

VODIČ ZA
PRIRODNI POROĐAJ

Naslov originala:
Ina May's Guide to Childbirth
by Ina May Gaskin

Prevod:
dr Petar Udovičić

Izdavač:
RM Press

Distribucija:
065/415-765 (BiH)
060/022-8926 (Srbija)

Ina Mej Gaskin

**Vodič za
prirodni poradaj**

Sadržaj

- Poziv za čitanje	7
Prvi deo: Osnove porađanja	13
- Predgovor	15
1. Moćna veza uma i tela	18
2. Šta se dešava pri porođaju	29
3. Zagonetka bola i zadovoljstva	36
4. Pravilo Sfinktera	55
5. Šta je sve potrebno da znate o trudnoći i preporođajnoj negi	73
6. Ulazak u period trudova	97
7. Porođaj: Slobodno menjajte položaj, dopustite gravitaciji da radi za vas	122
8. Zaboravljene snage vagine i epiziotomija	148
9. Treća faza napona	159
10. Kriterijumi u babičenju	165
11. Šta najmanje očekujete kada očekujete	176
12. Vaginalni porođaj nakon carskog reza (VBAC)	199
13. Odabir negovatelja	211
14. Vizija za babice i majke u 21. veku	218
Drugi deo: Porođajne priče	225

Poziv za čitanje

Koji god bili vaši razlozi za uzimanje ove knjige, pozdravljam vašu radoznamost i vašu želju da znate više o procesu porađanja. Što se tiče onih koji su trudni, posebno sam ih imala na umu tokom pisanja ove knjige.

Smatrajte ovo pozivom da naučite o stvarnim kapacitetima ženskog tela tokom naprezanja i rađanja. Ne govorim o kratkom sadržaju trenutnih medicinskih znanja prevedenih sa stručnog na narodni jezik. Toga možete dosta naći u knjižarama. Ono što podrazumevam pod stvarnim kapacitetima ženskog tela je ono što su žene zaista doživele, bilo da je priznato od medicinskih autoriteta ili ne. Ja to najvernije znanje o ženskom telu vidim kao kombinaciju onog najboljeg što je medicinska nauka pružala tokom prošlog veka ili i onog što su žene oduvek mogle naučiti o sebi do konačnog premeštaja u bolnicu na porođaj. Svrha ove knjige je da vam pruži najbolje informacije trenutno dostupne o ženskim kapacitetima pri naprezanju i porođaju, kao i da vam pokaže kako se ova dva mogu spojiti sa najboljim korišćenjem moderne porodiljske tehnologije. Moja namera je da Vas ohrabrim i informišem.

Bila sam babica više od tri decenije. Živim u selu u SAD-u u kojem žene i devojke imaju malo ili uopšte nemaju straha od porođaja. Moje kolege i ja, prisustvovali smo na preko 2.200 porođaja, od kojih je najviše njih bilo u roditeljskim domovima ili u našem porodiljskom centru. Rad na ovaj način mi je omogućio da naučim stvari o ženama koje nisu uopšte poznate u svetu medicinskog obrazovanja. Nije lako reći da li žene u mom selu poseduju manje straha od rađanja zbog toga što mi znamo da naše sposobnosti idu dalje od medicinskih shvatanja ili zato

sto su naše sposobnosti veće kada ne postoji strepnja. Zapravo je oboje tačno.

Selo se zove Farma, i nalazi se u južnom Tenesiju, blizu Samer-tauna. Moj muž i ja, zajedno sa još nekoliko stotina drugih, osnovali smo ga 1971, i tamo i dalje živimo i radimo. Jedna od posebnih stvari u našoj zajednici je ta što se od njenog početka, muškarci nisu mešali u žensku želju da organizuju naš sopstveni sistem porodiljske nege. Istovremeno, muškarci su pružali dosta podrške i tehnološke stručnosti da učine naš posao lako prihatljivim i dostupnim. Nikada nisu uslovljavali gde i kako će se bebe rađati.

Dopustite da pojasnim šta mislim o strahu i rađanju u našem selu. Ne smatram da ove žene u mom selu nisu nikad doživele nekoliko minuta strepnje u vezi sa izgledima porođaja ili se zapitale: „Hoću li biti sposobna da ispunim ovaj naizgled nemoguć čin?“ Sigurna sam da su mnogi od nas razmišljali o ovome s vremenom na vreme. U biti, sve žene razmišljaju o tome. Na kraju krajeva, mnogim ljudima koji odrastaju u civilizovanim kulturama – posebno onim u kojim ljudi žive totalno odvojeni od životinja – nije odmah jasno kako se dešava porođaj. Kada se takvi momenti dvojbe dese ženama u mom selu, one su u mogućnosti da se osalone na sigurno znanje da su njihovi najbliži prijatelji, sestre i majke bili sposobni da to urade. Ovo znanje čini mogućim za njih da veruju da one to mogu – bez obzira da li su ili nisu ikad prisustvovale aktu rađanja. Žene u našem selu su ponovo poučene i postale su vrlo uspešne u tipovima ženskog ponašanja kojima žene civilizovanih kultura nisu dobro poučene. Ta ponašanja su daleko od tipičnog medicinskog poimanja ženskog tela i rađanja.

Moja iskustva kao babice naučila su me da ženska tela i dalje funkcionišu. Ovo je vaša šansa da čujete novo shvatanje starog znanja koje možete dodati vašim osnovnim znanjima o rađanju. Gde god i kako god nameravali da se porodite, vaše iskustvo će uticati na vaše emocije, vaš um, vaše telo, i vaš duh do kraja vašeg života.

Žene u mom selu očekuju vaginalne porođaje, i to je slučaj sa svima sem jedne ili dve u stotinu. Da, nekada moramo da odvedemo ženu u bolnicu na carski rez ili porođaj uz pomoć instrumenata, ali takve intervencije su relativno retke kod žena koje se porađaju kod kuće u našem selu. (Carski rez kod nas do 2000. godine bio je 1.4%; naši poduhvati sa medicinskim kleštima i vakumskim ekstraktorom bili su 0,05%. U Velikoj Britaniji carski rez u 2001. je bio 24.4%, a porođaj uz pomoć instrumenata oko 10%). Žene u našem selu znaju da porođaj može biti bolan, ali mnoge znaju da porođaji mogu biti i zanosni – čak i orgazmični. Povrh svega, bez obzira da li su doživele porođaj bolnim, ženama je on veoma energičan događaj.

Da li ste ikada čuli nekog da govori pozitivno o porođaju? Ako niste, niste sami. Jedna od najbolje čuvanih tajni u kulturi Severne Amerike je ta da porođaj može biti zanosan i ojačavajući. Ekstatičan porođaj daje moć i mudrost ženi koja ga doživi, što ćete otkriti iz mnogih priča sadržanih ovde. Čak i kad žene iz mog sela osete bol pri rađanju, razumeju da postoje načini činjenja senzacija pri porađanju tolerantnim, pri kojima nema potrebe za otupljivanjem osećaja lekovima. One znaju da je bolje da održe svoja čula budnim ako žele da iskuse pravu mudrost i moć koje napon i rađanje nude.

U drugom delu ove knjige čućete žene kako pričaju priče o svojim porođajima. Neke od priča ispričale su starije generacije koje su zajedno stvorile kulturu o porađanju u našem selu; druge su ispričale njihove kćeri i snaje koje su odrasle u okviru ove kulture ili čiji su partneri odrasli u njoj. Nekoliko su ispričale žene koje su rođene kod kuće i odrasle uz našu kulturu o rađanju, i koje su se porodile uz pomoć ostalih babica. Druge priče su od onih žena koje su odlučile da imaju udela u našoj kulturi porađanja porađajući se u našem porodiljskom centru. Ako ste trudni ili planirate trudnoću u skoroj budućnosti, možda ćete želeti da pročitate ove priče više puta da biste osnažili svoj duh i pripremili ga za porođaj.

Moja prva kniga „Duhovno babičenje“ (Spiritual Midwifery) bila je jedna od prvih severnoameričkih knjiga o akušerstvu i porađanju kada je prvi tiraž objavljen 1975. Prodato je više od pola miliona primeraka i prevedeno na nekoliko jezika, predstavljajući me ne samo generaciji trudnih žena i njihovih partnera, nego i iznenađujućem broju doktora i drugih profesionalaca takođe. U nekim državama, knjiga je postala deo udžbenika za akušerske škole. U nekoliko država, doktori su mi rekli da je čitaju da bi se oporavili od nekih zastrašujućih aspekata njihove obuke akušerstva kojih ima više. Počela sam da se srećem sa grupom doktora koji su sebe predstavljavi kao „Prerušene babice“ (Midwives in Disguise, MDs). Zbog knjige i podataka u njoj, pozvana sam da putujem po celom svetu i podelim rezultate mojih kolega i moj rad sa profesionalcima u toj oblasti i ženama iz mnogih različitih država i kultura. Ovo iskustvo dozvolilo mi je da dobro osmotrim rađanje i materinstvo, i uporedim ga sa izvesnim akušerskim tehnikama i navikama koje su ukorenjene u određenim zemljama i zapravo rade protiv najdelotvornije funkcije ženskog tela. Moje iskustvo me je takođe naučilo koliko je neophodna uloga babice u svakoj zajednici i kako je važno da njihova profesija ostane nezavisna od akušerstva, ali uvek u mogućnosti da sarađuje sa akušerima u srazmerno retkim slučajevima kada je potreba za tim veća.

Ne tako davno jedan moj akušer poznanik je komentarisao: „Dve najinteresantnije strane u knjizi ‘Duhovno babičenje’ su poslednje dve.“ Mislio je na strane na kojima su izveštaji o porođajima u našem selu. Rekao je: „Morate objasniti kako ste mogli to izvesti, tako da bismo mi koji radimo u bolnicama mogli vašu tehniku pripojiti onome što mi radimo.“ Prvi deo knjige je namenjen njemu i svakome ko želi da zna zašto je kultura rađanja u našem selu imala toliko uspeha. Ja objašnjavam vodeće principe koji obuhvataju i definiju naš rad i predlažem tehnike koje se mogu prenesti iz kuće u bolnicu.

U prvom delu knjige, objašnjavam u detalje zašto ima toliko misterije oko funkcionisanja ženskog tela pri rađanju i kako smo mi u našem selu bili u mogućnosti da uklonimo dobar deo te misterije i preokrenemo ga u korisno znanje pristupačno svima u našem društvu. Objašnjavam zašto postoji tako širok assortiman iskustava u porađanju i zašto može postojati toliko razlaznih tumačenja o tome šta je sigurno, a šta ne pri istom. Za sve to postoji logično objašnjenje. Isto tako i za bol pri porađanju: u prvom delu knjige, sežem duboko u to kako porođaj može biti bolan – čak orgazmičan – ili, češće u civilizovanim kulturama, kao najintenzivnija vrsta bola. Saznaćete da ženska materica pri napinjanju može da se zatvori kao i da se otvori, a takođe i o uslovima koji najverovatnije usporavaju tok porođaja. Pročitaćete o nekim praktičnim načinima kako da učinite da sekualnost porođaja bude vama u korist.

Kao dodatak, prvi deo obuhvata i pregled vežbi i postupaka koje možete naći u američkim bolnicama, zajedno sa vodičem za one koji su bazirani na čvrstim naučnim dokazima i onim koji to nisu.

Porađanje je tako povezano sa životom – tako slično – da izbori koji ga okružuju često budu ostavljeni slučajnosti. Mi pokušavamo da radimo što i svi drugi, prepostavljajući da je to najbolje. Živeći u tehnološkom društvu, pokušavamo da mislimo da najbolje jeste i najskuplje. Ovo je uglavnom istina, bilo da govorimo o mobilnim telefonima, kamerama, automobilima ili kompjuterima. Kada je o porađanju reč, nije bezuslovno tako.

Ina Mej Gaskin



Moje kolege i ja. S leva na desno: Džoen Santana, CPM; Debora Flauers, CPM; Pamela Hant, CPM; Ina Mej Gaskin, CPM; Kerol Nelson, CPM; i Šeron Vels, CPM.

(CPM eng. – Certified Professional Midwife – sertifikovana profesionalna babica.)

Naše selo poseduje školu, kliniku, vodovodni sistem, proizvodi hranu, i ima nekoliko preduzeća i malu fabriku.

Prvi deo

OSNOVE PORAĐANJA

Predgovor

Ne mora se ni reći da se priče o porođajima, u drugom delu knjige, razlikuju od onih kod mnogih savremenih žena. Uopšteno, priče su vrlo pozitivne; ima mnogo priča o radosti, ekstazi i ispunjenju. Ove priče ne opisuju uobičajene odnose u korišćenju klješta, vakumskog ekstraktora ili carskog reza koji se primenjuju pri ovakvim intervencijama. (Za žene koje su se porodile u našem seoskom Centru za porađanje, stopa takvih intervencija bila je niža od 2%. U odnosu na to stopa u SAD je bar 30 do 40% kod porođenih žena.)

Ovi porođaji su se u najvećem broju desili u malim porođajnim centrima ili kod kuće, i broj babica koje su prisustvovalе većini njih daleko je veći nego što je uobičajeno za SAD. Nakon što su vam date ove razlike, možda se pitate da li ove priče, i celokupno iskustvo žena čiji su se porođaji dogodili uz prisustvo mojih kolega i mene, mogu biti od ikakvog značaja za vas.

Da su ove žene, koje su podelile svoje priče o porođajima, posebna bića, odgovor bi bio „ne“. Ali ako je istina da su te žene mnogo nalik ostalim ženama u SAD-u po sopstvenim fizičkim sposobnostima – u šta sam ja sigurna da jeste slučaj – onda naša iskustva zaista imaju šta da pouče. Zajedno sa pričama, imamo i lekcije koje i vas mogu osnažiti, da se porodite bez tehnološke intervencije, gde god odlučite da se porodite. Ali, porođaj je u našem društvenom kontekstu donekle previše iskomplikovan, pružajući kolekciju široko prihvaćenih mitova o ovom fiziološkom aktu. Suprotno mitu, na primer, prave fizičke karakteristike retko kad se mešaju sa sposobnostima za rađanje. Drugim rečima, vaša karlica je verovatno dovoljno velika za vaginalni porođaj. Kod skoro svake žene jeste. Mentalno ponašanje i emocije, u drugu

ruku, povezane su sa sposobnošću za rađanje mnogo više nego što se podrazumeva.

Ovaj deo knjige objašnjava kako smo mi u našem Centru za kućno porađanje bili u mogućnosti (sa dobrom i povremenom pomoći različitih doktora, bolnica, i članova društva) da postigne odlične rezultate, od samog početka, kada moje kolege i ja nismo imali iskustva. Pre nego što je prvi carski rez bio potreban, 186 beba je rođeno (187. beba je ležala bočno i nije mogla da se okrene). Drugi carski rez bio je potreban kod 394. porođaja. Zabeležili smo ove upadljivo niske stope intervencija bez dovođenja u opasnost žena i dece.

Razlog što su statistike našeg Centra za kućno porađanje (vidi Dodatak A) tako dobre je to što smo mi kao zajednica uspeli da ispravno uradimo mnoge stvari koje su mogle da se urade dobro ili loše. Bili smo u pravu pre nego što smo pročitali bilo kakvo istraživanje. A što više radite stvari koje su ispravne, to one izazivaju bolji efekat. Neke od njih nekome mogu izgledati beznačajno. Šta? - Pomoći pri porođaju ženama? Zdravo ih hraniti? Samo ih pustiti da spavaju? Čekati da im počnu trudovi? Ne plašiti ih? Ipak kombinacija ovih jednostavnih stvari je ona koja vodi do iskustva koje čini odmorne, srećne, majke pune entuzijazma i zdravije bebe. Da, i dalje su nam potrebne bolnice i akušeri, ali statistike iz našeg Centra pokazuju koliko retko je to potrebno među zdravim ženama koje su dobro pripremljene za porođaj. Prvi deo knjige, takođe, objašnjava na koje šablone ste u mogućnosti da najđete u bolničkim porodiljskim sobama koji mogu uticati na porođaj i kako ovo može da utiče na normalan fiziološki proces.

Ukazujem na važnost našeg ispravnog obavljanja stvari od početka zato što to ukazuje na bitnu istinu o porađanju: Rađanje je normalan fiziološki proces. Ni u koje područje nauke, sem u babičenje, moji partneri i ja nismo mogli da uđemo kao amateri, oslonjeni na naše obrazovanje, a da uspemo sigurno dobiti rezultate koji nadmašuju one kod medicinskih profesionalaca u bol-

nicama sa svom modernom tehnologijom. Na ovaj način nismo mogli postati zubari ili hirurzi. Delim svoje iskustvo u babičenju da vas ohrabrim i informišem.

Važno je imati na umu to da naša tela sigurno funkcionišu vrlo dobro, u suprotnom, ne bi bilo toliko ljudskih bića na ovom svetu.

Informacije u ovoj knjizi su posebne zato što ih je otkrila grupa žena koje su kolektivno došle do zaključka da je razvijanje ženskog stila majčinske nege učinilo mogućim da se saznaju stvari o urođenoj fiziologiji o kojima nikada nisu ništa čule.

1. poglavlje

Moćna veza uma i tela

Da li obično razmišljate o svom umu i telu kao o odvojenim stvarima? Ako razmišljate tako, onda ste poput žena odraslih u zapadnim kulturama. Od najranijih dana života, bombardovani smo porukama koje nas uče da mislimo da naše misli i osećanja nemaju važnosti u funkcionisanju naših tela. Na isti način, zapadna medicina prepostavlja odvojenost uma i tela. Misli i osećanja se smatraju beznačajnim za fizičko zdravlje. Kada nešto pođe po zlu sa telom, naša kultura nas uči da su farmaceutski lekovi ili hirurški zahvati neophodni.

Dosta ispitivan placebo efekat je poznati izuzetak medicinske filozofije koja um predstavlja nevažnim u odnosu na telo. Ovaj fenomen se događa kada se pacijentu da „lek“ koji je u stvari šećerna pilula, ali u kojem pacijent misli da se nalazi neki lekoviti činilac. Neki ljudi kojima se da takva pilula iskuse totalno izlečenje onog od čega su bolovali. U ovakvim slučajevima, čovekov um je uveren da će se pomoći toga oporaviti. Placebo je način varanja ljudi da bi pozitivno mislili. Bez obzira što medicinska kultura odobrava placebo efekat, pravoverne medicinske teorije o trudovima i porađanju uglavnom malo obraćaju pažnju na intimnu povezanost uma i tela.

Dva od prvih deset porođaja na kojima sam prisustvovala naučila su me kako moćna veza uma i tela može biti tokom porađanja. Prvih osam žena imale su porođaje onako kako su i opisani u medicinskim i udžbenicima za babičenje. Kontrakcije su počinjale, i ženski cerviks (kružni otvor na donjem kraju materice – grlić materice) konstantno se širio. Ipak, u ova dva slučaja, nakon

otvaranja za sedam centimetara (deset centimetara je potpuna mogućnost širenja), grlić materice je ostajao zgrčen nekoliko sati, bez obzira koliko je polako i duboko disala, bez obzira na to kako je prihvatala kontrakcije. Ni u jednom slučaju grlić nije bio drugačiji od grlića ostalih žena, ali jasno je da se svaki drugačije po-našao. Pitala sam se zašto, ali moji udžbenici nisu nudili naznake mogućeg uzroka.

U prvom slučaju, poseta bliske prijateljice porodilji napravila je razliku u samom toku trudova. Pošto je pozvana u porođajnu salu, pitala je: „Da li vam je porodilja već rekla za majku?“ Moje telo je podrhtavalо dok sam slušala ove rečи. Tada sam saznala da je porodilja bila usvojena i poverila se svojoj prijateljici da je odrasla bojeći se da je njena biološka majka umrla na porođaju. Bilo ju je izgleda isuviše sramota ili daleko od toga da bi rekla i priznala da se plašila umiranja ako se prepusti procesu porođanja. Jednom kada je ovako dubok strah bio spomenut naglas, njen grlić se opustio i ispoljio sposobnosti za koje se ranije nije mislilo da poseduje. To je bilo neposredno pre nego što se potpuno raširio. Zdrava beba je rođena u naredna dva sata nakon pominjanja tajnog straha i oslobođenja od njega. Bila sam poprično impresionirana saznanjem da je neizrečena, užasna misao mogla tako jako izmeniti sposobnost ženskog tela da izvrši normalnu fizičku funkciju. U isto vreme, bila sam očarana spoznjom da verbalno rešenje za takvu situaciju može da ukloni bilo kakvu potrebu za lekovima, mehaničkim intervencijama ili operacijom.

