozno. Ni niti delovalo, ker me je močno bolelo. Ana_VN550070

Dve izmed sodelujočih, ki sta rodili s pomočjo carskega reza, sta omenili tudi porodno prakso, ki je spremljala predoperativno pripravo na carski rez: vstavev stalnega urinskega katetra pred anestezijo. Klementina ga je sprejela kot del utečenih procedur predpriprave na operativni poseg in se je postopku povsem prepustila, medtem ko ga je Zala doživela kot neprijeten postopek (obe sta rodili v isti porodnišnici).

Vstavijo ti tudi urinski kateter. Po posegu imaš še en dan kateter. S tem ni nobenega problema. Kar mora biti, pač mora biti, jaz ne kompliciram. Kar imaš za narediti, pa naredi. Klementina_VN550063

Vagina me je zelo pekla (smeh). Šlo mi je prav na jok. Opozorile so me (op. babice), da dajo kateter tik prej, saj je zelo boleče in zoprno. Hodila sem 'kot po jajcih' sem ter tja s tistim katetrom v operacijsko. Zala_VN550066

Ob omembi takšne prakse se postavljata dve vprašanji: zakaj je tako in zakaj vstavev urinskega katetra ni mogoča neposredno pred operativnim posegom oziroma po uvajanju anestezije, s čimer bi bila ženski prihranjena bolečina ob uvajanju in po njem. Zaradi nezadostnih podatkov ni mogoče objektivno sklepati, lahko pa domnevamo, da gre za del tradicije in priročnosti.

Diskusija

Rezultati, pridobljeni ob obravnavi opisanih treh tem, razkrivajo tako izkušnje in spomine žensk, ki

so rodile v institucionalnem okolju, kot okoliščine in umeščenost rojevanja danes. Pri oblikovanju pozitivne porodne izkušnje je ključna podpora zdravstvenega osebja. Rezultati so pokazali, da je podpora zdravstvenega osebja še posebej pomembna ob prvem porodu, ko je doživljanje v primerjavi z naslednjimi porodi najizrazitejše. Intervjuvanke, ki so bile s podporo zdravstvenega osebja, predvsem babic, s katerimi so največ v stiku, nezadovoljne, omenjajo njihovo nezadostno navzočnost ob porodu in posledično neustrezno vzpostavljen medosebni odnos. Nekatere težave skušajo opravičiti s preobremenjenostjo zdravstvenega osebja, medtem ko druge menijo, da bi morala vsaka ženska imeti svojo babico. S tem se na neki način želijo približati modelu kontinuirane babiške oskrbe. Skubic in sodelavke (2014) ugotavljajo, da se je pogled na nosečnost, porod in poporodno obdobje v zadnjih letih spremenil kljub dejstvu, da sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji tega modela ne podpira. Ženske se vse bolj zavedajo, da imajo pravico do izbire načina poroda, vse bolj jasno izražajo nezadovoljstvo z uveljavljenim modelom skrbi in si želijo kontinuirane babiške oskrbe, kar za slovenski prostor ugotavljata tudi Njenjič in Skela-Savič (2011). Tako bi se kakovost medosebnih odnosov pomembno izboljšala, kar je za proces rojevanja osrednjega pomena (Aune, et al., 2012; Dove & Muir-Cochrane, 2014).

Avtonomija odločanja in nezadostno informiranje se kaže kot pomembni prihodnji nalogi zdravstvenih delavcev. Nezadostno informiranje in s tem povezano informirano soglasje sta povezana z organizacijsko kulturo institucije (Behruzi, et al., 2013) in dejstvom, da ženskam niso enako dostopne vse možnosti poroda, niti niso vse odločitve spoznane kot enako odgovorne ali pomembne (Malacrida & Boulton, 2012; Malacrida & Boulton, 2014). Poleg tega ženske sprejemajo odločitve, če so jim omogočeni pogoji zanje, v kompleksni kulturi diskurzov o porodu, ki jo označujejo konkurenčna vedenja in zahteve po »idealnem porodu«. Na eni strani se soočamo s tradicionalnimi medicinskimi pogledi, ki poudarjajo prednosti medikalizacije, tehnologije in menedžmenta tveganja, na drugi strani pa z naravnim ali alternativnim porodom oziroma tezo, da medikalizacija poroda ženskam odvzema nadzor in opolnomočenje ter ju polaga v roke porodničarjev (Malacrida & Boulton, 2012).

Mnoge sodelujoče, ki so rodile s carskim rezom, so slednjega jasno prepoznale kot način rojevanja, ki bi moral biti na razpolago. Vidno je tudi ponotranjenje te želje v povezavi z zunanjimi dejavniki (vpliv drugih porodnih zgodb, medijskih podob, strahu itd.), saj manjši del vprašanih že ob postavljeni medicinski diagnozi v nosečnosti (npr. medenični vstavi) ne razmišlja o drugačnem načinu rojevanja kot o carskem rezu. Ob tem zaradi želje po večji varnosti in predvidenih izidih poroda pogosto ponotranjijo

odločitev za carski rez, ki jo predlaga medicinska avtoriteta; zdi se, da gre za edino možnost, ki prinaša želeni izid. K temu stopnjevanju medikalizacije seveda prispeva tudi dejstvo, da živimo v družbi tveganja. V porodništvu pa tveganja niso bila zgolj dejstva, ki so opredeljevala stopnjo nevarnosti, temveč so postala tudi del izidov poroda, za katere so bile ženske vse bolj odgovorne. Če se porodnice zavedajo tveganj, je treba posledično sprejeti in upoštevati vse ukrepe za njihovo preprečitev (Hammer & Burton-Jeangros, 2013).

Sodelujoče, ki so rodile s carskim rezom, so problematizirale nekatere spremljajoče porodne prakse (npr. urinsko katetrizacijo pred analgezijo). Mnogo bolj pa jih je zmotila praksa, ki onemogoča ustrezno navezovanje s sorojencem po porodu in dojenje, s katerim se vez dodatno utrjuje. Nekatere zaradi carskega reza niso videle otroka tudi več ur po porodu, kar lahko kratkoročno negativno vpliva na odnos z otrokom ali uspešnost laktacije (Bystrova, et al., 2010; Zanardo, et al., 2013).

Med omenjenimi porodnimi praksami so najbolj izpostavljene svoboda gibanja, klistir in britje ter uživanje hrane in pijače. Možnost gibanja je po pripovedi večine bila omejena bodisi zaradi postavljene medicinske diagnoze in s tem povezanih doktrin ravnanja bodisi zaradi uporabljenih aparatov (kontinuirano spremljanje s CTG) ali drugih izvajanih medicinskotehničnih posegov. Razvidno je tudi, da so nekatere prakse tradicionalno prisotne. Zlasti klistir je v očeh sodelujočih prepoznan kot higienska nujnost oziroma način obvarovanja pred iztrebljanjem v pričo tujcev in partnerja. Do uživanja hrane in pijače med porodom porodnice nimajo posebnega odnosa (npr. da bi želele jesti), medtem ko je pitje v nekaterih primerih prepovedano (malo vode po požirkih). Strmec in Hajtnik (2015) v raziskavi, opravljeni v slovenskih porodnišnicah (11 od 14), ugotavljata, da dve porodnišnici omogočata uživanje hrane (ena porodnišnica majhne prigrizke, druga nima omejitev), ena pa ne dovoli uživanja tekočine. Šest jih dovoli uživanje tekočine po požirkih, štiri glede količine ne poznajo omejitev. V treh porodnišnicah lahko ženska, ki rodi s carskim rezom, prvič zaužije hrano po 24 urah, v sedmih vsaj po šestih urah in v eni vsaj po treh urah. Maharaj (2009) v pregledu literature zaključuje, da obstajajo dokazi, ki govorijo v prid pitju tekočin med porodom, medtem ko ni dovolj dokazov, da bi z veliko zanesljivostjo odpravili prepoved uživanja hrane.