U drugom slučaju, porodiljin grlić se takođe širio sedam centimetara, a zatim na tome ostajao više od jednog dana, bez obzira na jake trudove. Kao i žena spomenuta gore, ovo joj je bila prva beba i bila je srećna zbog svoje trudnoće. Bila sam sigurna da se ova žena ne boji umiranja na porođaju, pa sam bila zbumjena njenim nedostatkom napretka toliko dugo. Nakon mnogo sati neuspešnog napinjanja, pitala sam je da li je nešto brine. Na moje iznenađenje, odgovorila mi je pozitivno. Njen um se sećao njenih bračnih obećanja koje su njen muž i ona napisali za tu ce-

remoniju nekoliko meseci pre. Želela je da u njih uključi obećanja na doživotnu posvećenost, dok je on bio nerad da ide tako daleko. Pošto mi je rekla to, osetila sam identično podrhtavanje svoga tela kao u prethodnom sučaju.

Ne znajući šta drugo da uradim, odlučila sam da se konsultujem sa svojim mužem, koji je bio prijatelj ove žene. Ponudio je da pruži bračnom paru priliku da ponove bračna obećanja koja bi uključivala obećanje „dok nas smrt ne rastavi“. Kada sam ih pitala da li bi to uradili, složili su se. Između kontrakcija, ponovili su ova dodatna obećanja, i u roku od dva sata njihov zdrav sin se rodio.

Nikada nisam zaboravila ove porođaje. Moja sećanja na prvih nekoliko stotina porođaja kojima sam prisustvovala su posebno slikovita, a ova dva su među prvima. Razlog što su uklesana tako duboko u mojoj memoriji je taj što su me ova dva naučila nešto vrlo dragoceno što nisam ranije shvatila. Saznala sam da prave reči izrečene mogu nekad opustiti karlične mišiće otpuštanjem emocija koje efektno blokiraju dalje napredovanje trudova.

Drugi porođaj kojem sam prisustvovala nekoliko godina kasnije je posebno vredan pamćenja zato što me je naučio koliko blisko koordinisani ženski um i telo mogu biti tokom porađanja. Putovala sam sa porodicom i prijateljima, i ukratko, desilo se da sam bila u gradu gde je moja prijateljica trebalo da se porodi. Njena prva beba se rodila kod kuće, uz prisustvo mojih kolega. i drugu bebu bi rodila kod kuće, da beba nije bila u opasnosti da se rodi nekoliko sedmica ranije. Saznala je da bolnica za visoko rizične trudnoće u njenom gradu prati istraživanja novih lečenja da bi sprečila prevremeni porođaj. Uključivanjem u ovo istraživanje, babica je mogla prisustovati porođaju, ali bi porođaj morao da se desi u bolnici, čak iako bi porođaj bio na vreme, kao što jeste.

Na moje iznenađenje, bila sam pozvana u bolnicu kada je ovoj ženi počeo porođaj. Nisam bila sigurna šta se od mene očekivalo dok sam hodala širokim hodnicima ove potpuno nove bolnice sa

njenim blistavim podovima i porođajnim krevetima najnovije tehnologije. Nakon što sam ušla u porodiljsku sobu, videla sam veliku zelenu tablu na zidu, na kojoj je bio spisak imena svih žena koje su tu, broj njihove sobe, i koliko su grlići bili otvoreni. Iznenada, glasan alarm se oglasio, i ljudi su počeli juriti u svim pravcima. Medicinska sestra je pritrčala tabli i napisala reč „Ispunjeno“ u širokoj koloni pored imena jedne žene, pošto je dalje niz hol doktor sa nekoliko medicinskih sestara ušao u sobu žene koja se upravo porađala.

Kada sam stigla do bolničke sobe ove žene, njeni se babica predstavila i tiho me pozvala unutra. Informisala me je da je smatrala predstojeći porođaj šansom da pruži svom klijentu šta je ova najviše htela – da me pusti da prisustvujem njenom porođaju kao njena babica – i u isto vreme kako bi ona sama mogla da bude svedok „kućnom porođaju“. Brzo je objasnila da joj njeni obuka za babicu nije pružala mogućnost posmatranja porođaja ni na kojem mestu sem u bolnici, dodajući da je bila prisutna kada je njeni keruši oštenila mlade. Dok je govorila, prišla je vratima i pokazala mi predmet u sobi koji nisam primetila: bravu, koja je bila postavljena da osigura žene koje su u procesu porađanja od neželjenih uznemiravanja. Okrenula ju je. Tako smo bile sigurne znajući da uljezi ili radoznalo osoblje neće ometati mirnu atmosferu koju smo hteli postići u ovoj velikoj regionalnoj bolnici za visoke rizike.*

Dona je osetila takvo olakšanje što će se njen plan, i plan njenе medicinske sestre obistiniti, pa se zahvalno osmehivala tokom celog porođaja. Nakon nekog vremena proverila sam joj unutrašnjost da vidim koliko joj je grlić otvoren. Rekla je: „Samo želim da se otvorim i pustim bebu napolje.“ Pošto je rekla ove reči, njen grlić se otvorio za još dva centimetra pod mojim prstima. Sada sam primetila ponašanje koje nisam pre nikada videla, pošto nisam nikad čula ženu kako iskazuje želju da se otvori njen grlić u trenutku kad sam ga ja proveravala i mogla da potvrdim da se to zaista i dešava. Fantastično, pomislila sam, biti

u mogućnosti reći sam svom telu tačno ono što želite da se dogodi i da to bude ispunjeno. Pitala sam se da li bih ja mogla to uraditi. Ne mnogo kasnije, Dona je stavila svoju bebu devojčicu u moje ruke. Sem dva para rukavica, pritegača za vrpcu, makaze za rezanje vrpce, i prekrivača, nismo imali potrebu ni za jednom od mnogih stvari koje su namenjene korišćenju za vreme porođaja. Dona je imala „kućni porođaj“ u bolnici, a jedna bolnička babica je imala novo mišljenje o tome kakav porođaj može biti kada se odvija u prostoru gde smirenost i poverenje vladaju umesto nespokojstvo i strah.

Nekoliko godina kasnije, bila sam u Edinburgu, Škotskoj, obraćajući se grupi babica i majki. Upravo sam ispričala priču o mojoj prijateljici čiji se grlić otvorio kada je ona to poželela na glas. Jedna žena u podnožju sale za sastanke privukla je moju pažnju sa ozarenim izrazom lica dok me je slušala, želeta je da podeli svoje iskustvo sa prvim detetom. Sedela je na svom krevetu u prvoj fazi porođaja (tokom koje se grlić otvarao), u naručju svog supruga. Šapnuo joj je na uvo: „Divna si!“ i sigurna je da je osetila kako se njen grlić otvorio nakon što je čula te reči.

„Molim te, reci to ponovo!“ rekla mu je.

Ponovio je reči, i ponovo je osetila širenje grlića.

„Znam da ćete pomisliti da sam luda,“ rekla je, obraćajući se svom suprugu i babici, „ali da li bi nastavio to da izgovaraš?“ Suprug se pridružio babici, i nastavio govoriti. Uskoro, njen grlić je bio potpuno otoren i rodila je svoju bebu.

Mislim da su se svi u sali osećali blagosloveno pošto su čuli ovu predivnu priču o mogućnostima kada se ženska i muška energija udruže na moćan i divan način. Ono što najviše volim u tim pričama je moć koju poseduju da nas nauče o mogućnostima koje nam bez njih ne bi pale na pamet. Šta može više da olakša brigu budućem ocu nego znanje da njegove reči ljubavi, njegovu suprugu mogu osnažiti i učiniti njen porođaj lakšim - čak do te tačke da to nekad može prerasti u ekstazu?

Drugi slučaj u kojem je jasna povezanost uma i tela može se desiti odmah nakon porođaja i odvajanja placente od zida materice. Ponekad se ženska materica ne skuplja dovoljno da bi se zaustavilo krvarenje iz mesta gde je placenta bila pričvršćena. U ovakvim slučajevima, lekovi ili trave se najčešće koriste da bi stimulisale jače kontrakcije (grčenje) kako bi se zaustavilo krvarenje. Ponekad su, ipak, reči dovoljne. Nekoliko puta sam rekla mladoj majci da prestane da krvari, i ona je prestala.

Loše okruženje može da uspori ili unazadi porođaj

Ako je ijedan telesni proces ikada zahtevaо maksimalnu smirenost, to je porođaj. Bebe su najveća stvar koja prolazi kroz ijedan od naših otvora na telu. Ikad.

Moje kolege i ja u Centru smo posmatranjem i iskustvom saznali da prisustvo bar jedne osobe koja nije lepo usklađena sa osećanjima majke može zaustaviti porođaj. Sve žene su osetljive. Neke su osetljive više. Ovu istinu smo shvatili posmatrajući mnoge porođaje koji su se prekidali ili usporavali kada bi neko ušao u porođajnu salu ko nije blizak porodiljinim osećanjima. Kada bi takva osoba izašla iz sale, porođaj bi se vratio svojoj prvobitnoj brzini ili intenzitetu.

U trećoj godini mojeg posla, opazila sam nešto što nikada nisam videla ili ikada čula. Primetila sam da je moguće da grlić „krene u suprotnom pravcu“ nakon širenja za više od pola potrebnog. Džudit, moja priateljica, se prvi put porađala. Porođaj je tekao već tri ili četiri sata na lak i opušten način kako je izgledalo. Ona i njen suprug su se milovali i ljubili tokom naleta kontrakcija, povremeno se šaleći međusobno, i sa nama babicama. Džudit me je zamolila da je proverim, i videla sam da je njen grlić skoro ceo otvoren (osam centimetara). Sa ove tačke, njen porođaj je pošao u dobrom pravcu - u drugačijem pravcu od onog koji smo malopre imali priliku da vidimo. Osetila je onaj unutarnji nemir koji žene osete kada im se približava drugi napon za koji znaju da je jači nego išta što su ikada iskusile. Kroz taj nemir,

osećala se kao da sedi na krtoj ljudsci jajeta. Posle je bila tiha, oprezna i vrlo ozbiljna. Sledećih nekoliko napona bila su daleko lakša – zapravo, bili su tako blagi da me je zamolila da ponovo proverim proširenje, znajući da treba da odem na put za nekoliko sati. I tada sam osetila ono drhtavo uzbuđenje i otkrila da se njen grlić skupio sa osam centimetara na otprilike polovinu tog iznosa. Pošto sam bila sa njom tokom njenog porođaja, znala sam da je uradila to sa svojim umom, jer je sedela dosta mirno nakon što je to počelo.

Intuitivno, pomislila sam da bi Džudit mogla pomoći svom grliću materice da se ponovo otvori kada bi dozvolila sebi da se prepusti smehu. „Pokušaj da se nasmeješ ako možeš,“ rekla sam joj na najnežniji, najohrabrujući način koji sam mogla. Uradila je samo to. Ne mnogo dugo nakon toga rodila je svoju čerku, baš na vreme, tako da sam mogla da ostanem sa njom sve do samog polaska na put. Uzbudena mojim novim saznanjem, počela sam da istražujem šta su drugi pisali o fenomenu kada se žena zatvara ili kada se žena odupire porođaju, bilo svojom voljom ili bez volje. Nakon čitanja bezbrojnih akušerskih udžbenika i onih za babice i medicinske sestre, i ispitujući mnogo medicinskih sestara i babica ako znaju nešto o tome, shvatila sam da neću pronaći ništa. Babice i medicinske sestre koje su više okrenute bolničkim uverenjima rekле su mi ako i postoji razlika između njihovog merenja proširenja grlića i onog koji napravi doktor (kao što je inače), doktoru se uvek veruje (nikad babicama ili medicinskim sestrama). Takođe su mi rekle da doktori u ovim slučajevima retko, ako ikad, veruju da je grlić zaista bio ranije više otvoren. Njima je lakše da veruju da medicinska sestra i babica greše nego da žene imaju neke nepoznate sposobnosti koje nisu uvek zabeležene u medicinskim udžbenicima. Ovakva vrsta nesporazuma je jako raširena u medicinskom modelu porođajne nege. Samo u retkim slučajevima doktori na obuci imaju priliku da sede uzastopno sa porodiljama nekoliko sati. Većina ih je naučila da se mešaju u normalan proces tako često i tako rano

da nikada nisu bili svedoci normalnom porođaju. Očigledno, stalno nadgledanje je najbolji način da se sazna o vezi uma i tela, zato što on sam pruža šansu posmatraču da vidi nežne nijanse emocija kako teku - opadaju ili se podižu tokom porođaja. To je jedini siguran način za povezivanje emocionalnih promena sa fizičkim.

Kasnije sam saznala da doktori koji su pisali udžbenike nisu nikada imali šansu da posmatraju ponašanje kakvo sam ja gledala. Počela sam da se pitam da li su doktori uvek bili tako slepi prema takvoj izvanrednoj vezi uma i tela tokom porađanja. Istraživanjem po tekstovima napisanim pre nego što je sa porođanjem započeto u bolnicama, pronašla sam da su se ranije generacije doktora i dalje držale onog znanja koje je preneto u knjigama iz 19. veka. U ovim knjigama bilo je dosta kazivanja o porođajima koji su išli suprotnim smerom - kakav sam ja posmatrala. Neke žene, izgleda, mogu samo da uvuku bebu natrag unutra ako im se ne sviđa kako se stvari odvijaju. Tada je to toliko bilo istinito, koliko je i sada. Doktori 19. veka imaju štošta za reći o tome koliko je važno držati se podalje od porodiljine sobe do trenutka kada je porođaj pri kraju ili primenjivati medicinsku negu žena koje pomažu pri porođaju ukoliko se smatra neophodnom. Učili su svoje studente medicine (uvek muškarce u ono doba) da poštuju saradnju tih žena. Evo nekih zapisa:

- Bešler (1880) je spomenuo slučaj „u kojem su bolovi iznenađujuće prestali zbog nasilnog besa, tako da se grlić, iako širom otvoren, ponovo zatvorio, a porođaj je ponovo počeo za 19 dana.“¹

Kazo (1884): „Zaista, svakog dana svedočimo o prestanku trudova na pola sata, a nekad čak i na nekoliko sati, i to nakon vizite u sobu žene čija su osećanja stida šokirana našom prisutnošću.“ Muška prisutnost na porođaju je još uvek bila retka u to vreme.²

Devis (1847): „Godine 1792, pozvan sam da prisustvujem porođaju jedne gospođe, pošto je njena babica bila zauzeta. Kako sam se približio kući, najiskrenije sam zamoljen da požurim kako

se više ni momenat ne bi izgubio. Iznenada sam uveden u sobu ove gospođe, i moje prisustvo je objašnjeno babicinom zauzeću. Kada sam ušao u sobu, gospođa se upravo oporavljala od bola (truda) – i to je bio poslednji koji je imala u to vreme. Nakon što sam sačekao sat vremena u iščekivanju nastavka porođaja, otisao sam, i nisam bio pozvan kod nje tačno dve sedmice. i dr Lajol kaže: „Jedan cenjeni lekar opšte prakse nas je informisao o porođaju koji je skoro bio pri kraju i zaustavljen na više od dva dana, zbog gospodina koji je bio poslat pacijentkinji, oko kojeg je ona imala predrasuda.“ Svaki akušer (nadzornik porođaja) je doživeo privremenu obustavu trudova nakon njegove prve pojave u porodiljskoj sobi; ali tako dug period od dve sedmice je veoma redak.”³

A. Kurtis (1846): „Čim dođeš, pusti da suprug, ili neki porodični prijatelj, obaveste porodilju, i onda treba da sačekaš u primaćoj sobi dok ona ne zatraži tvoje prisustvo. Naglo iznenadjenje, posebno uz prisustvo straha od bolnog postupka, mnogo će unazaditi proces, i u mnogo slučajeva, izazvati povlačenje fetusa. Kada uđeš u sobu, pusti um da bude smiren i pribran, i tvoja osećanja neka saosećaju sa onima tvog pacijenta.”⁴

Frensis H. Remzbotam (1861): „Nakon dolaska u kuću porodilje, bolje je ne nametnuti se naglo u njeno prisustvo, sem ako ne postoji neka neodloživa potreba za našim prisustvom. Informacije treba da budu tražene od medicinskih sestara, tako da nam omoguće da prosudimo da li je porođaj zapravo počeo. Nakon što smo uvedeni u njenu sobu, možemo je uvesti u neki uobičajen razgovor, koji će nam omogućiti da posmatramo učestalost, trajanje, snagu i tip trudova; i naše ponašanje treba da bude shodno tome.”⁵

V. A. Njuman Dorland (1901): „O trudovima ili materičnim kontrakcijama: mentalna emocija bilo koje vrste će privremeno oslabiti njihov intenzitet ili ih čak totalno suzbiti; ulazak doktora u porođajnu sobu može imati isti efekat.”⁶

Bila sam fascinirana saznanjem da je većina doktora nekada znala da nedobrodošlica ili uznemiravajuće prisustvo može usporiti porođaj. Znali su to kao što farmeri znaju o porođajnom ponašanju svojih životinja – bilo je to znanje zajednice, skupljano kroz posmatranja, koje se prenosilo iz generacije u generaciju. Ali kada je bazen kućnog porađanja presušio, znanje koje je nekada bilo javno, postalo je retko ili je čak nestalo. Činjenica je da doktori nisu više u poziciji da primete da njihovo prisustvo u porođajnoj sobi ili njihov prenagljen način može često da odgodi porođaj. Moramo zapamtiti da fenomen uma i tela opisan u knjigama 19. veka nije nimalo manje istinit sada, nego što je bio ranije.

Problem je što doktori danas često prepostavljaju da je nešto misteriozno i neidentifikovano pošlo naopako sa porođajem ili da je žensko telo nekako „neadekvatno“- što ja nazivam prepostavkom „žensko telo kao limun“ zbog različitih razloga. Mnogo žena je takođe poverovalo da je priroda napravila ozbiljnu grešku sa njihovim telima. Ovo verovanje je postalo tako jako kod mnogih da se predaju farmaceutskim ili hirurškim tretmanima kada bi strpljenje i priznanje normalnosti i neškodljivosti situacije pridonelo i njihovom zdravlju i zdravlju njihovih beba, a bilo bi manje operacija i tehnoloških intervencija pri porođaju. Većini žena više treba ohrabrenje i društvo nego lekovi.

Zapamtite ovo, jer je istinito koliko može biti: Vaše telo nije limun. Niste mašina. Stvoritelj nije nemaran mehaničar. Ženska ljudska tela imaju isti potencijal da rode kao i mravojedi, lavovi, nosorozi, slonovi, jeleni i bivoli.

Čak i ako vam to nije bila navika tokom života do sad, preporučujem da naučite da mislite pozitivno o svom telu.

Reference

* Slučajno, ovaj se porođaj dogodio sredinom 1970-ih tokom vrhunca pokreta kućnog porađanja. Bolnice su se nekada povinovale željama porodilja i babica, što je verovatno razlog što su vrata imala

ugrađenu bravu. Prošlo je dosta vremena otkad sam čula o unutrašnjim bravama u bolnicama SAD-a.

1. Betschler 1880, citirano u: Engelmann, G. *Labor among Primitive Peoples*. St. Louis: J. H. Chambers, 1882. Reprinted New York: AMS Press.
2. Cazeaux, P. *Obstetrics: The Theory and Practice*, 7th ed. Philadelphia: P. Blakiston, Son & Co., 1884.
3. Dewees, William P. *Compendious System of Midwifery*, 4th ed. Philadelphia: Carey & Lea, 1830.
4. Curtis, A. *Lectures on Midwifery*. Philadelphia, 1846.
5. Ramsbotham, Francis H. *The Principles and Practice of Obstetric Medicine and Surgery*. New York, 1861.
6. Dorland, W. A. *Newman. Modern Obstetrics*. New York, 1901.

Šta se dešava pri porođaju

*Reče vodoinstalater supruzi dok leže zajedno kraj mora:
„Ššš! Neko dolazi!“ Reče mu devojka: „Tiho! To sam ja!“*

Nepoznati autor

Fizičke promene koje se dešavaju u ženskom telu tokom porođaja su možda najuzbudljivije koje se dešavaju ljudskom biću. One podrazumevaju više pokreta, menjanje oblika unutrašnjih organa, dugotrajne fizičke senzacije i mnogo više energije nego što treba za ostale fiziološke funkcije tela poput zevanja, gutanja, podrigivanja, kijanja, kašljanja, smejanja, plakanja, varenja, disanja, mokrenja, povraćanja, vršenja velike nužde, puštanja gasova, i kretanja – funkcija koje se odvijaju na normalnoj osnovi. Porođanje – koje majke iskuse – je Mont Everest fizičkih funkcija kod bilo kog sisara. Ukoliko ga nismo videli ranije, jedva da možemo da zamislimo da nešto tako relativno veliko može izaći iz mesta koje inače izgleda tako malo. A opet to se događa svaki dan.