Vaginalni pregled kot medicinskotehnični poseg je pri intervjuvankah vzbudil malo pozornosti, podobno kot klistir ali britje. Tiste, ki ga izpostavljajo, menijo, da je doživljanje pregleda odvisno od izvajalca/-ke in njegovega / njenega pristopa. Raziskave (Shepherd & Cheyne, 2013) sicer kažejo, da je pogostnost vaginalnih pregledov višja od števila priporočenih, vendar to ne vpliva na zaznavanje nudene oskrbe. Medicinskotehnični poseg, kot je na primer CTG, se porodicam ni zdel moteč, vendar se je izkazalo, da je

prav CTG eden od dejavnikov, ki onemogoča svobodno gibanje. Že od leta 2000 opazujemo trend zmanjševanja epiziotomije, ki je močno povezana z negativnim doživljanjem, pri čemer se prepletajo strah, bolečina in pomanjkanje avtonomije. Nefarmakološke metode lajšanja porodne bolečine, bodisi kot dopolnitev farmakološkimi bodisi v samostojni rabi, so redke; možnosti zanje se razlikujejo glede na posamezne porodnišnice (Vodušek Fabjan & Kavšek, 2013).

Sekundarna analiza kvalitativnih podatkov ima lahko poleg praktičnih prednosti tudi svoje omejitve, ki se jih je poskušalo zmanjševati že pred pričetkom same analize oziroma upoštevati pri odločanju o uporabi primarnih podatkov. Med njimi izpostavljamo čas, ki je pretekel od primarne raziskave, ter kontekst časa, v katerem so bili podatki zbrani, kar lahko vpliva na interpretacijo. Podobno velja tudi za vključitev raziskovalca v zbiranje primarnih podatkov. Refleksijo med raziskovalcem, sodelujočimi in okoljem je nemogoče poustvariti, ko proučujemo že pridobljene podatke (Tate & Happ, 2018), a povečini v sekundarni analizi kvalitativnih podatkov sodelujejo primarni raziskovalci (Ruggiano & Perry, 2017). Vprašanje omejitev, ki ga pogosto izpostavljajo ob tovrstni metodi, je tudi vprašanje etičnosti in rabe podatkov za drugačne namene od tistih, s katerimi so se strinjali sodelujoči v primarni raziskavi. Obravnavana raziskava v kontekstu sledi primarni raziskavi, vendar se v svojem proučevanju osredotoča le na čas poroda. Pri izvedbi in rokovanju s podatki so bile upoštevane etične smernice in varstvo podatkov (Yin, 2011; Polit & Tatano Beck, 2014) na enak način, kot če bi izvajali primarno raziskavo.

Tematsko je treba v prihodnje raziskovanje vključiti posamezne porodne prakse ter indikatorje stopnje medikalizacije poroda. Pomembno je podrobno proučiti tudi perspektivno zdravstvenih delavcev, vključenih v obporodno skrb, vprašanja profesionalizacije (npr. babištva in vloge babic v odnosu do medicine) ter možnosti vpeljave že predlaganih organizacijskih sprememb v klinično prakso.

Zaključek

Pogledi žensk na porod in porodne prakse so odraz dela zdravstvenih delavcev, družbenih gibanj, medijsko ustvarjenih podob materinstva, ožje socialne mreže in še bi lahko naštevali. Nedvomno je porod družbeno močno zaznamovano dejanje. Razvidno je dejstvo, da živimo v družbi tveganja, kjer je medikalizacija prepoznana kot varno območje za mater in otroka. Vsekakor drži, da medikalizacije ne smemo opredeljevati *a priori* negativno ter jo opisovati kot bolezen in prekletstvo sodobne družbe. Za marsikatero žensko, par ali družino dandanes rojstvo novega življenja brez medikalizacije ne bi bilo mogoče. Nanjo zato ne smemo gledati samo negativno, hkrati pa tudi ne samo pozitivno. V tem kontekstu

tudi proučevanje zgolj porodnih zgodb z negativno izkušnjo ni zadostno, saj odraža le eno plat zgodbe. Če želimo zares razumeti okoliščine poroda in porodne prakse v neki družbi v nekem času, moramo preučiti tako porodne zgodbe žensk s pozitivno kot tudi tistih z negativno porodno izkušnjo.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtor izjavlja, da ni nasprotja interesov. / The author declares that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava (sekundarna analiza podatkov) ni bila finančno podprta. / The study (secondary data analysis) received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Članek je pripravljen v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Avtor je sam zasnoval in izvedel raziskavo ter pripravil članek za objavo. / The author alone conceptualised and performed the study and prepared article for publishing.