Pošto nije odmah jasno kako ovo može da se dogodi, pogledajmo osnovne činjenice, počinjući sa onim što se dešava u materici u trudnoći i pri porođaju.

Ni jedan organ nije poput materice. Da muškarci imaju takav organ, hvalili bi se njime. Trebalo bismo i mi.

Membrana je skoro prozračan vrećast prostor pun slane tečnosti – minijaturan okean – u kojoj je beba smeštena i povezana pupčanom vrpcom. Pupčana vrpca vodi do placente, kratkotrajnog, ali čudesnog organa koji je, imajući svoju vezu sa bebom preko njenog pupka, smešten u bogatom krvlju i obloženom ma-

teričnom prostoru, koji je nosi i služi na bezbrojene načine u trudnoći. Placenta vrši ono što će kasnije preuzeti bebina pluća, digestivni trakt, jetra, organi za izlučivanje i dve bebine srčane komore koje uglavnom ne funkcionišu tokom života u stomaku. U nekim jezicima, reč placenta se prevodi kao *majčin kolač*, možda da ukaže na glavnu ulogu placente u bebinom razvoju unutar majčinog stomaka. Placenta doslovno hrani bebu.

Grlić - cerviks (*vrat* na latinskom), kružni otvor kao grlo flaše na nižem kraju materice, je moćna grupa mišića koja drži matericu čvrsto zatvorenom dok ne počne porođaj. Zamislite pletenu torbu sa skupljenim otvorom pridržavanim žicom. Ovaj tanan kružni mišić mora biti dovoljno jak da drži matericu zatvorenom uprkos pritisku otprilike šest kilograma i osamsto grama bebe, placente i tečnosti – i znatno više u slučaju blizanaca i ostalih mnogostrukih trudnoća. Ovaj mišić može ostati zatvoren bez naprezanja u preporođajnom periodu. (Jednom kada porođaj počne, njegov zadatak je da se stanji i skloni sa puta.) Grlić je tokom trudnoće obložen slojem guste sluzi, koja je izlučena satima pre nego što je porođaj počeo. Obično je ova sluz blago pomešana sa krvljom, koja mu daje crvenastu ili braonastu boju. Kada ta sluz izade iz grlića materice, to je znak da je porođaj krenuo.

Gornji deo materice takođe predstavlja splet mišića, ali drugačijeg tipa od grlića. Tri sloja mišićnih vlakana glavnog tela materice su neverovatno jaka, elastična i gipka. Oni se moraju proširiti da bi izdržali čak i mnogostruku trudnoću i bili i dalje u mogućnosti da istisnu sve iznutra kada porođaj krene, bez obzira na to koliko velika ili mala beba ili mišićna vlakna bila.

Pre nego što žena zatrudni, materica je šupalj mišićni organ oblika i veličine kruške okrenute naopako. Smeštena je u donjem delu ženskog stomaka, pridržavana od strane snažnih ligamentata. Nakon oplođenja, oplođeno jaje je istisnuto iz jajovoda u unutrašnjost materice. Tamo se veže za zid materice i gradi placantu i vodenjak u kojem je buduće ljudsko biće. Kako beba i pla-

centa rastu, materica se širi sa njima. Tokom trudnoće, materica raste do veličine jedne velike lubenice ukoliko je unutra samo jedna beba – čak i veća ako je više beba. Do trenutka kada je beba spremna da se rodi, gornji deo materice je porastao iznad nižeg grudnog rebra i isturio stomak iznad njegovog uobičajenog položaja. (Ovo je razlog zašto trudnice često imaju potrebu da jedu češće na dan male obroke tokom poslednjih sedmica trudnoće da bi izbegle gorušicu. Neke je ne uspeju izbeći.)

U vreme porođaja, zidovi materice su relativno tanki. Ali ipak je njihova moć istiskivanja tokom porođajnih kontrakcija dovoljna da pogura bebu kroz grlić i van vagine, koja takođe mora da se proširi i otvori.

Tokom poslednjih nekoliko dana pre porođaja, hormoni zvani prostaglandini izazivaju deboe cervikalni mišić da se stanji i omekša dok ne bude spreman za porođaj. Ovaj proces se zove zrenje. Grlić, koji je tokom trudnoće osetljiv poput nosa, postaje jako nežan na dodir kada sazревa, gubeći svoj oblik nalik na vrat. Pošto više ne liči na grlić boce, izgleda kao deo boce.

Deo porođaja kada se grlić otvara, naziva se „prva faza“. Najveći broj sisara je nemiran tokom ovog dela porođaja, jer je ovo vreme kada je beba pogurana, potisnuta, nemirna i postavljena u položaj koji je poput izazova, ako nije u dobrom položaju. Sisari sa kopitima izlaze iz stomaka prvo sa nogama. Primati, poput ljudskih bića, a takođe i majmuni, obično izlaze prvo sa glavom napolje.

Onda kada je grlić potpuno otvoren, kombinacija materičnih kontrakcija i pritska abdominalnih mišića gura bebu van iz majčinog tela. Ovo se zove „druga faza porođaja“. Ona traje do rođenja deteta. Gravitacija može dosta uticati na progres u ovoj fazi porođaja. Isto tako može još dosta stvari da utiče, ali o njima ćemo kasnije.

Što se tiče vodenjaka, nekada pukne pre porođaja, nekada tokom porođaja, a ponekad je netaknut pri porođaju pa mora da se otvori i ukloni da beba može da udahne prvi put. Ponekad

se vodenjak namerno natera da pukne kako bi se požurio porođaj. To može biti opasno kada je beba i dalje dovoljno visoko da izade iz stomaka, pa bi pupčana vrpca mogla da izleti iz materice zajedno sa tečnošću. U ovakvim slučajevima, cirkulisanje oksigenisane krvi ka bebi može biti prekinuto kada je vrpca uhvaćena između bebine glave i grlića koji se otvara.

Ritmične kontrakcije gornjeg dela materice tanje se i povlače grlić tokom prve faze porođaja. Tokom druge faze, ove kontrakcije takođe guraju bebu dole kroz niži deo karlice. Retko kad dimenzije ženske karlice mogu nauditi rođenju bebe. (Gradske žene 19. veka, su često patile od karličnih deformiteta uzrokovanih nedostatkom vitamina D, i takvi deformiteti su ometali porođaj.) U međuvremenu, bebina lobanja (koja je, poput karlice, stvorena od odvojenih kostiju držanih zajedno fleksibilnim ligamentima) je sposobna da se privremeno oblikuje za lakši prolazak kroz majčine karlične kosti.

Jedna od najboljih strana porođaja su periodi odmaranja koji se događaju između kontrakcija. Jedva da iko govori o ovome u knjigama o porođanju, ali to su jedna od najbriljantnijih stvari u vezi sa porođajem. Uživajte u svakom tom trenutku. Poštujte ih. Oni su vaša šansa da se opustite i uživate u trenutku osećajući se „normalno“ i živo. Ovi trenuci odmora mogu biti pet – čak petnaest – minuta odvojeni u ranoj fazi porođaja. U drugoj fazi, mogu biti samo minut ili dva odvojeni međusobno do rođenja deteta.

Treća faza porođaja traje od rođenja deteta do izbacivanja placente. Materica nastavlja da se grči nakon rođenja deteta, smanjujući se na veličinu placente. Dalje kontrakcije odvajaju placentu od zida materice. Ovo se manifestuje izbacivanjem tamno crvene krvi kroz petnaest ili dvadeset minuta nakon porođaja. Još kontrakcija onda izbaci placentu. Gravitacija i nežni pritisak na pupčanu vrpcu od strane onog ko je prisutan na porođaju mogu pomoći u ovom procesu.

Četvrta faza porođaja je posleporođajni ili novorođeni period, grubo rečeno šest sedmica koje prate rođenje deteta. Ovo je vreme tokom kojeg se majčino telo navikava na materinstvo i vraća u stanje bez trudnoće.

Prvi porođaj kod majke traje od manje od sata (ovo je relativno retko u našoj kulturi) do dvadeset sati ili i više, kao što se može videti iz nekih priča u prvom delu knjige. Ipak, veći deo ovog vremena u kasnijim porođajima, nije „težak“ porođaj. Sledeći porođaji su nekako brži, ali ima izuzetaka.

Preko trideset godina iskustva kao babice nije oslabilo moje strahopštovanje prema efikasnoj i divnoj konstrukciji ženskog tela kao što je pokazano pri porođaju i rađanju. Zapravo, godine samo uvećavaju moje iznenađenje oko toga kako naša tela mogu funkcionsati – u datim okolnostima. Rezultati porođaja u našem centru za porađanje pokazuju kako se retko pojavljuju komplikacije i poteškoće kada su žene dobro pripremljene za porođaj i kada su tehnološke intervencije minimalne – one se rade samo kada je neophodno. 94% žena se porodilo kod kuće ili u našem centru za porađanje. Manje od 2% je imalo carski rez. Manje od 1% porodile su se uz pomoć klješta ili vakumskih ekstraktora.

Hormoni koji regulišu porođaj i rođenje

Kompleksna i izvanredno uravnotežena kombinacija hormona je neophodna da aktivira sve procese porođaja i rođenja koji su već opisani. Domišljat, kompleksan odnos menjanja hormona tokom porođaja je jedan od najfascinantnijih i slabo razumljivih aspekata trudnoće i rođenja u modernom svetu. Prostaglandini, oksitocin, adrenalin i endorfini su neki od najbitnijih prirodnih hemijskih kombinacija nastalih u ženskom telu tokom porođaja i rođenja. Oni igraju glavnu ulogu u regulisanju i izazivanju materičnih kontrakcija. Oni stimulišu majčine i detetove odgovore (emocije i postupke) koji su važni za opstanak deteta.

Ranije sam spomenula da prirodni prostaglandini deluju na grlić da se smekša i stanji kako bi se pripremio za porođaj. Oksi-

tocin uzrokuje da se materica grči. Nadalje, kada beba prođe kroz vaginu, iznenadni rast nivoa oksitocina kod majke i kod deteta stimuliše lanac instinktivnog plesa među njima koji se najčešće zove zaljubljivanje. Oni gledaju jedno drugom u oči sa zahvalnošću i iznenađenjem.

Sada smo došli do adrenalina. Ako je oksitocin onaj koji ubrzava porođaj (pošto stimuliše kontrakcije materice i podstiče je da se otvori), adrenalin služi kao kočnica.

Adrenalin nas ojačava. Visoki nivo adrenalina ubrzava srčani ritam i čini nas jačim i bržim tako da se možemo ili boriti ili pobeti. Nekada može – kao što sam napisala u prethodnom poglavljju – zaustaviti porođaj. Uticaj adrenalina se ne sme potceniti, posebno kod porođaja koji se odvijaju u punim bolnicama. Verujem da je visok nivo adrenalina razlog što tako mnogo porodilja, nakon prijave u bolnicu, ne oseća porođajne napone.

Nikada neću zaboraviti ženu koja mi je rekla da je na njenom porođaju bio mladi stažista (doktor na praksi) koji nije bio dobar u skrivanju svojih izraza užasa na licu kada je njen beba odvojila usne od njene stidnice. Izgleda da je beba izlazila prvo sa licem, i to je bio prvi put za stažistu da to vidi (obično prvo izlazi teme bebine glave). Mislio je da vidi neki strašan defekt. Izraz njegovog lica je prestrašio majku, koja je odmah osetila kako se beba vraća u telo takvom snagom da je njoj puklo jedno rebro. Pribrana medicinska sestra preuzela je stvar u svoje ruke i uspela da ponovo započne drugu fazu pritiskajući ženinu matericu. Beba je rođena u dobrim uslovima.

Prvi porođaj moje sestre je bio primer suprotnog efekta adrenalina – ubrzavanja porođaja umesto usporavanja. Kada ju je nestručni doktor upozorio da će carski rez biti neophodan ako se grlić potpuno ne otvori za dvadeset minuta, ona je uspela da se otvori pet centimetara, dovoljno da izbegne operaciju. „Zaista nisam htela da me sekulj!“ rekla mi je kasnije. Francuski fizičar Mišel Oden naziva iskustvo moje sestre primerom refleksa izba-

civanja fetusa – iznenadni rast adrenalina daje nam talas neophodne energije da se završi porođaj.

Treća važna kategorija hormona uključena u porođaj su endorfini. Endorfini su prirodni opijati. Kada potrošimo mnogo fizičke energije, nivo endorfina srazmerno raste, posebno kada nam je dovoljno toplo, kada se osećamo voljeno i podržano, i iznad svega, kada nismo uplašeni. Endorfini su blagoslov zato što oni blokiraju osećaj bola. Oni nam pružaju isti osećaj kao kada dobro odradimo neki posao ili kada napredujemo u poslu.

Vagina ima sposobnost da se prilagodi veličini i obliku onoga što u sebi sadrži. Velika tajna je u tome da je moguće izvršiti taj zadatak kada ga zamislimo kako se događa.

Moramo zapamtiti da majke koje se plaše, više proizvode hormona koji usporavaju ili blokiraju porođaj. Ovo je činjenica za sve sisare i deo je konstrukcije prirode. One porodilje koje se ne plaše, verovatno u izobilju proizvode hormone koji čine porođaj i rađanje lakšim i manje bolnim – nekad čak i prijatnim. U sledećem poglavljju proučićemo dublje vezu uma i tela da bismo razumeli kako se ono dovodi u vezu sa procesom porađanja.

Zagonetka bola i zadovoljstva

Što su civilizovanije rase na zemlji postajale, sve više su porađanje smatralo bolnim i opasnim procesom.

Grentli Dik - Rid, „Porodaj bez straha“

Poruka da je porođaj vrlo bolan, putovala je duž i širom sveta. Niko ni ne sumnja da porađanje može biti fizički bolno iskustvo za mnoge žene. Manje poznata činjenica je ta da u svakoj kulturi ima slučajeva gde žene manje bolno doživljavaju porođaj. Ovde se postavljaju dva pitanja: Prvo, kako je moguće da se isti fizički akt može doživeti na tako mnogo različitih načina? Drugo, šta možemo da saznamo iz ovoga u vezi sa pripremom za porođaj?

Da bi se odgovorilo na ova pitanja, može pomoći ako se na porođaj gleda iz drugog ugla. Hajde da razmislimo o drugom aktu koji podrazumeva ženske reproduktivne organe isto kao i porođaj – seksualni čin. Seksualno opštenje može biti vrlo bolno ili ekstatički ugodno, u zavisnosti od umešnosti i osjetljivosti seksualnog partnera i spremnosti ženske osobe. Veličina onoga što se nalazi u vagini ima manje veze sa fizičkim senzacijama koje žena doživljava tokom tog čina nego malopre spomenuti faktori. Isto se može reći za senzacije doživljene tokom stavljanja tampona. Da počnemo sa time, tamponi su manji nego penis kod odraslog muškarca. No opet, i mali tampon može biti ubačen na bolan ili bezbolan način, u zavisnosti od toga da li je žena tog jutra popila previše kafe, koliko je bila hladna, ili brzine kojom uvlači tampon. Dosta toga zavisi i od njene spremnosti za to iskustvo. Gledano iz ove perspektive, trebalo bi biti manje iznenađujuće da postoji

tako mnogo varijacija u načinu na koji žene opisuju doživljaj porođaja i rođenja.

Drugi interesantan aspekt pitanja o bolu je taj da se ženske percepcije porođajnog bola razlikuju dosta u zavisnosti od države ili kulture iz koje potiču. U nekim državama, uključujući SAD, verovatno najveći broj žena smatra porađanje teškim, ako se ne odvija bez neke vrste anestezije. Ima izuzetaka, naravno, uključujući i žene iz našeg sela i stare amiške zajednice, među ostalim. U drugim državama sličnog materijalnog statusa (Holandija i Japan su prvi primeri), većina žena ne očekuje da im se da anestezija radi normalnog fiziološkog procesa poput porođaja. Ako je bolno, to nije nešto na šta se treba fokusirati. To je deo prirode i stoga ne treba biti uplašen. U obe države, Holandiji i Japanu, babice prisustvuju većini porođaja – suprotno SAD-u, gde babice, iako ih ima sve više, i dalje učestvuju u svega 10% slučajeva.

Istraživanje u poređenju očekivanja bola kod nemačkih žena i onih iz SAD-a otkrilo je dosta iznenađujućih razlika.¹ Obe grupe žena su se porodile u bolnici i bile pitane sledeća pitanja dva dana nakon porođaja: Koja su bila njihova očekivanja boli, da li su uzimale lekove protiv bolova, i kako bi želete da bol bude tretiran u sledećem porađanju? Obe grupe su informisane o mogućim negativnim efektima lekova protiv bolova po porođaj. Skoro dve trećine nemačke grupe nije primilo lekove, u poređenju sa samo jednom šestinom žena iz SAD-a. Dve trećine američke grupe primile su narkotike tokom porođaja, zajedno sa nekim tipom nervnog blokatora. Američke žene su očekivale da porođaj bude bolniji nego što su nemačke žene očekivale, i očekivale su da im se daju lekovi protiv bolova. U obe grupe, odnos žena koje su očekivale bol prema onima koje su zapravo primile lekove bila je skoro identična.

Antropolog Bridžit Džordan (Brigitte Jordan) komentarisala je o razlici u stavu prema porođajnom bolu između nemačkih i američkih žena u svojoj važnoj knjizi „Porođaj u četiri kulture“ (Birth in Four Cultures). Napisala je: „Kod nemačkih porodilja

postoji duboko usađeno ubeđenje da žensko telo zna najbolje, i da, ako mu se da vremena, priroda zna najbolje, i da će, ako joj se da vremena, priroda obaviti svoju ulogu.² Kada sam posetila Japan, naišla sam na sličan odnos između žena i babica sa kojima sam razgovarala. „Porođaj je prirodan,“ nekoliko ih je reklo. „Plašila bih se zemljotresa, ali ne i rađanja deteta bez anestezije. To je ono što žene rade. Osim toga, ako uzmete anesteziju, propustićete ekstazu. Propustićete euforiju.“

Drugo istraživanje rađeno takođe na osnovu percepcije bolnog porođaja dve različite grupe američkih žena: onih koje su se porodile u bolnici i onih koje su se porodile kod kuće. Grupa iz bolnice je ocenila bol znatno višom ocenom od onih iz grupe kućnog porođaja.³ Postoji dobar razlog zašto je bol manji pri kućnom porođaju. Prvo, manje je verovatno da će žene kod kuće biti primorane da leže u krevetu tokom porođaja, da im se odbije potražnja za hranom i pićem, ili da imaju strance u okolini dok se porađaju. Normalne ljudske potrebe svakodnevnog života – slobodno kretanje, da se jede i piće kad se ima potreba – su isto toliko bitne tokom porođaja, ako ne i više nego obično. Žene koje se ne porađaju u bolnici imaju više mogućnosti za stalnu pomoć nekog kome veruju, to je bio drugi faktor koji se poredio. Bol je na neki način, čudna kategorija ljudskog iskustva. Izgleda da mi žene mislimo o njemu na različite načine, zavisno od toga šta mislimo da ga uzrokuje. Verovatno smo svi nekad imali probadanja ili grčenja zbog gasova u stomaku – što moj prijatelj naziva „tačka sabijanja“. Znanje da samo malo pomeranje unutrašnjih organa zbog malo gasa može da izazove ozbiljan, poput probadanja nožem bol, može učiniti da razumemo zašto je bol čest deo porođajnog iskustva.

Porođajni bol je podmukao, promenljiviji set senzacija nego što naša kulturna mitologija priznaje. Kada kažem „podmukao“, ne govorim toliko o osećaju porođajnog bola koliko o promeni gledišta o njemu što može izmeniti našu percepciju u vezi sa istim. Videla sam mnogo porodilja koje su prelazile iz pakla u raj u

razmaku od nekoliko trenutaka, onako kako su im misli išle od čistog terora do konačnog shvatanja kako da iskoriste energiju rađanja.

Naravno, postoji više mogućnosti da se obrati pažnja na takvo podmuklo menjanje naših misli kada nas neko, ko nije sam ili sama preplašen od porođaja, konstantno ohrabruje. Tokom napreza, možete se osećati kao da ste povređeni iznutra, ali smiren, nepokolebljivo držanje ili blage reči vaše babice mogu vam reći da nema povrede. Ovakvo saznanje u takvim slučajevima je toliko uveravajuće da je moguće da osetite nestajanje bola ili sopstvenu sposobnost da pretrpite šta god osetite. Ne mogu nabrojati koliko puta sam videla ženu širom raširenih očiju u strahu od prave snage napona koji prate potpuno otvoren grlić. Kada vidim takve oči, znam da će reči osloboditi bezrazložan strah koji ju je snašao.