Literatura

Aune, I., Dahlberg, M.U. & Ingebrigtsen, O., 2012. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28(4), pp. 432–438.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.006>

PMid:21764190

Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., Fraser, W. & Misago, C., 2013. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, pp. 1–10.

<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-205>

PMid:24215446; PMCID:PMC3835545

Bezenšek, J. & Barle, A., 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Univerza v Mariboru, Medicinska fakulteta: Maribor.

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidson, A.B., Mukhamedrakhimov, R., et al., 2010. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction 1 year later. *Obstetric Anesthesia Digest*, 30(2), pp. 116–117.

<https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000370536.74543.e3>

Christiaens, W. & Van Teijlingen, E., 2009. Four meanings of medicalization: childbirth as a case study. *Salute e societa*, 8(2), pp. 123–142.

Conrad, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), pp. 209–232.

<https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>

Conrad, P., 2005. The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), pp. 3–14.

Conrad, P., 2007. *The Medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore.

Conrad, P. & Barker, K.K., 2010. The Social construction of illness: key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl 1), pp. S67–S79.

<https://doi.org/10.1177/0022146510383495>

PMid:20943584

Correia, T., 2017. Revisiting medicalization: a critique of the assumptions of what counts as medical knowledge. *Frontiers in Sociology*, 2(14). Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fsoc.2017.00014> [14. 11. 2018].

Davis, J., 2006. How medicalization lost its way. *Society*, 43(6), pp. 51–56.

<https://doi.org/10.1007/BF02698486>

Davis, J.E., 2010. Medicalization, social control, and the relief of suffering. In: W.C. Cockerham, ed. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden: Wiley-Blackwell, pp. 211–241.

PMid:20679093; PMCID:PMC3002238

Dove, S. & Muir-Cochrane, E., 2014. Being safe practitioners and safe mothers: a critical ethnography of continuity of care midwifery in Australia. *Midwifery*, 30(10), pp. 1063–1072.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.016>

PMid:24462189

Hammer, R.P. & Burton-Jeangros, C., 2013. Tensions around risks in pregnancy: a typology of women's experiences of surveillance medicine. *Social Science Medicine*, 93, pp. 55–63.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.033>

PMid:23906121

Healy, S., Humphreys, E. & Kennedy, C., 2017. A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women and Birth*, 30(5), pp. 367–375.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.02.005>

PMid:28279637

Hislop, J. & Arber, S., 2003. Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization. *Sociology of Health & Illness*, 25(7), pp. 815–837.

<https://doi.org/10.1046/j.1467-9566.2003.00371.x>

PMid:19774748

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Long-Suthehall, T., Sque, M. & Addington-Hall, J., 2010. Secondary analysis of qualitative data: a valuable method for exploring sensitive issues with an elusive population. *Journal of Research in Nursing*, 16(4), pp. 335–344.
<https://doi.org/10.1177/1744987110381553>

Lupton, D., 2003. *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. Sage: London.

Maharaj, D., 2009. Eating and drinking in labor: should it be allowed. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 146(1), pp. 3–7.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.04.019>
PMid:19428169

Malacrida, C. & Boulton, T., 2012. Women's Perceptions of Childbirth "Choices": competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. *Gender & Society*, 26(5), pp. 748–772.
<https://doi.org/10.1177/0891243212452630>

Malacrida, C. & Boulton, T., 2014. The best laid plans: women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, 18(1), pp. 41–59.
<https://doi.org/10.1177/1363459313476964>
PMid:23426792

Maturo, A., 2012. Medicalization: current concept and future directions in a Bionic Society. *Mens Sana Monographs*, 10(1), pp. 122–133.
<https://doi.org/10.4103/0973-1229.91587>
PMid:22654387; PMCID:PMC3353591

Njenjić, G. & Skela-Savič, B., 2011. Koncept kontinuirane babiške skrbi: percepcija in vedenje nosečnic. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(2), pp. 83–91. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2815> [5. 1. 2019].