„Ne brini,“ ja kažem. „nikad nisam videla da je iko eksplodirao ili se raspao.“ Olakšanje dolazi obično istog trenutka.

„Samo će beba izaći,“ nastavljam, ako primetim da moje reči imaju umirujuće dejstvo. „Tvoje telo je vrlo mudro. Ono samo gura ono što mora izaći.“

Ono što se dogodi u ovim slučajevima je to da sa olakšanjem i zahvalnošću naviru i endorfini, prirodni opijati. Bol nestaje. Ovo nadalje izaziva još veće olakšanje i zahvalnost, i snažniji endorfin-ski efekat. Žena iskazuje novi vid poštovanja mudrosti Tvorca prirode kakvo je pokazano preko njenog tela. Kada shvati da biti veselo i zahvalan zapravo pokreće proces porođaja napred i de-lotvornije, počinje da radi na takvim osećanjima kod sebe. Težak posao se može nastaviti, ali ona sada ima srca za to. Umesto strahovanja po svoje telo, ona počinje da mu veruje.

Bezbolan porođaj

Kao što sam spomenula malo ranije, postoje žene koje imaju bezbolna porođajna iskustva. Neke čak ni ne znaju da je porođaj počeo dok beba ne počne da izlazi iz njihovih tela. Moja prijateljica Meri je mislila da su grčenja koja je imala u devetom mesecu trudnoće bili posledica crevnih gasova koji su se pomerali. Otišla je da sedne na WC šolju. Nekoliko trenutaka nakon što je sela, njen sin se rodio. Uhvatio ga je njegov otac sekundu pre nego što je pao u vodu. Trebalо bi da ovde spomenem da moji porođaji nisu bili uopšte ovakvi. Uvek sam znala kada porođaj počinje. i dalje ima žena sa ovakvim iskustvom, pa čak i kada im je to prvi porođaj. Ponekad, otac deteta oseća veći bol nego porodilja lično.

Gledala sam tri žene dok su pričale o svojim iznenađujućim pričama, o relativno bezbolnim porođajima u jednoj TV emisiji 1996. godine. Sve tri su bile nesvesne da su trudne. Jedna se nikada ranije nije porađala (doktor joj je ranije rekao da ne može da začne), i bol joj nije bio dovoljno jak kako bi smatrala potrebnim da ode u bolnicu. Imajući simptome kao stomačni grip, samo je legla u kadu i nije shvatila da se porađa – sve dok glava njene bebe nije izašla.

Ponekad su neke od ovakvih impozantnih priča i zapisane. Knjiga o pripremi za porođaj Elis B. Stokham (Alice B. Stockham) pre jednog veka uključivala je i ove:⁴

- Iskustvo dr Daglas. Jedna porodica u Londonu 1828. pozvala ju je, samo da joj prenese da je beba rođena pre samog njihovog poziva. Žena je zapravo rodila dete dok je spavala i postala toga svesna kada ju je njena preplašena petogodišnja čerka probudila, nakon što je čula plač i osetila pokrete novorođene bebe.

- U izveštaju dr Daglas o drugom slučaju, „jedna vrlo poštovana gospođa, supruga člana kraljevske porodice, jednom se porodila dok je spavala; odmah je probudila svog supruga, uzbu-

đena nakon saznanja da imaju jednog člana više u krevetu nego nekad.“

- Komšinica doktorke Elis Stokham porodila se sva četiri puta pre nego što je dr Stokham stigla do nje, uprkos činjenici da živi preko puta ulice.

Jedna od mojih sestara ispričala mi je da se neke žene prvi put porađaju sa životnim iskustvom koje ih je dobro pripremilo za stavljanje porođajnog bola u perspektivu. Upravo sam bila pomogla rođenju njihovog prvog deteta kod kuće i spomenula da je za prvi porođaj sve proteklo bez poteškoća.

„Očekivala sam da kontrakcije budu bolne koliko i period grčeva,“ rekla mi je. „Nekada su grčevi bili toliko strašni da sam morala da legnem u krevet zbog njih prva dva dana.“ Žena koja je imala pobačaj ili ima jake menstrualne grčeve, već ima neko životno iskustvo koje treba da joj pomogne da se porodi bez straha od samog bola.

U svojoj klasičnoj knjizi „Porođaj bez straha“, dr Grentli Dik-Rid je ispričao priču o jednom od prvih porođaja na kojima je prisustvovao kao mladi student u Londonu 1913. Verujući, kako jeste u to vreme, da je porođaj uvek bolan, bio je iznenađen kada je porodilja odbila njegovu ponudu da udahne hloroform. Ovo je bio prvi put u njegovom kratkom iskustvu, da je neka žena odbila da uzme hloroform. Kada je odlazio, nakon porođaja, pitao ju je zašto je odbila masku.

„Nije odmah odgovorila,“ napisao je, „već je pogledala u ženu koja je stojala kraj prozora kroz koji su se provlačili prvi zraci sunca; onda se snebivljivo okrenula ka meni i rekla: ‘Nije bolelo. Nije ni trebalo, zar ne, doktore?’“

Tokom Prvog svetskog rata, kada je Dik-Rid bio doktor na ratištu, bio je svedok na dva nezaboravna porođaja. Kada je prvi put pozvan, Dik-Rid je zatražio slobodan prostor da priđe porodilji, pregledao ju je, i utvrđio da je porođaj počeo pre vremena. Uskoro je beba rođena i sve je bilo dobro. Naizgled nesvesna rata

koji se odvijao oko nje, mlada žena je „sela na nosila, nasmejala se, i odmah uzela dete u svoje ruke.“

Drugi slučaj bio je kada je jedna flamanska žena naslonjena na zgradu banke u kojoj je najverovatnije radila. Nešto u načinu na koji je stajala reklo mu je da joj se nešto događa. Nisu razumeli jedno drugom jezike koje su govorili, ali ona je uspela da objasni da se porađa, da nije uplašena, i da joj zaista ne treba njegova pomoć. Odlučio je da ostane blizu i bude u pripravnosti da pomogne ako zatreba. U međuvremenu, žena je bila nasmejana i srećna. Kada su se kontrakcije vratile, njen lice postalo je „stegnuto, ne zbog bola ili straha, ali sa izrazom odlučnog iščekivanja.“ Beba je uskoro bila rođena. Majka se gotovo istog trena nasmešila, ali je ostavila bebu nekoliko minuta na zemlji.

Nakon nečeg što je izgledalo kao dosta vremena, beba je počela da plače, i majka ju je podigla sa zemlje i nekako pokidala pupčanu vrpcu. Zavila je bebu u šal koji je nosila oko ramena, okrenula se prema zapojenom Dik-Ridu, i „veselo nasmešila.“ Pet minuta kasnije, imala je neke kontrakcije i posteljica je izbačena bez očevidnog krvarenja. Dik-Rid nikada nije zaboravio to iskustvo, koje nije bilo ni nalik porođajima kojima je prisustvovao u bolnici porađajući žene u velikom strahu. Napisao je:

„Ono što mi se svjedelo, bila je radost, sreća i ponos na dolazak i trenutak kada se oglasila beba. Moje viđenje posleporođajnog izliva krvi, plavih beba koje ne dišu, materica koje se ne skupljaju i placenti koje se ne odvajaju, mi je izgledalo potpuno strano u ovom slučaju, mnogo izvodljivije nego što sam ikad mogao zamisliti u svojim ambicioznim mislima.“⁵

Sa šesnaest godina sam pročitala „Porađanje bez straha“. Čitanje te knjige, dobro me je pripremilo za porođaj – ili bar kako da izbegnem rutinu američkih bolnica sredinom 1960. koja je sprečavala žene da se porađaju bez lekova i carskih rezova, korišćenja klješta ili vakumskih ekstraktora.

O pitanju da li porođaj treba da bude bolan raspravljanje je pre više od veka i po – približno u vreme tokom kog su se koristili

razni anestetici da bi uklonili bol. Džon Daj (John Dye), američki doktor iz 19. veka, postavio je interesantno pitanje onima koji su verovali da se porođajni bol može pripisati božanskom besu zbog neposlušnosti ženskih predaka (nekada zvan teorijom porođajnog bola „Evina greška“). Njegovo pitanje je glasilo: Ako je ovo zaista pravilo i bol je neophodan za rođenje, zašto onda neke žene pate toliko više od ostalih? Osim toga, Daj se pitao, zašto su se ti doktori koji su prebacivali krivicu na Stvoritelja zbog ženske patnje pri porađanju tako brzo okrenuli lekovima napravljenim ljudskom rukom kako bi prekinuli ovaj od božanstva određen bol?⁶

Očaranost Grentlija Dik-Rida zagonetkom zašto neke žene osećaju bol dok druge ne osećaju, pratilo je njegov ceo život i karijeru. Kao student medicine gledao je iskusne babice kako rade u bolnici u Londonu, i primetio da se žene koje uđu u bolnicu u agoniji zbog teškog porođaja mogu smiriti uz pažnju simpatične babice. Babica je mogla da ode do žene koja je bila slika i prilika „agonije i mučenja“, pomiluje je po kosi, i popriča sa njom na takav način da bi bol, ako ne i napor, odmah nestao. Vremenom, gledao je kako brižljive babice neguju svaku porodilju na majčinski način, i da to donosi mir i potporu onima koji su tu stigli kao „prestravljeni abnormalni slučajevi.“

Orgazmični porođaj

U nekim kulturama, uključujući i našu, većina žena prihvata ili zahteva lek protiv bolova, pre nego što uopšte ispitaju kakvo bi moglo da bude porođajno iskustvo bez upotrebe medicinskih sredstava. Jednom sam pitala slušaoce, da li su ikada čuli da neke žene dožive orgazam tokom porođajnih napona ili porođaja.

Na licima slušalaca primetila sam izraze iznenađenja i radoznanosti. Onda sam uočila nisku plavu ženu, koja je bila naročito oduševljena. „Da! Toliko mi je drago da sam čula da pričate o tome! Imala sam najneverovatniji, produženi orgazam, dok sam se porađala, pre 17 godina, “ izjasnila se. „Mislila sam da sam je-

dina osoba na svetu kojoj se ovo desilo, i da sam možda neobična, čudna.“

Nastavila je objašnjavajući da je njena odluka da se porodi bez upotrebe lekova, naišla na neodobravanje i pritisak od strane njenog lekara.

„Nećeš dobiti medalju zbog odbijanja lekova,“ rekao joj je. Kako se intenzitet napona (trudova) pojačavao i porođaj približavao, počela je svuda da oseća peckanje. Onda je uradila nešto zbog čega je kasnije zažalila: Rekla je svom doktoru da je osećala da doživljava orgazam.

„Znate li šta mi je rekao?“ pitala je. „Rekao je: ‘Ti si poludela! Ti si najčudniji pacijent koga sam imao!‘ To mi je rekao. Sada shvatam da su stid i sramota koju sam osećala, kad bih se pri-setila svog porođaja, bili posledica doktorovog neznanja i gru-bosti.“

Zastala je na trenutak i onda dodala: „Ali orgazam je bio sjan!“

Upoznala sam poveći broj žena sa vrlo sličnim iskustvom: Kakva god da su im bila očekivanja u vezi osećaja tokom napona (trudova) i porođaja, uvek su otkrivali da su osećaji tokom delova porođajnog procesa, najblaže rečeno, sjajni. Nekoliko njih je bilo iznenadeno time što su uspeli da dožive izvanredan osećaj zado-voljstva, okruženi strancima, koji su već zaboravili šta su one osećale, jer nikada pre nisu čuli da je moguće doživeti zado-voljstvo i uživati tokom porođaja. Karolina, porođajni edukator iz Južne Karoline, mi je rekla da je odlučila da bi bila dobra ideja da ne kaže doktoru i sestri, kako se oseća. „Samo sam nastavila napred i uživala,“ rekla je. „Nikome do sada nisam otkrila kako sam se tada osećala. Uvek sam se pitala zašto нико не želi da priča o ovome.“

Bila sam radoznala u vezi toga. Koliko žena je imalo orgaz-mična iskustva tokom napona ili porođaja, pa sam odlučila da sprovedem malo istraživanje, među bliskim priateljima. Od 151 žene, pronašla sam 32 žene, koje su prijavile bar jedno orgaz-

mično porođajno iskustvo. To je 21%, što je mnogo više od onoga što sam očekivala. Većina tih žena je rodilo svoje bebe u našem selu, ali je interesantno da su neke žene navele, da se orgazam desio tokom bolničkog porođaja. Navela sam neke od komentara tih žena, koji će možda objasniti, koji faktori su prisutni kada žena ima ovakvo porođajno iskustvo. (Promenila sam imena žena, iz poštovanja prema njihovoj privatnosti.)

Julia: *Doživela sam orgazam dok sam rađala svoje četvrti dete. To se desilo dok sam se naprezala i gurala bebu tokom porođaja. Otišli smo u bolnicu, nakon što sam neko vreme bila dole otvorena 9 cm, pokušavajući kućni porođaj sa nekim babicama, koje su me činile nervoznom. Nisam još ni ušla kroz vrata, kada sam osetila neodoljiv nagon da guram bebu napolje. Doživela sam orgazam dok se beba rađala. Jedva da su stigli da me na vreme stave na sto za porođaj, ali ja sam sve to zaboravila, jer je osećaj dok je beba izlazila bio toliko dobar.*

Margaret: *Imala sam neverovatan kosmički orgazam, osetila sam neopisivo blaženstvo. Na neki način ovo je imalo trajni efekat. Još uvek mogu da ponovim sve ovo.*

Vivijen: *Dok sam imala napone, nisam osećala ništa neuobičajeno, ali na porođaju, sam proces prolaska čitavog bebinog tela kroz moju utrobu (što se desilo prilčno brzo), je bio neopisiv, neverovatan, naročito prvi put.*

Merilin: *Moj poslednji porođaj je bio veoma orgazmičan i to kontinualno, kao da sam bila na talasima orgazmičnog blaženstva. Znala sam šta me čeka, bila sam manje uplašena, i pokušavala da se opustim i pratim energiju i prepustim joj se, pre nego da se opirem, kao kad prvog porođaja. Efekat je bio većinom psihološki, u smislu da sam doživela ogromno zadovoljstvo, samo privodeći kraju, uspešno i bezbedno. Osećala sam se sjajno, mesecima posle toga, što mi je pomoglo da se generalno osećam jako pozitivno. Sve ovo je dosta uticalo na to kako se osećam u pogledu svoje seksualnosti. Takođe mislim da mi je pre-*

*davanje sopstvenom telu, tokom porođaja, omogućilo da zaka-
račim u deo sebe, koji ranije nisam poznavala i pomoglo mi da
osetim više volje da se predam i prepustim tokom vođenja lju-
bavi.*

*Dženel: Porađanje je bilo kao pre- i postorgazmično stanje,
tokom drugog i trećeg porođaja, ali nije bilo pulsiranja koje se
oseća tokom vrhunca. Doživela sam veoma seksualno i moćno
iskustvo, koje je više od orgazma, jer orgazam može biti više
samo-ohrabrujući i kratkog trajanja. Porođaj je tako duhovni
osećaj, tako čudesan, povezani ste sa Bogom i vidite božanstve-
nost u svakome kome seks nije najznačajniji u životu. Potpuno
ste uronjeni u nesebičnu ljubav, a blaženstvo i seksualna osećanja
su nagrada za dopuštanje vašem telu da radi šta zna i kako zna,
dok je vaša svest proširena.*

*Paula: Razmišljala sam neko vreme o ovom pitanju. Uvek sam
osećala da su naponi i porođaj bili kao jedan veliki orgazam. Kon-
trakcije su bile kao da talasi zadovoljstva prolaze kroz telo. Jedino
sto sam zaključila je da je poslednjih nekoliko centimetara ot-
varanja izuzetno jako i jedva priyatno. Ali sam osetila da su na-
poni i porođaj bili jedan kontinualan orgazam. Ne mogu da
kažem da je isto kao orgazam tokom seksualnog odnosa. Tip
orgazma koji sam doživela tokom napona i porođaja, je zahtevao
više moje pažnje nego orgazam tokom seksualnog odnosa. U
svakom slučaju ja osećam da je to orgazam. Porođaj je sam po
sebi veoma orgazmičan, dok beba prolazi kroz porođajni kanal -
veoma prijatan osećaj.*

*Marija: Morala sam da mislim o ovome nekoliko dana. U po-
četku sam mislila „ne,“ ali su svakako postojali senzacionalni
osećaji, u prvoj fazi tokom otvaranja, koje je bilo neverovatno in-
tenzivno, kada bi me Ted poljubio ili kada bih ja zarila glavu u
njegov vrat tokom naleta. Tokom prve faze svih mojih porođaja,
nisam osećala nikakvu nelagodnost i sećam se da sam uživala
tokom najvećeg dela porođaja. Uzbuđenje, naleti energije, do-
dirivanje sve je bilo veoma priyatno. Doživljaj nije bio potpuno*

isti kao pravi orgazam, ali kad bi naleti splasnuli, totalna opuštenost koja bi potom usledila, je bila veoma slična osećaju ne posredno nakon orgazma. Za mene je druga faza bila potpuno druga priča. Sećam se da mi se nije dopao taj drugi deo, zbog osećaja probadanja, usled razvlačenja tkiva. U svakom slučaju, naleti dobre energije su jako priyatni i iako nisam znala da li su se moji unutrašnji mišići grčili ili ne, porođaj je najenergičniji i najfascinantniji događaj. Dosta je veći od naleta orgazma ili svakako drugačiji.

Elejn: Ja nisam doživela orgazam, ali sam se osećala slično, prilikom mog prvog porođaja. i to se desilo samo na prelazu, kratko pre početka guranja (naprezanja). Na trenutak sam osetila kao da sam blizu orgazma, letela sam visoko, osećala bol i bila uplašena šta će biti dalje. i sve sam ovo osetila u isto vreme.

Alisia: Ne, ne mogu opisati moje iskustvo kao „orgazmično.“ Pre bih rekla da je bilo „euforično“, produhovljajuće.

Nanet: Ne bih rekla da sam doživela orgazam ni tokom napona, ni tokom porođaja. Pre bih rekla, osećanje bezkontrolisanosti. Moja sestra kaže da je porođaj kao najveći orgazam ikada, ali samo „kao“, tako da zvuči kao kvalitativna razlika. Sećam se da si mi rekla, da se moj mozak prenestio u moj karlični deo, jer bio je tamo gde je potreban, i mislim da si bila u pravu, sva tri moja porođaja su predivno maglovita, što dokazuje da sam ih doživela svojim telom, a ne svojom glavom.

Pre nego što pređem dalje, sa teme orgazmičnog porođaja, želim da napomenem, koliko retko se ovakva mogućnost uopšte spominje ženama koje se pripremaju za porođaj. Postoji nekoliko objašnjenja za ovo čutanje. Jedno je da većina doktora i babica uopšte ne zna da se ovakve stvari mogu desiti i da se dešavaju. Drugo je da i kad se desi, niko to ne pominje, jer se orgazam karakteriše kao privatna stvar. Još jedan razlog je da oni koji znaju da je moguće da se to desi, ne žele da povećavaju očekivanja kod žena, koje bi onda očekivale da dožive baš takvo iskustvo i

osećale bi se prevarenim, ukoliko ne bi doživele nešto slično onome o čemu su slušale. Konačno, ono što mogu reći, jeste da se orgazam tokom napona (trudova) i porođaja, ne dešava često kod žena koje su u tom periodu na terapiji medicinskim lekovima, koje koriste epiduaralnu anesteziju i barbiturate (lekove koji imaju sedativno, hipnotičko i anestesiološko dejstvo, a u većim količinama mogu da izazovu smrt). Pošto većina žena u našem društvu, tokom pripreme za porođaj, koristi razne vrste medikamenata, to može biti značajan razlog zbog kojeg je ovaj fenomen sakriven od doktora, babica i šireg auditorijuma.

Porođajni bol se razlikuje od druge vrste bola

Žene iz našeg sela znaju da porođaj obično боли, bar kada je u pitanju prvi porođaj, ali one isto tako znaju da je taj бол drugačiji od бола usled povređivanja. Kada se povredite i osetite бол, порука је „Beži!“ или „Bori se! Naneta ti je šteta.“ Ovo је информација од животног значаја. Бол у периоду напона и порођаја, шалje потпуно другачију поруку. Порука је: „Opusti svoje karlične mišiće. Prepusti se. Predaj se. Ne bori se. Veće је и jače од теbe.“ Ова порука се доста разликује од поруке „Заштити се!“ или „Beži!“ која прати повреду.

Ipak, mnoge жене на напонски и порођајни бол реагују потпуно исто каоkad искuse бол usled ranjavanja. Razmišljaju да reše проблем медикаментима, ne videći svrhu doživljavanja perioda napona, bez medikamenata. Oni ne znaju da promena položaja, pristupa, atmosfere u porođajnoj prostoriji, i mnogo drugih faktora, može potpuno da promeni unutrašnji doživljaj napona. Uglavnom жене nisu svesne da mogu olakšati svoju napetost i neprijatnosti, ukoliko o „materičnim kontrakcijama“ ne budu razmišljali kao o grčrevima, već kao „interesantnim osećajima koji zahtevaju svu vašu pažnju.“

Verovatno poslednje što бисте жељели да чујете о болу tokom napona (ako ste ga već osetili) je da postoji bilo šta fino i suptilno u vezi sa tim bolom. Naravno mnogo je veća mogućnost da ob-



Ketrin pronalazi udoban, efektivan položaj za potiskivanje bebe.



Porodilja prvorotka, bez primene lekova, doživljava porođajnu ekstazu.

ratite pažnju na suptilnosti, kada ste okruženi bliskim prijateljima, koji imaju iskustva u pomaganju ženama oko porođaja. Možete čak osetiti da ste povređeni unutra, tokom kontraksije, ali smirenost i nežnost vaše babice, gest ili reči razumevanja, vam govore da zapravo ne postoji nikakva povreda. Ovakvo znanje u sličnim situacijama, je toliko uverljivo, da je moguće da osetite smanjenje bola ili da dobijete sposobnost da podnesete njegovo povećanje.

Čula sam mnoge kako diskutuju o svojim razlozima za primenu epiduralne anestezije, i to što je moguće ranije u periodu napona, pravdajući se time da ne mogu uopšte da podnesu ikakav bol. Naravno, ovakve izjave više uzimam za ozbiljno kada su u pitanju žene koje nemaju probušene uši, tetovaže, implantate u grudima, kozmetičke hirurške zahvate i koje ne nose neudobnu obuću. U svakom od prethodno navedenih slučajeva, žena je izabrala bol, koja je u izvesnoj meri traumatičan, jer uočava izvestan smisao koji dolazi pored bola.

Neke žene su porođaj, bez lekova protiv bolova, okarakterisale kao neku vrstu „ekstremnog sporta.“ Žene koje su se odlučile za prirodni porođaj, bile su ismevane kao mučenice ili superžene, izložene suludoj ženskoj verziji mačoizma. Ovo je karikatura, nije realnost. Zapravo, većina žena koje odluče da podnesu napone, trudove, bez upotrebe medikamenata, rade to upravo iz straha od nepotrebnih intervencija, uključujući traumu i posleporođajni bol u slučaju carskog reza. Žene u našem selu gaje poštovanje prema hirurgiji i generalno traže da je izbegnu kad god je to moguće.

Molim Vas da shvatite da vam ja ne obećavam orgazam ili potpuno bezbolne napone i porođaj, ukoliko odbijete lekove protiv bolova tokom perioda napona. Niko vam to ne može obećati. Ja samo znam da kad bih se prisetila svojih porođajnih godina, želeta bih da budem svesna svih mogućnosti ženskih reakcija na napone.



Srećna da ne može biti srećnija

Zašto se žena sa ovih slika smeje? Svakako ne zbog lekova, pošto nije koristila nikakve lekove protiv bolova ili sedative, tokom porođaja. Ona se smeje jer je u stanju velike uzbuđenosti, ekstaze. Ova 3,7 kilograma teška beba, je njeno prvo dete. Naponi (trudovi) su trajali 24 sata. Nijedan od ovih faktora nije isključio orgazam. Moje mišljenje je da se orgazam ne događa tako lako ženama koje su obeshrabrene, uplašene ili ljute - bar ih ja nisam primetila kod žena koje se nalaze u ovakvom emocijonalnom stanju. Po meni, najveću šansu za orgazmičan porođaj imaju žene koje daju sve od sebe da shvate nalete napona (trudova) i koje sarađuju sa njima. Kao što smo ranije pročitali, neke žene su imale orgazmičan porođaj, a da pri tom nisu ni znale da je moguć.

Zastrašujući porođaji dobijaju visoke ocene

Većina žena u Americi danas, stiče prve predstave o porođaju sa televizijskih prikaza porođaja u bolnickoj drami. Komercijalna televizija se hrani senzacionalnim i opasnošću nabijenim momentima. Ako je porođaj uvršten u scenario serije ili filma, dramatična tenzija u zapletu obično zahteva nesreću, smrt ili gonjenje. Uobičajeno će postojati scena ili iz sudnice ili iz operacione sale. Žene koje imaju malo realnog znanja, šta porođaj zais-ta predstavlja, mogu biti posebno podložne uticaju negativnih poruka koje su usađene u film ili seriju.

Zahtevi komercijalnih televizija i filma doveli su do mnogih mitova i zabluda vezanih za periode napona i porođaj. Evo jednog primera kako je naša kulturna mitologija o porođaju, pogodjena njima: U realnom životu, naponi (trudovi) počinju postepeno. U filmu ili seriji, naponi (trudovi) se pojavljuju odjednom, kao munja. U jednom trenutku glumica češlja kosu ili uživa u večeri, a u drugom trenutku, trudovi je nadjačavaju tolikom silinom, da mora smesta biti odvedena u bolnicu, da bi je sačuvali od trudova. Žene i devojke, koje su odrasle gledajući ovakve stvari, bez drugog preciznijeg izvora informacija o porođaju, uče da poisto-većuju bol usled napona, sa opasnošću. Bol se prikazuje kao da može da bude fatalan.

Moja svekrva je umela za ovo da kaže „ko je dobro odgajan, on će dobro odgajati.“

Televizija bi mogla postati efektivan metod za smanjivanje straha od porođaja kod žena.

Ako bi nam bilo dozvoljeno da posvedočimo šta se stvarno dešava kada se poštije seksualnost porođaja, verujem da bi naš ekstremni strah od porođaja počeo da iščezava. Uvrstila sam i listu odličnih porođajnih video materijala, u odeljku “Sredstva”.

Poštovanje naših tela

Verujem da bol u slučaju normalnih napona (trudova) ima svoje značenje. Interesantna stvar u vezi bola je da je on čist. Kada prođe osećaj bola, gotovo je. Ne možete ponovo proći kroz isto bolno iskustvo tako što ćete zapamtiti bol. Bol prilikom trudova je specijalna vrsta bola: Skoro uvek se pojavljuje, ne naseći nikakvu štetu telu.

Kad izbegavanje bola postane glavna odlika brige o porođaju, paradoksalan efekat je da sve više žena mora da se suoči sa bolom, nakon što se njihove bebe rode. Učestala upotreba epiduralne anestezije, dovodi do veće stope primene carskog reza, porođaja u kome se beba izvlači pomoću vakuma i porođaja u kome se beba izvlači pomoću hirurških klješta. Epiduralne anestezije izazivaju dugotrajan bol u leđima, u proseku kod jedne od pet žena. Ponekad, upotreba vakuma i hirurških klješta uzrokuje povrede kod bebe ili majke. Primena intravenoznih cevčica je bolna dok god se koristi, čak i nekoliko dana nakon što se skine sa tela. Što više pomerate plastiku u svojim venama, prilikom pokreta, sve više vas boli. Ženama koje se porađaju carskim rezom, ugrađuje se kateter u mokraćni kanal, pre početka operacije. Ova šupljja cev (kateter) će ostati tu najmanje 24 sata. Dok im je kateter u mokraćnom kanalu, većina žena oseća stalnu potrebu za mokrenjem. Pošto konstantno mokre, nema načina da nagon za mokrenjem prestane. Primena carskog reza obično obuhvata postavljanje odvodne cevčice, koja je zašivena u delu rane, kako bi efikasno odvodila krv i limfu iz trbušne šupljine. Žene su otkrile da je uklanjanje te odvodne cevi (drejna) trećeg dana, veoma bolno, posebno kada im nisu dati lekovi protiv bolova, sat ili manje vremena pre procedure vađenja odvodne cevčice. I konačno, formiranje intestinalnog gasa, nakon bilo kakve hirurške intervencije u abdominalnom delu (uključujući i carski rez) je jako bolno za žene. Postoperativna bolna osjetljivost može da se pomeša sa ženinim spokojstvom u brizi oko novorođene

bebe. Svaka gore pomenuta procedura i svi navedeni uslovi, uzrokuju bol nakon porođaja.

Žena koja se porađa bez bilo kakve intervencije, sa druge strane, više je sklona tome da ne oseti više nikakav bol nakon bebinog rođenja. Često, ona je euforična, „ploveći“ na hormonima koji se luče nakon bebinog rođenja. Oksitocin, ljubavni hormon, se luči sa finalnim rastezanjem perineuma (međice između vaginalnog i analnog otvora) oko bebine glave i tela, prijatan osećaj za većinu žena. Ako je bol i postojao nekoliko trenutaka ranije, sada je ili potpuno zaboravljen ili potisnut. Ne samo to, žena je razvila moćne tehnike relaksacije, praktikovane tokom najintenzivnijeg i najznačajnijeg događaja u svom životu. Naučila je kako sporo i duboko disanje može da promeni osećaje koje doživljava. Verovatno je i razvila novo poštovanje prema sopstvenom telu. Iskusila je izvanrednu kombinaciju osećanja ranjivosti, moći i kontakt sa ženskim principom koji karakteriše napone i porođaj.

Reference

1. Senden, I. P. M., et al. Labor pain: A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstetrics & Gynecology*, 1988; 71 (4).
2. Jordan, Brigitte. *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press, 1983.
3. Morse, J. M., and Park, C. Home birth and hospital deliveries: A comparison of the perceived painfulness of parturition. *Research in Nursing Health*, 1988; 11:175-81.
4. Stockham, Alice, MD. *Tokology*. 1882.
5. Thomas, A. N. *Doctor Courageous*. London: William Heinemann Ltd., 1957.
6. Dye, J. N. *Painless Childbirth*. Buffalo, NY: Baker, Jones & Co., 1888.

Pravilo Sfinktera

*Hvaliću Boga i pun sam strahopoštovanja
što sam tako divno stvoren.*

Psalm 139,14

Pravilo Sfinktera (stezača) je ono što ja nazivam setom bazičnih prepostavki o porođaju, koje moje kolege i ja sledimo.

Umesto da pođu od shvatanja Pravila Sfinktera, većina žena u Americi i praktično svi akušeri, veruju u skup prepostavki, koje akušeri nazivaju Pravilo o Tri P. Pravilo Tri P znači: Putnik-Prolaznik (beba), Prolaz (karlica i vagina) i Power (moć - snaga materičnih kontrakcija). Mislim da ovo - takozvano pravilo - stvara dosta nesuglasica i kod doktora i kod žena, u pogledu istinskih sposobnosti ženskog tela, izazivajući tako veliki broj nepotrebnih carskih rezova, porođaja uz pomoć vakuma, porođaja uz pomoć hirurških klješta i drugih komplikacija. Verovatno najveća psihološka razlika između Pravila Sfinktera i Pravila Tri P je da Pravilo Tri P okriviljuje ženu za ono što medicina naziva „disfunkcionalni naponi (trudovi).“ (Samo što ih mi ne zovemo nefunkcionalni: mi samo mislimo da oni traju duže nego obično.) U skladu sa Pravilom Tri P, ako naponi (trudovi) kod žene ne rezultuju bebinim izlaskom van, u toku vremenskog perioda koji je unapred određen, smatra se da je žena kriva: Žena je odgajila suviše veliku bebu, ili ima malu vaginu ili suviše slabu matericu. Prema Pravilu Sfinktera, naponi (trudovi) koji ne dovedu do porođaja, u nekom „razumnom“ vremenskom periodu, su često usporeni ili u zastoju, usled nedostatka privatnosti, straha i stimulacije pogrešnog dela mozga žene koja se porađa. U ovom poglavlju ću objasniti kako sve ovo funkcioniše.

Akušeri ne razumeju Pravilo Sfinktera, i ne shvataju da ono ima veze sa njima, jer niko ih tome nije učio tokom njihovog medicinskog školovanja, i retko, ako su uopšte imali prilike da vide što bi se desilo da su ozbiljnije razmatrali ovo pravilo. Umesto toga, oni prezentuju Pravilo Tri P, i to tako što smatraju da je rađanje deteta više fizički, nego hiljadama godina star fiziološki proces. Interesantno je da Pravilo Tri P jako malo toga objašnjava u praktičnim uslovima. Jedna od najbesmislenijih dijagnoza u akušerstvu je cefalo-karlična-disproporcija (CPD), naziv zasnovan na Pravilu Tri P, a znači da je beba suviše velika da bi prošla kroz majčinu karlicu. Stopa CPD-a varira od bolnice do bolnice i od države do države. Moje kolege i ja smo prisustvovali uspešnom vaginalnom porođaju kod većih žena, kojima je prethodno dijagnostikovana cefalo-karlična-disproporcija (CPD).

U nekoliko ekstremnih slučajeva, suviše velika neusklađenost između veličina bebe i karlice je sprečila normalan vaginalni porođaj. Problemi ovog tipa su bili mnogo češći u 19. veku kada je većina žena imala deformisane karlice, usled rahitisa. (Samo je nekoliko žena imalo rahitis u razvijenim zemljama.) Tokom napona (trudova) kod većine žena, problem sa jednim ili više od Tri P, nije razlog zbog kojeg se mnogi porođaji završavaju akušerskim intervencijama kao što su povećanje oksitocina, epiziotomija, carski rez, hirurška klješta ili vakum, kada ne dođe do porođaja nakon nekoliko sati napona (trudova). Nepoštovanje Pravila Sfinktera je verovatno uzrok. Da bi se okarakterisao kao pravilo u akušerstvu, opis neke biološke istine bi trebalo uvek da bude istinit i tačan, a ne samo povremeno. Uzmimo primer gravitacionih pravila:

Svaki put kad držimo nešto u vazduhu, a onda ga pustimo, ono će pasti na zemlju.

Voda uvek teče nizbrdo.

Da je Pravilo Tri P zaista bilo tačno po pitanju unutrašnjih mogućnosti žene, postojala bi mala varijacija u broju žena kojima je potrebna akušerska intervencija prilikom porađanja. Pravilo

Tri P nikako ne objašnjava kako konstantno niska stopa primene carskog reza u našem selu (uvek manje od 2%) postoji u istoj državi u kojoj je opšta stopa primene carskog reza veća od 24%. Problem sa Pravilom Tri P je u tome što ignoriše značajne dokaze koji ukazuju na važnost emocionalnog, psihološkog i duhovnog aspekta porođaja. Ovo mnoge doktore navodi da misle da je veliki procenat žena u Americi rođeno sa nekim nedostatkom koji im onemogućava da se porode bez ogromnih tehnoloških intervencija. A zapravo skoro sve su sposobne da se normalno porode, ako im se obezbedi adekvatna briga i okolnosti. Neke babice su predložile da bi Pravilo o Tri P trebalo da bude prošireno, da se dopuni sa drugim P, kao što je Psiha, Položaj, Pomoćnik profesionalac, Politika, Procedura, Pritisak, Ljudi (People), pošto sve navedeno utiče na to koliko porođaj može da bude lak ili komplikovan.

Kada sam se pojavila sa konceptom Pravila Sfinktera, da bih opisala osnovne pretpostavke kojima se vodim u poslu, mislila sam na sfinktere zadužene za izlučivanje, napone (trudove) i porođaj. Znanje bazirano na Sfinkter Logici (poznavanju rada sfinktera) je bilo od davnina usađeno u porođajnu praksu tradicionalnih kultura, širom sveta. Kulture kao što su ove, koje su se održale hiljadama godina, možda mogu da poduče naše tehnološko društvo o mudrosti porođaja. Radoznali lekari su se uvek pitali, zašto se žene iz tradicionalnih kultura mnogo lakše porađaju od modernih žena i žena čija je veza sa prirodom slaba.

Da bih objasnila šta podrazumevam pod Pravilom Sfinktera, prvo ću opisati opštu funkciju i svojstva sfinktera koji regulišu izlučivanje - bešike i rektuma, zajedno sa onima koji su zaduženi za proces napona (trudova) i porođaja - grlića materice i vagine.

Osnove Pravila Sfinktera

Vaginalni sfinkteri, sfinkteri grlića materice i sfinketri za izlučivanje, najbolje funkcionišu u intimnoj atmosferi, u privatnosti - na primer, kupatilo sa zaključanim vratima ili spavaća soba, gde je uznemiravanje nepoželjno ili nemoguće.

Ovi sfinkteri se ne mogu otvoriti našom voljom i ne reaguju na komande (kao što su „Guraj!“ ili „Opusti se!“).

Kada je sfinkter neke osobe u procesu otvaranja, može se naglo zatvoriti, ako osoba postane uznemirena, uplašena, ponižena ili samo-svesna. Zašto? Visoki nivoi adrenalina u krvotoku ne podstiču (a ponekad zapravo i sprečavaju) otvaranje sfinktera. Ovaj blokirajući faktor je bitan razlog zbog kog su žene u tradicionalnim društвима, uglavnom birale druge žene (osim u zaista specifičnim uslovima) koje mogu da prisustvuju njihovom porođaju.

Stanje opuštenosti usta i vilice je direktno povezano sa mogućnošću da se grlić materice, vagina i anus maksimalno otvore. (Preporučujem da se setite ovoga, ako nekad budete imali problema sa hemoroidima, i uplašite se od pražnjenja creva, jer je ovaj aspekt Pravila Sfinktera od velike pomoći u ovakvim situacijama.)

Reproduktivni sfinkteri i sfinkteri zaduženi za izlučivanje

Sfinkteri su kružne grupe mišića koji uobičajeno ostaju zgrčeni (kontrahovani) kako bi otvorili na određenim organima bili zatvoreni, sve dok se ne ukaže potreba da nešto prođe kroz njih. Zadatak svakog sfinktera je da se opusti i raširi, tako da se nemetano može otvoriti dovoljno široko, da omogući prolaz nečega što mora tuda proći. Za pražnjenje creva i bešike i porođaj, neophodno je otvaranje sfinktera.

Majkl Odent, dobro poznati francuski doktor, je dosta doprineo našem razumevanju fiziologije porođaja, objašnjavajući ulo-

gu ljudskog mozga tokom perioda napona (trudova) i porođaja. On pravi razliku između neokorteksa - racionalnog dela mozga, koji igra važnu ulogu u apstraktnom razmišljanju - i onog dela mozga koji upravlja instinktima. Za ovaj deo mozga, ili moždano stablo, se takođe smatra da predstavlja žlezdu koja luči hormone. Svi sisari ženskog pola, uključujući i žene, luče određeni broj hormona tokom porođaja, kao što su oksitocin, endorfin, prolaktin. Sa druge strane, stimulacija neokorteksa može zapravo da ometa porođajni proces, tako što blokira lučenje hormona od strane drugog dela mozga koji upravlja instinktima.

Kako je neokortex stimulisan? To se može izvesti na nekoliko načina: ako pitate majku koja je u procesu napona (trudova) da odgovara na pitanja koja zahtevaju razmišljanje, ako je neka osoba na takav način u njenoj blizini, da se ona oseća posmatrano i nelagodno, izlažući je jakom svetlu i nedovoljnom zaštitom njene privatnosti.¹ Većina izjava koje su dali lekari u 19. veku (kada se još uvek najveći deo žena porađao u svojoj spavaćoj sobi), govori nam da je medicinska profesija tada imala više radnog znanja o Pravilu Sfinktera, nego lekari danas. Naravno, oni to onda nisu zvali Pravilo Sfinktera: umesto toga, pričali su o „skromnosti.“

Nedavno istraživanje mozga² je formirano da bi se ispitalo na koje načine centar mozga koji upravlja instinktima usklađuje glatke mišiće bešike sa opuštanjem sfinkter mišića.

Korišćena je tehnologija slikovitog prikaza mozga. Prvi zadatak istraživača je bio da nađu ljude koji bi učestvovali u istraživanju. Da bi se tehnologija slikovitog prikazivanja mogla koristiti, učesnicima studije se moralo omogućiti da uriniraju u prisustvu posmatrača. Imajući u vidu da ne može svako da obavi ovaj zadatak, istraživači su počeli sa odabirom ljudi koji kod svojih kuća mogu da uriniraju dok ih neko posmatra. Ti ljudi su onda bili podvrgnuti istom postupku u bolnici, dok je istovremeno prikazivana slika njihovog mozga. Međutim, istraživači su morali da se suoče sa preprekom koju nisu u potpunosti predvideli: Većina ljudi koji su

mogli da mokre kod kuće, uz prisustvo posmatrača, nije isto to moglo da izvede dok je bilo u bolnici.³ Žene koje se porađaju u bolnici, moraju da se izbore sa ovim blokirajućim faktorima.