Polit, D.F. & Tatano Beck, C., 2014. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Prosen, M., 2014. Vpetost zdravja žensk v kolesje medikalizacije. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravstvu: zbornik prispevkov z recenzijo. Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31.1.2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 93–100.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Prosen, M., 2016. *Medikalizacija nosečnosti in poroda kot družbena konstrukcija: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta.

Prosen, M. & Tavčar Kranjc, M., 2013. Sociological conceptualization of the medicalization of pregnancy and childbirth: the implications in Slovenia. *Revija za sociologiju*, 43(3), pp. 251–272.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Prosen, M. & Tavčar Kranjc, M., 2018. Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women and Birth*, 32(2), pp. e173–e181.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.018>

Riegel, B. & Dickson, V.V., 2016. A qualitative secondary data analysis of intentional and unintentional medication nonadherence in adults with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 45(6), pp. 468–474.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.08.003>
PMid:27595910

Riessman, C.K., 1983. Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy*, 14(1), pp. 3–18.
PMid:10264493

Ruggiano, N. & Perry, T.E., 2017. Conducting secondary analysis of qualitative data: should we, can we, and how. *Qualitative Social Work*. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1473325017700701> [12. 11. 2018].

Shepherd, A. & Cheyne, H., 2013. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth*, 26(1), pp. 49–54.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.02.001>
PMid:22397830

Skubic, M., Petročnik, P., Mivšek, A.P., Jug Došler, A., Stanek Zidarič, T. & Škodič Zakšek, T., 2014. Kontinuirana babiška obravnava: prihodnost za zdravje žensk in njihovih družin. In: T. Štemberger Kolnik, D. Ravnik, K. Babnik & M. Bulič, eds. *Zdravstvena nega v javnem zdravstvu: zbornik prispevkov z recenzijo. Druga znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 31.1.2014*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 107–111.

Stanek Zidarič, T., Mivšek, A.P., Skubic, M. & Zakšek, T., 2011. Kontinuirana babiška skrb: predstavitev projekta Oddelka za babištvo Zdravstvene fakultete Ljubljana in Mestne občine Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(5), pp. 141–145. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/2826> [5. 7. 2018].

Strmec, B. & Hajtnik, K., 2015. Hranjenje in pitje med porodom: pregled priporočil in stanja v Sloveniji. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & D. Klemenc, eds. *Z optimalnimi viri do učinkovite zdravstvene in babiške nege: zbornik prispevkov z recenzijo, 10. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 11. in 12. maj 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Ljubljana, pp. 446–456.

Tate, J.A. & Happ, M.B., 2018. Qualitative secondary analysis: a case exemplar. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(3), pp. 308–312.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2017.09.007>
PMid:29254902

Vodušek Fabjan, V. & Kavšek, G., 2013. Delivery. In: I. Verdenik, Ž. Antolič Novak & J. Zupan, eds. *Perinatologia Slovenica II: pregled slovenskih perinatalnih rezultatov za obdobje 2002-11*. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, Klinični oddelek za perinatologijo, pp. 59–71.

White, K., 2009. *An introduction to the sociology of health and illness*. Sage: London.

Williams, S.J., Gabe, J. & Davis, P., 2008. The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), pp. 813–824.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x>
PMid:18761505

World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. Available at:
<http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> [1. 9. 2016].

Wray, S. & Deery, R., 2008. The Medicalization of Body size and women's healthcare. *Health Care for Women International*, 29(3), pp. 227–243.
<https://doi.org/10.1080/07399330701738291>
PMid:18350426

Yin, R.K., 2011. *Qualitative research from start to finish*. The Guilford Press: New York.

Zanardo, V., Canella, A., Maone, R. & Straface, G., 2013. Bonding and breastfeeding after a cesarean delivery. *Early Human Development*, 89(Suppl 4), pp. S56–S57.
[https://doi.org/10.1016/S0378-3782\(13\)70100-2](https://doi.org/10.1016/S0378-3782(13)70100-2)

Citirajte kot / Cite as:

Prosen, M., 2019. Vpliv porodnih praks na porodno izkušnjo v institucionalni oskrbi: sekundarna analiza kvalitativnih podatkov. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), 288–299. <https://doi.org/10.14528/snr.2019.53.4.2956>