Urinarni i analni sfinkteri, omogućavaju bešici i rektumu da funkcionišu kao rezervoari koji zadržavaju svoje sadržaje, sve dok ne dođe potreba za izbacivanjem. Kod odojčadi, ovi sfinkteri nisu potpuno razvili sposobnost da ostanu zgrčeni dok se ne ukaže povoljna situacija da mogu da se opuste. Učenje da se održava ovaj ritam kontrole sfinktera je cilj treninga sa nošom, koji obično nastupa tokom druge ili treće godine kod odojčadi, i male dece u industrijalizovanom svetu.

Za većinu ljudi koji su odrasli u industrijalizovanim društвима, potrebna je određena doza privatnosti da bi se sfinkter opustio dovoljno da dođe do pražnjenja, čak i kad je nagon za pražnjenjem dosta jak. (Postoje i izvesne razlike između bešike i rektuma, očigledno, pošto bešika ima manju granicu izdržljivosti u odnosu na rektum.)

Sfinkteri, kao mišići koji nisu pod našom svesnom kontrolom, su pod uticajem emocija. Oni funkcionišu najbolje i najopuštenije u mirnoj i opuštajućoj atmosferi, kada nema uznemirujućih emocija. Verovatno, pošto su organi za eliminaciju dosta blizu organa za reprodukciju, posebno kod muškaraca, javni toaleti su podejljeni na osnovu polova. Naše društvene norme zahtevaju privatnost koju omogućuju zidovi između kabina i vrata sa bravom.

Istinsko razumevanje napona (trudova) i porođaja postaje mnogo lakše kad naučimo da su grlić materice i vagina, takođe sfinkteri. U većini slučajeva, oni funkcionišu kao i ostali sfinkteri u organizmu. Oni obavljaju normalne telesne funkcije. Naponi (trudovi) predstavljaju jak i intenzivan rad koji zahteva svu majčinu pažnju, i može trajati satima uz preznojavanje i duboko disanje. Ipak to i dalje ostaje normalni fiziološki proces, kroz koji žene, kao i ženke svih sisara, prolaze od kad postoje. Da biste razumeli ovaj fizički proces neophodno je da razumete kako sfinkteri funkcionišu.

Svojstva sfinktera

Sfinkteri ne slušaju naređenja. U skoro svim bolnicama industrijalizovanog sveta gotovo je ustaljena praksa da se porodiljama stalno komanduje da guraju, onda kada se dole potpuno otvore. Takve komande se daju ženama bez razmišljanja o tome da se nagon za guranjem postepeno, spontano pojavljuje kod majke porodilje. Guranje će samo po sebi doći na red, i bez da neko više na majku kako i kada da gura. Mnoge žene su u mogućnosti da izguraju svoje bebe napolje, dok se na njih više, ali verovatno će i završiti započeto uprkos, a ne zbog ometanja u vidu vike. Ne postoji jači i intenzivniji telesni nagon od materičnih kontrakcija, koje pomeraju, guraju bebu niz porođajni kanal, kada se grlić materice potpuno otvori. Prisetila sam se istraživanja Dr Kristijane Nortrap (Christiane Northrup), kada se tokom napona (trudova), prvi put suočila sa nagonom za guranjem. Upravo je završila svoju akušersku specijalističku obuku. Obećala je da nikad više neće reći porodilji u trudovima da prestane da gura, ako porodilja oseća nagon za guranjem, iako su je tome učili njeni profesori.⁴ One koje se nikada nisu porađale dok neko više na njih, mogu bolje da razumeju kako ovakav pristup (vikanje) može biti ometajuć, dok razmišljaju šta bi bilo ako bi se uneredile dok stranac stoji pored njih i više im kako i šta da rade.

Sfinkteri najbolje funkcionišu u uslovima prisnosti i privatnosti. Jedna moja bliska prijateljica mi je dala praktičnu lekciju u vezi ovog aksioma, tokom sedmodnevног puta od Ajove do Kalifornije. Ovo se dogodilo za vreme naših studentskih dana, tokom ranih šezdesetih godina. Kampovali smo po nacionalnim parkovima, kako bismo troškove sveli na minimum. U to vreme u nacionalnim parkovima su postojali samo poljski toaleti ili neki slični. Ovo je mojoj prijateljici bilo prvo terensko putovanje kroz državu. Otkrila je da su toaleti od Ajove do Kalifornije toliko nezadovoljavajući, da je dobila sve veći zatvor iz dana u dan. Mogla je da mokri, ali to je bilo sve. Svakog jutra mi je davala

svoj dnevni izveštaj o zatvoru. Bez obzira na to koliko su toaleti na benzinskim stanicama, tokom putovanja, bili čisti, ona nije mogla da obavi veliku nuždu dok god smo bili na putovanju. Kada smo konačno stigli do kuće njenih rođaka u severnoj Kaliforniji, ona je odmah otrčala u toalet. Nekoliko trenutaka kasnije, pojavila se nasmejana uz veliki osećaj olakšanja. Ona kaže da je razliku napravilo to što se u kupatilu rođaka osećala kao kod kuće. To je omogućilo njenom organizmu da normalno funkcioniše. Kada smo se nedavno prisetile ovog putovanja, rekla mi je da se skoro vratila sa 15-odnevnog puta iz Čehoslovačke. To što nije imala rođake u Češkoj je očigledno bilo problem, jer nije imala pražnjenje creva čitave dve sedmice. Neke stvari se jednostavno ne menjaju, kako vreme prolazi.

Časovi obuke o porođaju za parove, babice Lize Goldštajn (Lisa Goldstein), iz ruralnog dela Severne Karoline, podrazumevaju duhovit i efektivan način da se očevi poduče kako razne blokade utiču na otvaranje sfinktera. Prvo im je pokazala novčanicu od 50 dolara. Onda je stavila na pod jednu osrednju činiju od nerđajućeg čelika oko koje je sedelo 10 ili 15 parova. Onda je ponudila novčanicu prvom čoveku koji pred svima bude mokrio u činiju. Tokom svih njenih godina rada, ponavljala je eksperiment sa činjom i novčanicom, i ispostavilo se da nikada nikome nije morala da da tu novčanicu.

Sfinkteri mogu naglo da se zatvore kada je njihov vlasnik trgnut, iznenađen ili uplašen. Sfinkteri mogu naglo da se zatvore, bez ikakvog uticaja volje njihovog vlasnika. Iznenadna kontrakcija, prethodno opuštenog sfinktera je reakcija koja se bazira na strahu. Ovo je deo prirodne reakcije, beži-ili-bori se, na doživljenu opasnost. Nivoi adrenalina i kateholamina rastu u krvotoku kada je organizam uplašen ili ljut, besan. Ženke životinja u prirodi, kao što su gazele i divlje zveri, mogu se naći u situaciji da krenu da se porađaju, a da se odjednom čitav proces porođaja preokrene, ako ih iznenadi napadač. Ovo je samo jedan od načina koji pokazuje kako su svi sisari programirani da se zaštite to-

kom porođajnog procesa, kada su najranjiviji. Isti ovakav mehanizam postoji i kod ljudi, i nije neophodno da ga razumemo da bi se ispoljio.

Mnoge praktične šale su zasnovane na ljudskom poznavanju određenih fizičkih reakcija. Moj suprug me uverava u sledeće: Čovek stoji i mokri u javnom toaletu, i ako neko naglo i bučno upadne kod njega, veliki broj njih će shvatiti da im urin više ne izlazi. Može da bude potrebno i nekoliko trenutaka relaksacije, pre nego što budu mogli da nastave sa uriniranjem.

Sećam se porođaja koji me je naučio da grub i bezosećajan karlični pregled može da preokrene proces otvaranja grlića materice u suprotnom smeru. Prisustvovala sam porođaju majke prvorotke, kod koje se pojavila grozница. Uskoro je bilo jasno da je groznicu izazvala infekcija bešike. Iako je dole bila otvorena 7 cm, nije napredovala od tog stanja. Odlučila sam da bi trebalo da je odvedem u bolnicu. Kada smo stigli u bolnicu u Nišvili (dole je još uvek bila otvorena 7 cm - proverila sam pre dolaska u bolnicu) briga o njoj je dodeljena akušeru, čije ponašanje je bilo sumorno i ne baš prijateljski nastrojeno. Bez ljubaznosti i dopuštanja, obavio je interni pregled tako grubo da je žena plakala od bola - takve reakcije nije imala tokom mojih prethodnih pregleda. Promrmljao je da joj je grlić materice otvoren samo 4 cm i izašao iz prostorije na nekoliko minuta. Dok je on bio napolju, uverila sam se sopstvenim pregledom da joj je grlić materice otvoren 4 cm. Bila sam ubedena da je doktorov grub i bolan pregled doprineo tolikom zatvaranju grlića materice. Naponi (trudovi) se kod ove žene više nisu pojavljivali, posle grubog internog pregleda od strane neljubaznog akušera, pa su ovu ženu morali da porode carskim rezom. Za ženski neokorteks, ovaj čovek je bio akušer, ali iz ugla grlića materice i mozga koji rukovodi instinktima, ovaj čovek je bio neprijatelj, napadač.

Na osnovu nerazdvojnih misterija ženskih tela, dovoljna su zaščitanja na osnovu kontinuiranog prisustovanja koja mogu preneti adekvatnu dubinu doživljaja. Šta bi moglo da bude miste-

rioznije od telesnog procesa koji se menja, u zavisnosti od toga ko se nalazi u blizini.

Neki skeptici se mogu pitati da li je ikad postojao dobar razlog da se muškarci (osim članova porodice) udalje iz porođajne prostorije. Može li njihovo prisustvo, ili prisustvo ženskih osoba koje su nepoznate porodilji, da zaista koči porođaj?

Sigurna sam da je odgovor na oba pitanja, da. Prisustvo nepoznate osobe u porođajnoj prostoriji, posebno ako je ta osoba muškarac koji nije suprug porodilje, jako često (iako ne uvek) usporava ili zastavlja napone i porođaj. Danas je naravno moguće ponovo pokrenuti ili pojačati napone (trudove) pomoću sintetičkih lekova koji sadrže oksitocin, a koji se ubacuju intravenozno. Ovo može biti pogodno, ukoliko je zaista neophodno, ali intravenozni lekovi koji se koriste da održe napone (trudove) kod žene, takođe ne dozvoljavaju ženama da se slobodno kreću i izazivaju dosta bolne kontrakcije. Promene položaja, šetanje, sagnutost, uspravljenost tokom napona (trudova) su jako bitni, da bi žene bile sposobne da se porode sopstvenom snagom. i svaki lek koji se koristi tokom porođaja ima negativne sporedne efekte.

Smeđ pomaže da se sfinkteri otvore. Endorfini, kao prirodni opijati koji umrtvjuju bol, odmah deluju i nemaju negativnih sporednih efekata. Smeđ je dobar. Jak smeđ je još bolji. Dobar smeđ iz stomaka je jedan od najefikasnijih oblika anestezije. Mlada žena koja je nedavno prisustvovala jednoj od naših radionica za asistentkinje - babice, mi je rekla kako je spontano otkrila koliko joj je smeđ pomogao da dostigne prelep porođaj, bez upotrebe lekove, a tokom kojeg je bila potpuno svesna.

„Smejala sam se skoro tokom čitavog perioda napona (trudova),“ rekla je. „Uvek to radim tokom stresnih situacija. Kao na primer u avionu tokom poletanja i sletanja.“

Sećam se sedeljki iz mog ranog tinejdžerskog uzrasta. Moji prijatelji i ja smo se puno i glasno smejali. Naravno, ja znam da je teško za nekoga ko je imao bolne trudove da poveruje da smeđ

može da ublaži bol. Ali samo oni koji su probali smeh, znaju o čemu se stvatno radi.

Zaboravite igre reči i dosetke. One neće funkcionsati. Neobične šale, toalet-šale, ovo su sve mogućnosti u zavisnosti od vašeg raspoloženja. Kao primer toalet-šale, ispričala bih vam o mom svekru u bolnici. Bio je strog, krut čovek, bez izraza na licu. Jednog jutra, sestra se zaustavila pored njegovog kreveta i pitala:

„Da li smo danas imali naše pražnjenje creva?“

„Ja sam imao svoje. A da li ste vi imali vaše?“ pitao ju je.

Većina mojih šala u vezi funkcija organizma sadrži jedno-složne anglo-saksonske nazine za delove tela, telesne tečnosti i radnje. One izazivaju više smeha nego njihovi latinski ekvivalenti. Šale kao što su ove, imaju duplu funkciju. Ne samo da mogu da nasmeju, već mogu ponovo da uvere majku da neću biti revoltirana ukoliko se ona malo uneredi tokom faze guranja. Ova vrsta ponovnog uveravanja čuva porodilju od osećanja straha, poniženja i sramote koji mogu da uspore ili zaustave porođaj.

Lagano, duboko disanje pomaže da se sfinkteri otvore. Ostali faktori i vežbe utiču na lakoću sa kojom se sfinkteri mogu otvoriti. Duboko disanje, iz trbuha, izaziva opštu opuštenost mišića u telu, posebno mišića na dnu karlice. Ovakav način disanja podučavaju učitelji vežbanja - treneri. Rut Bender govori o ovim metodama:

Lezite na leđa i savijte kolena, sa stopalima na podu. Stavite šake na stomak, odmah ispod pupka, tako da možete bolje osetiti šta se dešava. Sad, dozvolite vašem stomaku da se podigne (bez da ga vi gurate) i onda ga lagano uvucite. Tokom ovog postupka bi trebalo da se pomera samo vaš stomak. Ne mislite o disanju. Samo pustite vaš stomak da se podiže i spušta. Radite ovo polako i opušteno oko 10 puta, bez pravljenja naglih pokreta.

Ponavljajte ovu vežbu sa zatvorenim očima, tako da možete zaista shvatiti šta se dešava u vašem organizmu. Osetiće da kad vam se stomak izdiže, vi udišete, a kad vam se stomak spušta, vi izdišete.

Mnoge žene su bile uslovljene da se osećaju loše u vezi opuštanja trbušnih mišića, jer su se plašile da ove vežbe mogu da dovedu do povećanja njihovog stomaka. Međutim, grčenje i opuštanje trbušnih mišića je dobar način da se ti mišići ojačaju.

Ovo duboko disanje iz trbuha nije samo opuštajuće za srce, nervni sistem i um, već omogućava i maksimalno širenje pluća. Dolazi do povećanja količine kiseonika koji može ispuniti vaša pluća. Može vam pomoći da se opustite dovoljno, da odete na spavanje. Pored toga daje vašim trbušnim organima nežnu masažu, pojačava peristaltičke pokrete creva i pojačava cirkulaciju u trbušnim organima, kako bi im omogućili da funkcionišu na pravi način.

Drugi faktori koji pomažu da se sfinkteri otvore tokom napona i porođaja. Potapanje u kadu sa topлом vodom, može takođe da bude umirujuće za porodilju. Jako je teško da vam mišići budu kruti i zgrčeni, dok ležite u toploj vodi.

Ako se javi potreba za pristupom vaginalnom, analnom i cervicalnom sfinkteru, biće mnogo manje neprijatno iskustvo kada se imaju na umu sledeće stvari:

- Prvo, mora se pitati za vašu dozvolu. Ovo je osnovna učitost, ali je i dosta praktično. Kada je dobijena dozvola, sfinkter mišići će pružati mnogo manji otpor i zbog toga će biti mnogo manje neprijatnosti i bola.

- Drugo, dosta je od pomoći, ako se prst nežno postavi na obod sfinktera i drži mirno, 4-5 sekundi.

- Treće, kad jednom osetite opuštanje sfinktera, sporo i nežno mrdajte unutra. Isti principi nežnosti važe i za preglede grlića materice i vagine. Kad se oni ispoštuju, postoji vrlo mala verovatnoća da dođe do zatvaranja grlića materice.

Kako je gore, tako je dole. Ranije tokom moje karijere babice posmatrala sam još jednu fascinantnu vezu koja se odnosi na Pravilo Sfinktera. Primetila sam snažnu povezanost između sfinktera usta i grla, i grlića materice i vagine. Opuštena usta podrazumevaju elastičniji grlić materice. Ženama kod kojih su usta i

grlo opušteni tokom napona i porođaja, retko je potrebno ušivanje nakon porođaja. Ukoliko ne guraju bebu van previše brzo, ogromna je verovatnoća da će se poroditi bez rascepljivanja ili zasecanja. Sa druge strane, žene koje prave grimase i stiskaju svoje vilice, tokom guranja, imaju veće šanse da se rascepe, jer je kod njih tkivo međice (predeo između vaginalnog i analnog otvora) dosta kruto. Mnogo puta sam posmatrala kako dolazi do opuštanja tkiva međice, kad žene kojima se grče vilica, grlo i usta, opuste svoje mišiće. Ova relaksaciona taktika je, tokom godina, smanjila broj rascepljivanja i epiziotomija (zaštita međice od nekontrolisanog pucanja). Većina žena mnogo lakše shvata kako da opusti vilicu, nego grlić materice i vaginu.

Razumevanje povezanosti između gornjih i donjih sfinktera može smanjiti bol i nelagodnost kod zatvora, predmenstrualnu napetost, grčeve tokom ciklusa, napona i porođaja i bolova nakon toga. Ako osetite da drobite, stiskate svoje zube ili stežete vilicu, uhvatite sebe u tome. Udahnite duboko i izdahnite, opuštajući svoja usta i mišiće grla. Ovaj efekat se poboljšava ako pustite glas dok izdišete. Proizvedite zvuk dovoljno niskog tonaliteta da vam zatreperi grudi.

U proleće 1972. jedna od mojih prijateljica se prvi put porodala. Postala je prilično neraspoložena i uspaničena kako je glava njene bebe počela da se pomera niz porođajni kanal. Htelia je da ustane i pobegne od bola. Morala sam da pronađem nešto što bi ona mogla da radi da bi se opustila, tako da bi bebina glava mogla da izađe bez cepanja tkiva međice. Bilo je isto tako važno da me ne odgura od kreveta. A onda mi je sinula ideja. Ona je bila pevačica, tako da sam znala da može da kontroliše usta i grlo. Predložila sam joj da peva tokom sledećeg guranja. Prihvatile je, ceneći bilo šta što bi joj moglo pomoći da ostane pribrana. Čim je počela da peva, perfektno pogodajući sve tonove i note (nije bila u mogućnosti da vrišti dok peva) njena beba je počela da se pomera naniže. Za nekoliko minuta, beba je bila rođena.

Nije svaka žena profesionalna pevačica, ali svaka može da peva neku pesmu dok se porađa. Pevanje će povećati do maksimuma sposobnost sfinktera da se otvore. Zvuci koji ovome doprinose su oni iz dubine tela, oni od kojih ce vam trepereti čitave grudi. Čak i žena koja ne proizvodi nikakve zvuke dok se porađa, može dok gura, da namerno drži svoja usta i grlo labavim i u opuštenom stanju. Ako drži usta i grlo otvorenim, pre nego da stiska vilicu i škrguće zubima, međica reaguje shodno tome. Mišićno tkivo međice momentalno postaje elastičnije i rastegljivije i tako može da klizi oko bebine glave i tela, bez cepanja i zasecanja.

Ne mogu da izbrojim koliko puta sam posmatrala žene koje doživljavaju slično opuštanje sfinktera grlića materice, koje je povezano sa pozitivnim rečima, punim ljubavi, koje su izgovorene tokom najintenzivnije faze napona ili trudova (obično u periodu kada je grlić materice skoro potpuno otvoren). Ponekad sam porodiljama pričala priču o mojoj prijateljici koja se porađala, tj. kako su reči koje je ona izgovarala uticale na njen porođaj. Posebno sam želeta da ilustrujem blagotvorne efekte koje pozitivne reči mogu da imaju na um i telo porodilje. Često bi majka uvidela, da nema ništa da izgubi, pričajući pozitivno. Onda bi rekla svom suprugu, babici, prijateljima koji su joj pomagali, koliko ih puno voli. Mogu reći da nikada nisam primetila da je kod bilo koje porodilje grlić materice ostao krut, neelastičan, dok bi izgovarala pozitivne reči pune ljubavi.

U drugim slučajevima (gde nije bilo tehnika opuštanja) grlić materice bi se otvorio svega nekoliko centimetara, što bih lično proverila prstima. Ranije, tokom svoje karijere, posmatrala sam mnoge žene koje su se porađale sa otvorenim ustima i gromom, opuštene, ispuštajući pri tom zvukove koji su me asocirali na prijatno vođenje ljubavi. Znajući kako ovo funkcioniše, često sam demonstrirala zvuke koji pomažu da se grlić meterice otvori: niskotonosko jaukanje i orgazmični uzdasi. Majka kojoj je potrebna pomoć u ovoj fazi porođaja, može da ponavlja zvuke. Moji

saradnici i ja smo otkrili da mnoge žene smatraju korisnim, ako im kažemo da je lagano uzdisanje, dobar način da grlo održe otvorenim i opuštenim. Ako smatraju da su ovi zvuci smešni, utoliko bolje, pošto smeh i zabava podstiču opuštenost.

Tokom ranijih godina moje karijere razvila sam još jednu relaksacionu tehniku da bih pomogla ženama da održe usta i grlo opuštenim tokom porođaja. Ovo je nazvano „konjske usne“ ili „zviždanje“. Kada osoba potpuno opusti usne i izduva dosta vazduha kroz njih, značajnim pritiskom, nežno talasajući usnama, ovo podseća na zvuk nežnog lepršanja usana koje konji proizvode. Otkrila sam da kada žene u naponima (trudovima) pokušaju da proizvedu ovakav zvuk (čak iako ne uspeju potpuno), to značajno opušta njihova usta i grlo, a u isto vreme opušta grlić materice i međicu. Žene koje su ovo pokušale tokom menstrualnih grčeva, otkrile su da je iznenađujuće korisno za ublažavanje bola. Ovo takođe preporučujem i osobama sa jakim zatvorom, uključujući i one koji imaju hemoroide i koji se plaše bola koji može pratiti otvaranje analnog sfinktera, tokom sledećeg pražnjenja creva. Uzgred, ne preporučujem ovo kao zamenu za lečenje hemoroida - omekšivačima stolice i promenom ishrane, već kao dopunu ovim tretmanima.

Ova tehnika je od pomoći u još jednom slučaju. Nedavno sam prisustvovala kućnom porođaju jedne velike bebe, koja je bila drugo dete svojoj majci. Majčin grlić materice je bio otvoren u punoj meri, ali poslednje, malo rastezanje koje je bilo neophodno, joj je padalo teško. Nije bila sigurna da može da nastavi sve to. U tom trenutku, njen dvogodišnji sin se dogegao do kupatila, želeći da vidi svoju majku. Otac mu je pomogao da sedne između njega i majke. Nastavila sam da je ohrabrujem, govoreći joj da će još malo biti spremna da gura, da može da nastavi i da razumem koliko je za nju sve ovo naporno i izazovno. Onda sam majci pokazala „konjske usne“ ubeđujući je da će primena ove tehnike pomoći da joj se grlić materice otvori još malo. Iznenada, njen sin je to uradio. Izgledao je toliko simpatično, da je ona zaboravila

la koliko je bila obeshrabrena, i počela da se smeje sinu. Naravno, sinčić je bio srećan što ponovo vidi majku da se smeje, pa je nastavio sa „konjskim usnama“, a i ona je u tome uživala. Kombinacija animiranosti, smeha i tehnike „konjskih usana“ doprinela je da se dodatno otvori, u narednih nekoliko minuta. Uskoro je rođena njena čerka teška 4,5 kilograma.

Razumevanje Pravila Sfinktera je važan deo obuke o povezanosti uma i tela. Zbog toga što je poverenje tako dragoceno i moćno osećanje, jako je bitno da o trudnici brinu ljudi u koje ona ima poverenje. Ljubav je još jedan veoma moćan lek i ublaživač emocija. Poverenje i ljubav čine opuštanje mogućim. Verujem da su najbolje babice one koje osećaju i ispoljavaju ljubaznost i dobrotu prema porodilji o kojoj brinu. To znači da one ne gledaju ženu u kritičkom smislu, primećujući njene greške i nedostatke. Umesto toga, one cene ženu onaku kakva jeste. Kada majka voli i veruje svojoj babici ili doktoru, biće joj mnogo lakše da opusti donje sfinktere, u prisustvu takve osobe. Osećaj sigurnosti će učiniti napone i porođaj ne samo efikasnijim, već i mnogo manje bolnim.

Jednom sam napravila šalu koja je imala pozitivan efekat. Mlada žena koja se prvi put porađala, opirala se osećaju koji Amiši zovu „bol za guranje.“ Iz iskustva sam znala da ona ima problem da poveruje da dole ima dovoljno mesta, da prođe nešto tako veliko kao što je bebina glava, tako da je pokušavala da zaštiti svoj donji deo. Imala sam osećaj da joj je raspoloženje kao moje, kada sam kao očajna 8-godišnjakinja, želeta da preuredim svemir zarad sopstvene udobnosti (u mom slučaju sam želeta da moja majka može da mokri umesto mene, tako da ne bih morala da ustajem iz kreveta).

„Postoje trenuci kao ovi, kada je lakše pomisliti kako je Tvorac osmislio dobar dizajn,“ rekla sam. „Na primer, bebine kosti se formiraju nakon rođenja, umesto pre rođenja. To znači da bi mogla samo da istisnes bebu van.“

Kada sam joj to rekla, malo se ozarila. Onda sam dodala, „Ali ćeš onda morati da je nosiš u posudi za mešanje, neko vreme, dok joj se ne razviju kosti.“

Smejala se tome, kakva bi to nezadovoljavajuća situacija bila. Sa njenim sledećim „bolom za guranje“, sagnula se, gurala i uskoro se beba rodila.

Jedan porođaj kome smo prisustvovali u našem centru za porođaj u selu, tokom osamdesetih godina, obećavao je da će biti izazovan. Šest godina ranije, ova majka (ja ču je zvati Sara) je dobila svoju prvu 2,8 kilograma tešku bebu, uz našu pomoć. Taj porođaj je bio jedan od nekoliko koje smo izveli pomoću akušerskih klešta. Nisam lično prisustvovala porođaju, ali su mi kolege rekle da je bio dug. Nakon nekoliko sati pokušavanja, Sara je bila previše iscrpljena da bi dalje gurala bebu. Sara se vratila u naše selo, mesec dana pre nego što je njena druga beba rođena. Osećajući bebu u njenom stomaku, mogla sam odmah zaključiti da je beba već teža od 2,8 kilograma. Ako bi se porodila normalno tokom četrdesete sedmice, beba bi dostogla težinu blizu 3,7 kilograma. Morala sam da znam da li je bilo koji deo Sarine karlice uzak. Troje nas ju je pregledalo i zaključili smo da je njena karlica dovoljno velika i široka da podnese vaginalni porođaj bebe teške blizu 3,7 kilograma. Nismo mogli da se settimo šta je moglo da bude problem sa Sarinim prvim porođajem. Sara se prisetila da nikad nije osetila nagon za guranjem i smatrala da ju je umorilo guranje bez dobrog nagona.

Ovog puta, kada su joj počeli naponi (trudovi), Sarino porođanje nije moglo biti bolje. Bila je zahvalna što ima napone (trudove). Prihvatile je svaki nalet, želeći da mu se preda. Između naleta, pričala je sa svojim suprugom Markom (koji je sedeо iza nje, na njihovom krevetu) i nama babicama. Marko je bio veoma krupan i snažan čovek, i Sara je očigledno uživala dok je bila oslonjena na njega. Jedna od nas je pomenula kako je to jako korisno za njih.

„On se zaista oseća dobro dok sam naslonjena na njega,“ rekla je Sara. „Oslonila sam se na njega, baš kao sada, kada sam rađala Kejdens. Ustvari, nisam mu dala da mrdne čitavih 14 sati.“

„Tako je,“ rekao je Marko. „A ja sam imao potrebu da mokrim tokom poslednjih dvanaest od četrnaest sati!“

Sve četiri babice su se pogledale međusobno. Mi smo mislile na istu stvar: Oslanjanje na krupnog vitalnog čoveka, koji nije mogao da se potpuno opusti za to vreme, je mogla da bude ključna stvar, koja je sprečila Saru da se optimalno opusti. Ovo je svakako usporilo otvaranja grlića materice. Jedna stvar je jasna: Niko od nas se neće uzdržavati od mokrenja, ako oseti potrebu. Nekoliko puta smo se i šalili u vezi ovoga.

Sarina i Markova druga beba bila je teška skoro 3,7 kilograma. Ta beba je bila rođena samo zahvaljujući snazi njene majke, i nije morala da oseti čeličnu dršku akušerskih klešta.

Optimalno funkcionisanje naših različitih sfinktera je lakše izvodljivo kada shvatimo kako da bolje uskladimo naše misli sa potrebama našeg donjeg dela tela. Često kažem da naši donji delovi tela najbolje funkcionišu kad su naše misli ili zahvalne ili zabavljene ludorijama vezanim za aktivnost naših donjih delova tela. Neverovatno je koliko naši donji delovi tela bolje funkcionišu kad o njima mislimo na duhovit način, nego sa užasavanjem, odvratnošću, ili što je najgore ako ih se stidimo. Bog zna da ne možemo okrenuti leđa našim donjim delovima tela.

Reference

1. Johnson, Jessica, and Odent, Michel. *We Are All Water Babies*. Berkeley, CA: Celestial Arts Publishing, 1995, pp. 56-60.
2. Brain. November 1998.
3. Ibid.
4. Northrup, Christiane. *Women's Bodies, Women's Wisdom*. New York: Bantam Books, 1994.

5. poglavlje

Šta je sve potrebno da znate o trudnoći i preporođajnoj negi

Dva modela porodiljske nege

Prethodna poglavlja su vam obezbedila neke osnovne informacije o čudesnim sposobnostima ženskog tela, o vrstama okruženja i atmosferama u kojima porođaj najbolje napreduje, i faktorima koji mogu da prekinu i preokrenu napone i porođaj. Ova oblast bi trebala da vam da ideju o varijacijama između svih vrsta porodiljske nege, koji postoje u SAD, kao i kriterijumu za odabiranje adekvatne osobe koja bi brinula o porodilji.

Važno je znati da postoje dva najizarženija načina razmišljanja o trudnoći i porođaju, u SAD, kao i u drugim državama. Od ovih različitih koncepcija u pogledu ženskih tela i značaja porođaja, su se pojavila dva različita modela porodiljske nege: humanistički model nege i tehnico-medicinski model nege.

Sociolog Barbara Kac Rotman (Barbara Katz Rothman) je prva koja je imenovala i opisala razlike između ova dva modela.¹ Ona je ukazivala na to da je model nege, koji uključuje prisustvo babice, ženski-centriran (postavlja ženu u centar zbivanja). U okviru toga, porođaj je nešto što žene obave, a ne nešto što se njima dešava. Porodilja je centralna ličnost u drami života, koja donosi novi život. Ovaj model nege prepoznaće suštinsko jedinstvo tela i uma, i snagu žene u stvaranju novog života. Humanistički model, takođe shvata trudnoću i porođaj kao nerazdvojne zdrave događaje, a majku i dete, kao nerazdvojnu jedinicu. Prema ovom modelu, emocije žene imaju veliki uticaj na blagostanje

bebe. Kada su zadovoljene ženine emocionalne potrebe, postoji manji rizik za bebu. Istina je da beba nema izbora, osim da oseća ono što oseća majka. Prenatalne posete u okviru ovog modela naginju ka tome da budu što duže, dozvoljavajući da se dobiju odgovori na više postavljenih pitanja, nego u slučaju prenatalne posete u okviru medicinskog modela. Humanistički model nege prepoznaje važnost kvalitetne ishrane, kao najbolji način da se spreče najčešće komplikacije u trudnoći. On ističe važnost prijateljstva i ohrabrvanja tokom porođaja kao način da se izbegne bilo kakva tehnološka intervencija tokom porođajnog procesa. On ne nameće proizvoljna vremenska ograničenja fizioloških procesa.

Detaljna istraživanja pokazuju da će se usled primene humanističkog modela nege, 85-95% zdravih žena bezbedno poroditi bez operacije ili upotrebe akušerskih klješta i vakuma. U okviru ovog modela, medicinska intervencija je potpuno neprikladna, osim u slučaju da je zaista neophodna. Naponi imaju svoj ritam, i u okviru ovog modela se ne očekuje da se završe u nekom grubo određenom vremenskom periodu. Mogu početi pa prestati, usporiti se pa ubrzati, a da i dalje budu normalni. Porodila se tokom napona može slobodno kretati, jesti, piti i biti seksualno razigrana sa partnerom, u okviru ovog modela (ako je to ono što najbolje stimuliše napone i porođaj). Sve ove aktivnosti pomažu da naponi napreduju. Humanistički model, naravno, prepoznaje, da je ponekad neophodna medicinska intervencija, i da se ona primenjuje samo u posebnim slučajevima. U isto vreme, ovaj model tvrdi da medicinska intervencija može biti opasna i štetna, ukoliko se primenjuje zbog pogodnosti, udobnosti ili profita.

Humanistički model nege (koji uključuje prisustvo babice) je zasnovan na činjenici da su trudnoća i porođaj normalni životni događaji. On uključuje: nadgledanje fizičkog, psihološkog i socijalnog blagostanja majke tokom porođajnog ciklusa; obezbeđivanje individualne edukacije, savetovanje i prenatalnu negu,

stalnu stručnu praktičnu pomoć tokom napona i porođaja, i posle-porođajnu podršku; svodenje tehnoloških intervencija na minimum; prepoznavanje i upućivanje žena, koje zahtevaju oprez akušera. Primenom ovog modela sa smanjuje učestalost porođajnih povreda, trauma i primene carskog reza (preuzeto iz knjige "Snaga babicinog zaduženja" (Midwifery Task Force)).

Tehno-medicinski model porodiljske nege je uporedno nov u svetu, za razliku od humanističkog modela, i postoji jedva nekih dva veka. Ovaj okvir nege, koji je nastao od strane muškaraca, je proizvod industrijske revolucije. Kao što je antropolog Robi Dejvis Flojd^{2,3} detaljno opisao, osnova teknokratskog načina nege u ovom našem vremenu je pretpostavka da je ljudsko telo mašina, a da je posebno žensko telo, mašina puna mana i defekata. Trudnoća i porođaj se doživljavaju kao bolesti, i da ne bi bile štetne po majku i bebu, moraju biti tretirane lekovima i medicinskom opremom. U okviru tehnico-medicinskog modela porođaja određene medicinske intervencije se smatraju neophodnim prilikom svakog porođaja, i porođaj je bezbedan samo u retrospektivi. Prema ovom modelu, kada počnu naponi (trudovi), do porođaja mora doći u roku 24 sata.

U okviru tehnico-medicinskog modela porođaja se smatra da su um i telo razdvojeni. Zbog ovoga, emocionalno okruženje je od važnosti samo kad se reklamira usluga. Tamo gde vlada tehnico-medicinski model porađanja, žene koje se porađaju vaginalno period napona (trudova) prolaze u krevetu, prikačene na električne monitore za posmatranje fetusa, intravenozne cevčice i uređaje za očitavanje pritiska. Jedenje i pijenje tokom napona, uglavnom nije dozvoljeno. Naponski i porođajni bolovi, u okviru ovog modela, su neprihvatljivi i otklanjanje bola i upotreba anestezija se podstiču i ohrabruju. Epiziotomija (hirurški rez, radi proširenja vaginalnog otvora) se rutinski primenjuje, u skladu sa stavom de je porođaj preko netaknute međice (perineuma) nemoguć, ili ako je moguć, može biti štetan za majku ili bebu. Umesto da bude glavni glumac u porođajnoj drami, žena postaje

pasivan, skoro inertan objekat koji predstavlja prepreku bebinom eventualnom izlasku u spoljni svet. Žene se, u okviru ovog modela, tretiraju kao homogena grupa, a individualne razlike među ženama se smatraju skoro beznačajnim.

Tehno-medicinski model nege je bio dominantan u Severnoj Americi, skoro čitav vek. Do 1920. godine, SAD i Kanada su postale prva društva u ljudskoj istoriji koja su odbacila babice, samo da bi nekoliko decenija kasnije žene i dalje zahtevale babice, a da bi neke od njih (kao što smo moje kolege i ja) izmislice babičenje, ako bi morali. Mnogi ljudi podržavaju povratak babica, i uveravaju da će u ne tako dalekoj budućnosti, u SAD i Kanadi biti toliko babica da će svaka žena koja bude htela moći da ima svoju. Iako je babičenje legalno, babice prisustvuju samo tokom manje od 10% porođaja u svakoj državi. Ovi procenti su daleko ispod onih kod naroda zapadne Evrope i ostatka sveta, gde babice prisustvuju velikoj većini porođaja. Više od 70% beba rođenih u zemljama sa najnižom stopom smrtnosti majke i novorođenčeta je rođeno samo uz pomoć babice - ne doktora, u porođajnoj prostoriji. U Nemačkoj zakon obezbeđuje da babica mora biti prisutna tokom svakog porođaja, čak i u slučajevima kada akušer mora primeniti carski rez ili porođaj pomoću akušerskih instrumenata.

Razlika između humanističkog i tehno-medicinskog modela nege, nije uvek tako jednostavna kao što možete pomisliti. Na prvom mestu, postoji čitav spektar različitih načina, koji prave razliku između ova dva modela. Na primer, iako većina doktora upražnjava tehno-medicinski model nege, neki doktori sarađuju sa babicama, zapošljavaju ih, ili bivaju zaposleni od strane babica, u skladu sa humanističkim modelom nege. Prakse kao što su ove, ističu se po niskim stopama primene medicinskih intervencija kao što su carski rez i porođaj uz pomoć instrumenata, kao i količinom slobode koju žene imaju prilikom napona, a u skladu sa njihovim potrebama. Na isti način, iako možete očekivati da sve babice rade u skladu sa humanističkim modelom nege, real-

nost je nešto drugačija. Mnoge babice su zaposlene u velikim bolnicama, gde se i dalje aktivno primenjuje tehno-medicinski model nege. U ovakvim situacijama, babice se koriste da privuku žene koje žele da imaju negu babice, ali one zapravo mogu biti pod konstantnom prisilom da se ponašaju u skladu sa tehno-medicinskim modelom nege. Vrlo verovatno ćete morati da zarezbete dublje ispod površine i potražite dublje odgovore na svoja pitanja, da biste saznali da li je ta porodiljska nega bliža humanističkom ili tehno-medicinskom modelu nege. Probajte da pričate sa drugim ženama koje su se porodile uz pomoć stručnih lica koje vi susrećete. Pogledajte Dodatak C za *Deset koraka za porođaj koji ne šteti majci*.

Zanemarivanje važnosti dobre i zdrave ishrane

Verovatno ne postoji veća oblast koja doprinosi razlici između humanističkog i tehni-medicinskog modela nege, nego razmatranje i shvatanje uloge ishrane tokom trudnoće. U skladu sa humanističkim modelom, jedna od najvažnijih stvari koje bi mogli uraditi, kako bi bili zdravi i sprečili komplikacije, je da jedete zdravu hranu bogatu hranljivim sastojcima. Kroz zdravu ishranu osiguraćete i zaštитiti sebe i bebu na najbolji mogući način. Jedna od najčešćih i smrtonosnih komplikacija u trudnoći, matabolička toksemija u odmakloj trudnoći (MTLP, obično nazvan preeklampsija, eklampsija ili HELLP sindrom), može se uglavnom sprečiti kvalitetnom ishranom i smanjivanjem stresa. Kvalitetna ishrana takođe sprečava pojavu anemije i infekcija kod majke i bebe. Toksemiju karakterišu povišen krvni pritisak, prisustvo proteina u mokraći, i opšte oticanje, iznad normalnog, koje mnoge žene iskuse tokom trudnoće zbog povećanja zapremine krvi. U svom najopasnijem obliku, oboljenje izaziva otkačnjanje posteljice (posteljica se prerano odvaja od zida materice, ugrožavajući bebu), grčenja i smrt majke i bebe. Između 14% i 20% porodilja prvorotki, u SAD, oboli od toksemije, kao i 6% žena koje su već rađale.

Iskustvo našeg centra za porađanje, podržava mišljenje, da većina slučajeva toksemije može biti sprešena zdravom ishranom. U objavljenom istraživanju prenatalnih dosijea i istorije ishrane kod 775 žena iz našeg sela, zabeležen je samo jedan slučaj preeklapsije (0,1%). Kod nje je bio u pitanju blag slučaj i sve njene bebe su rođene vaginalno.⁴ Žene iz naše zajednice konzumiraju visoko-proteinsku vegetarijansku hranu (sa proteinima iz sojinih proizvoda, orašastih plodova i mahunarki) koja takođe uključuje dosta povrća, integralnih žitarica i vode, kao glavnog pića. Mi ne ograničavamo ženama upotrebu soli tokom trudnoće. Žene pod našom negom sole hranu po svom ukusu. Nekoliko istraživanja, obavljenim na raznim lokacijama, podržala su obezbeđivanje kvalitetne ishrane tokom trudnoće i ulogu koju ishrana ima u smanjivanju broja slučajeva toksemije.⁵⁻⁹

Govoreći vam da se toksemija može sprečiti, dala sam vam dobru vest. Ne tako dobra vest je da tehno-medicinski model nege ne prepoznaje bilo kakvu povezanost između toksemije i loše ishrane. Pretpostavka u vezi toksemije, u okviru ovog modela je da nije važno šta žena jede i piye, pošto je beba nekako sposobna da izvuče iz majke sve što joj je potrebno, bez obzira na to koliko se majka loše hrani. Jedan od najvažnijih razloga zbog kog se ne pridaje značaj povezanosti između kvalitetne zdrave ishrane i dobrog zdravlja je taj što akušeri praktično ništa ne uče o ishrani tokom svog medicinskog i kliničkog obrazovanja. Umesto toga, oni i dalje uče da je uzrok toksemije napoznat i da ona ne može biti sprečena.

Akušeri su, tokom poslednja dva veka, tretirali toksemiju na nekoliko različitih načina. Tokom 19. veka doktori su je tretirali puštanjem krvi.¹⁰ Tokom tridesetih i četrdesetih godina 20. veka su preporučivali neslane izgladnjujuće dijete, tokom trudnoće, kao način da spreče toksemiju. Tokom šezdesetih i sedamdesetih godina dodali su svemu prepisivanje lekova sa snažnim diuretičkim dejstvom da bi sprečili žene da povećaju svoju težinu za više od 10 kg. Akušer, koji je bio zadužen za moj porođaj, je bio naro-

čito strog, jer je dozvolio da povećam težinu tokom trudnoće za samo 5 - 6,5 kg, i zahtevao je da pijem diuretike. Ovi lekovi se više ne prepisuju rutinski kao pre, ali mnogi akušeri i dalje zabranjuju unos soli kada očitaju povišen pritisak, bez obzira na to da li su ova očitavanja povezana sa toksemijom ili sa jednim od nekoliko drugih mogućih uzroka. U okviru tehno-medicinskog modela nege, omiljeni način tretiranja toksemije danas je „tretman“ ranog porađanja, bilo veštačkim izazivanjem napona (trudova) ili planiranim carskim rezom i prepisivanjem magnezijum-sulfata, valijuma (dijazepam) ili kalcijuma.

Tom Bruer, autor knjige *Metabolička toksemija u kasnoj trudnoći*, je američki lekar sa porodičnom praksom, posvetio je čitav svoj život i karijeru shvatanju uzroka toksemije, i podučavajući žene i njihove negovatelje o tome kako je sprečiti. Između 1963. i 1976., pokrenuo je prenatalni projekat u okrugu Kontra Kosta u Kaliforniji, za preko 7000 majki iz populacije sa najnižim prihodima, na području zaliva San Franciska. Većina ovih žena bi bile kategorisane kao kandidati za dobijanje toksemije ili za rađanje beba sa malom težinom. U sličnim populacijama, tokom istog perioda, učestalost pojave toksemije je bila između 20% i 35%.¹¹ Tako nešto se nije desilo tokom projekta u okrugu Kontra Kosta, gde su žene, zahvaljujući Bruerovom napornom radu, dobile obimno nutricionističko savetovanje tokom trudnoće. Onda je učestalost pojave toksemije bila 0,5%, bez slučajeva konvulzivne toksemije.¹² Objavljeni rezultati ovog istraživanja ubedili su veliku većinu babica, osim nekoliko doktora kod kojih je prividan razlog bio to što Bruer nije zasnivao svoj rad na slučajno kontrolisanim uzorcima. Ovaj metod istraživanja (u kojima je ženama omogućeno da se grupišu prema različitim tretmanima koje su primenjivali, i čije su ishode istraživači upoređivali, ne znajući koja žena pripada kojoj grupi) je često nazivan „zlatni standard“ istraživanja, jer je dizajniran tako da eliminiše pristrasnost. Međutim, problem sa njegovom primenom teže o tome da zdrava ishrana može da spreči većinu slučajeva toksemije je u tome što

se zahteva namerno izgladnjivanje grupe žena koje bi se kasnije uporedili sa dobro uhranjenim ženama. Na žalost, u modernom svetu tehno-medicine, lekovi i hirurgija su mnogo češće istraživani i brže prihvaćeni od strane akušera, nego preventivne mere.

Baštovani znaju da morate ishraniti zemlju ukoliko želite zdrave biljke. Morate adekvatno zalivati biljke, posebno kada je seme u klijanju, i trebalo bi da se sade u zemlju koja je bogata hranljivim materijama. Zašto je ishrana manje bitna za formiranje mlađih ljudi, nego za vaše biljke? Sigurna sam da nije. Farmeri i veterinari znaju da trudna životinja mora dobro da se hrani i snabdeva vodom i solju, da bi se na najbolji način obezbeđio opstanak njenih mладунaca. Besmisleno je da su ljudi jedina vrsta čije je novorođenče u stanju da izvuče neophodne hranjive sastojke iz majke, koja ih pri tom ne unosi kroz ishranu.

Ne znam ni jednog čuvara u zoo vrtu koji bi trudnu životinju hranio đubretom od hrane, i očekivao da se rode optimalno zdravi mладunci. Logika nam kaže da je kvalitetna ishrana, dobra ideja. Čak i da ne pravi razliku u učestalosti toksemije (u šta sumnjam), šta ima loše u jedenju kvalitetne hrane?

Zato jedite kvalitetno. To znači jedite hranu. Izbegavajte jelenje svega što nije hrana, kao što su konzervansi, hemijski aditivi i sve što nije prirodno. Čitajte etikete. Isto važi i za ono što pijete. Ako ste zavisni od slatkih gaziranih pića, izbacite ih tokom trudnoće i dojenja, i pijte vodu. Budite sigurni da unosite 50-75g proteina dnevno iz mahunarki, orašastih plodova i drugih biljaka. Pijte vode koliko hoćete i solite hranu po ukusu. Jedite tamno zelene lisnate biljke kao što su spanać, kelj i drugo lisnato povrće, žuto povrće kao što su šargarepa i slatki krompir, pošto oni sadrže dosta vitamina koji će vam biti najpotrebniji tokom trudnoće. Pogledati dodatak *Sredstva*, za više informacija o ishrani i trudnoci, uključujući i Tom Bruerova objavljena istraživanja i njegov kontakt za informacije.

Bilo da izaberete za asistenta nekoga iz tehno-medicinskog modela ili humanističkog modela, postoji testiranje koje se pri-

menjuje tokom svake prenatalne posete. Biće vam proveravani mokraća i krvni pritisak. Biće merena visina vaše materice. Osećaćete vaše gležnjeve. Ovo znači i mere koje su prihvачene kao suštinske u oba modela nege.

Paket nekoliko opcionalnih prenatalnih testova je bio razvijen tokom poslednje četvrtine veka. Ove tehnologije, uključujući ultra zvuk, uzorkovanje horionskih resica, amniocenteza, i provravanje serumskog alfa-fetoproteina. Svaki od njih je bio predviđen da se koristi samo u malom broju slučajeva, kod žena koje su bile u rizičnom stanju, ali se njihova upotreba rasprostranila u mnogim praksama. U okviru medicinskog modela nege, većini žena Amerike se radi neki oblik pre natalne dijagnoze kao rutinski deo njihove predporođajne nege. Većina osiguranja plaća dijagnostičke pregledе, podstičući mnoge žene da nastave sa ovakvim testovima. Iz nekoliko razloga treba biti obazriv oko dopuštanja da vas testiraju, pogotovo ako ste protiv prekidanja svoje trudnoće, bez obzira na genetski i hromozomalni status vaše bebe. Praktično nijedna od žena, koje su se porodile u našem centru za babičenje, nisu se podvrgavale prenatalnoj dijagnostici, i nikad nisu zažalile zbog toga.

Ultrazvuk

Ispitivanje ultrazvukom je stupilo na scenu nekoliko godina nakon objavlјivanja istraživanja o povećanju pojave raka kod dece koja su još u materici bila izlagana rendgenskim x-zracima.¹³ Tokom 70-ih godina ultrazvuk je jako brzo stekao popularnost među doktorima i porodiljama. Predstavio ga je akušer Skot, koji je pozajmio industrijsku ultrazvučnu mašinu za otkrivanje pukotina u metalu, i primenio je na trudnoj ženi, uprkos nedostatku naučne procene o mogućim štetnim posledicama. Do 1980. godine, akušerski ultrazvuk je postao rutina u mnogim državama, uključujući i države u kojima su pregledе plaćali sami pacijenti.

Upotreba ultrazvuka je posebno neregulisana i popularna u SAD. Administracija za hranu i lekove (FDA) je poklekla pod pritiskom industrije i organizovane medicine, da prestane da se bavi kontrolom količine zvučne energije koju emituju novi ultrazvučni uređaji koji se koriste u akušerstvu. Trenutno ne postoji zakonske regulative koje zahtevaju periodično podešavanje akušerskih ultrazvučnih uređaja, pismena saglasnost trudnice, naznake za sam postupak, tip korišćene opreme, količina izlaganja, ili identifikacija i kvalifikacija operatera.¹⁴ Svako može da kupi ultrazvučni uređaj i da ga primenjuje na trudnicama, bilo da želi da odredi pol bebe, ili samo da uradi ultrazvučne slike za porodični album.

Istraživanja o bezbednosti upotrebe ultrazvuka su ograničavana, imajući u vidu rasprostranjenost svakodnevne upotrebe. Nisu otkriveni problemi tokom kratkoročnog izlaganja dece tokom trudnoće, ali ultrazvuk nije primenjivan dovoljno dugo da bi se otkrile dugoročne posledice. Nemamo nikakvu ideju kakve mogu da budu dugoročne posledice izlaganja fetusa ultrazvuku.

Utisak da ultrazvuk čini trudnoću i porođaj bezbednijim za sve žene, je obična zabluda. Nekoliko velikih istraživanja je bilo sprovedeno da bi se procenila efektivnost ultrazvučnog pregleda, ali nijedno od njih nije pokazalo da rutinska upotreba ultrazvuka unapređuje rezultate majke i bebe koji su već naznačeni. Ultrazvuk može biti koristan da bi se utvrdilo da li je fetus živ, starost fetusa (samo u ranoj trudnoći), koliko ima beba u stomaku, položaj posteljice, položaj bebe, i da bi se ispitao rast bebe (uz pomoć 2 pregleda koji se obavljaju u razmaku od 2 sedmice). Ultrazvuk može pokazati pol bebe, ali trebalo bi da znate da operater može lako da napravi grešku pri određivanju pola. Znam mnogo slučajeva kada se ovo desilo, uprkos ponovljenim ultrazvučnim pregledima, pogotovo kad su na pregledu dijagnostikovani blizanci, a radilo se o jednoj malo težoj bebi.

U okviru medicinskog modela nege, rutinska upotreba ultrazvuka se podrazumeva. Ima smisla da razmislimo kako će vam upotreba ultrazvuka poboljšati trudnoću pre nego što se odlučite

za pregled. Taj rani pogled unutar tela, nije uvek ohrabrujuć, niti vas uvek priprema za ono što vas čeka. Sećam se moje rođake koja mi je rekla da je bila jako tužna u drugoj polovini svoje trudnoće, pošto je već saznala pol deteta (koji je bio isti kao pol njenog starijeg deteta). Kasnije se zaljubila u svoje drugo dete, ali je nekoliko meseci bila opterećena informacijom da ona i beba nisu dobro.

Ukoliko ne biste želeli da idete na ultrazvuk, a vaš doktor ili babica to traže od vas, predlažem da ih pitate koje im informacije trebaju. Ako pokušaju da vas ubede da je to zbog datuma, možete iskoristiti druge informacije (kao što su precizni podaci o vašem poslednjem ciklusu) da biste utvrdili kada je vaša beba začeta. U svakom slučaju, recite svoje razloge, zašto ne želite ultrazvuk. Nadležni akušer može mnogo da nauči koristeći svoje ruke, kako su to radili babice i doktori pre nego što je ultrazvuk uveden u upotrebu.

Mnogi akušeri koriste ultrazvuk da bi izmerili dimenzije ženine karlice. Iz mog ugla, ovo je nepotrebna, jedna upotreba tehnologije, čije su posledice dugoročne primene nepoznate. Babice u našem centru za babičenje shvataju merenje karlice više kao umetnost, nego kao nauku; edukovano pogađanje, pre nego tačan sistem merenja. Takva procena se bolje napravi rukom, nego upotrebom ultrazvuka ili rendgena. Ovo kažem, jer smo moje kolege i ja brinuli o 25 žena kojima su njihovi doktori rekli, na osnovu rendgenskih i ultrazvučnih pregleda, da imaju „neodgovarajuću“ karlicu, suviše malu da bi uspešno mogle da se porode na normalan i prirodan način. Sa samo 2 izuzetka, ove žene su bile sposobne da se porode vaginalno. U našem centru smo stalno merili karlicu i veličinu bebe, uz pomoć ruke, pre nego mehaničkim ili radiološkim sredstvima. Nijednoj od nas nije bio potreban ni ultrazvuk, ni rendgen, čak ni delimično, da odredimo da li je žena sposobna da se porodi normalno. Naše ruke znaju kolika je karlica u odnosu na bebu koja mora da prođe kroz

nju, kao što i drugi ljudi kad nešto dugo ponavljaju, nauče da mere pomoću osećaja.

Još jedan razlog zašto da odbijete ultrazvuk, koji je od vas tražen zbog dimenzija karlice, je taj, jer se dimenzije karlice menjaju u zavisnosti od položaja koji zauzmete (većina lekara, inače, nema pojma o ovome). Najveća slabost kod merenja karlice ultrazvukom je ideja, da je ženska karlica fiksirana po veličini i obliku. Ovo bi bilo tačno kada bi karlica bila čvrst koštani prsten. U stvari, ona se sastoji od 4 kosti, koje su međusobno povezane ligamentima i zglobovima. Hormon relaksin opušta ove ligamente, u odmakloj trudnoći, u sklopu pripreme za porođaj, čineći da se još lakše pomeraju jedna u odnosu na drugu. Karlica koja je jako mala, dok ležite na leđima, postaje značajno veća, kada ste na rukama i kolenima.

Andrea Robertson, australijski porođajni edukator, opisuje predivne, osnažujuće vežbe, kako bi žene postale svesne ovih sposobnosti. Stojte ili klečite sa jednom rukom na vašoj pubičnoj kosti (kod prepona) sa prednje strane, a drugom rukom na vašoj repnoj kosti. Primetite kolika je tada udaljenost između vaših ruku. Nagnite se nazad, što je više moguće (pazite da se ne povredite) i nastavite da pratite razmak između vaših ruku. Sad se nagnite napred, dok vaš torzo ne bude paralelan sa patosom.¹⁵ Mnogi ljudi se iznenade, koliko se njihove ruke pomeraju sa ovim vežbama. Većina oseća primetno povećanje rastojanja između pubične i repne kosti nakon što se nagnu napred. Nije čudo što se majmuni (koji su građeni slično kao i mi) naginju napred prilikom porođaja.

Uzorak horionskih resica

Uzorak horionskih resica (CVS) je invazivna tehnika ispitivanja hromozomske abnormalnosti (kao što je Daunov sindrom). (Invazivne tehnike su operacije i druge tehnike kojima se ulazi u telo i vrši privremeni poremećaj telesnih funkcija.) Obavlja se pre 12. sedmice trudnoće. Prednost ove metode je što se može

obaviti ranije u trudnoći, nego amniocenteza. Ženama koje su već rađale decu sa hromozomskim poremećajima, kao i ženama preko 35 godina starosti, će vrlo verovatno biti predložen ovaj pregled. Ova metoda, kao i druge invazivne metode, mogu da izazovu pobačaj. Stopa pobačaja nakon ove metode je oko 4%, u velikom spisku sastavljenom od strane Svetske zdravstvene organizacije. Retko, ova metoda može izazvati oštećenja ruku nogu, prstiju, stopala embriona.

Ako znate da ne biste abortirali, ukoliko testovi pokažu da vaša beba možda boluje od Daunovog sindroma, trebalo bi da odbijete testiranje. U ovakvim slučajevima, testiranje bi trudnoću učinilo stresnijom.

Amniocenteza

Amniocenteza je još jedna invazivna procedura koja može otkriti određena stanja i poremećaje kod fetusa. Ona obuhvata uzimanje uzorka amniotske tečnosti, kroz dugačku iglu, dok doktor gleda ultrazvučni monitor, kako bi smanjio šanse da slučajno ubode fetus. Kao ultrazvuk i uzorak horionskih resica, i ovaj pregled može da otkrije pol deteta. Dodatno, ovaj metod proverava hromozomske abnormalnosti i poremećaje nervnog stabla, kao što su spina bifida i anencefalija. U okviru medicinskog modela nege, amniocenteza je postala standardan pregled kod žena preko 35 godina starosti. 35. godina je uzeta kao presek jer je verovatnoća da će beba imati neki hromozomski poremećaj tokom 35. godine, ista ili veća kao i verovatnoća da se tokom pregleda povredi fetus ili izazove pobačaj. Postoji 1,5% šanse da se ošteti fetus ili izazove pobačaj, tokom ovog pregleda. Amniocenteza počinje da se nudi i mlađim ženama, posle bujice tužbi, u kojima su roditelji dece sa Daunovim sindromom tužili doktore koji im nisu rekli za postojanje i dostupnost amniocenteze. Amniocenteza se obavlja između 15. i 18. sedmice trudnoće, a na rezultate analiza se čeka još oko 2 - 3 sedmice. Povremeno, testiranje se mora obaviti više od jednog puta. Neke žene su ohrabrene am-

niocentezom, dok druge žale što nisu bile upozorene na osećaje koji prate iščekivanje rezultata analize. Do ovog trenutka, bebini pokreti se obično jasno mogu osjetiti. Sociolog Barbara Kac Rotman, je vrlo rečito pisala o borbi koju ovo donosi mnogim porodicama. Amniocenteza, po njenim rečima „traži od žena da prihvate svoju trudnoću i svoje bebe, da brinu o bebama u sebi, a ipak je spremna da dovede do pobačaja.“¹⁶ Za mnoge žene koje se podvrgnu amniocentezi, postoje skrivenе mogoćnosti koje idu uz ovu proceduru: jedna mogućnost je rađanje deteta sa Daunovim sindromom, a druga je da dođe do pobačaja, koji je izazvan amniocentezom. Zapamtite: amniocenteza nikad ništa nije izlečila.

Proveravanje serumskog alfa-fetoproteina

Proveravanje serumskog alfa-fetoproteina (AFP) nije dijagnostički test, već više provera i posmatranje, kako joj i ime kaže. Tokom 16. sedmice trudnoće, ova procedura se nudi skoro svim trudnicama (u okviru medicinskog modela nege). Ono što bi trebalo da znate je da vam AFP povera ne govori da li je vaša beba dobro. Ova jednostavna provera krvi vam govori kolike su šanse da vaša beba razvije određene abnormalnosti, ali ne može reći da li će beba ikad biti u takvom stanju ili neće. Kad AFP provera pokaže da možda postoji problem, vaš doktor će obično zahtevati da se uradi amniocenteza ili ultrazvuk. Oko 5% inicijalnih AFP provera će pokazati abnormalan rezultat, iako je fetus potpuno zdrav. Ovako visok procenat greške se delimično događa zbog loše procene gestacijske starosti ili postojanja blizanaca.

Kada je prvi put predstavljena oprema za AFP test, FDA je regulisala i dozvolila upotrebu ovog testa samo u istraživačke svrhe. Međutim, pritisak doktora i laboratorija naveo je FDA da napusti regulisanje AFP testiranja. Američki fakultet za akušerstvo i ginekologiju (ACOG) predložio je svojim članovima da ponude ovaj test svim trudnicama, kao deo upozorenja (poziva) na odgovornost.¹⁷ Ovo upozorenje je donelo dobrobit doktorima

(u finansijskom smislu), a ne ženama. Svrha ovog upozorenja je bila da se spreče tužbe. Iako je test promovisan kao ohrabrujući, one žene kod kojih je test pokazivao visoke AFP nivoe (uključujući i one kod kojih je test pokazivao „lažno pozitivan“ rezultat) nisu našle ništa, osim ohrabrenja. AFP rezultati mogu biti brzo analizirani, ali amniocenteza koja potom sledi, zahteva sedmice čekanja. Rutinska primena ove procedure je bila razmatrana, jer izlaže mnoge žene testiranju i nepotrebnoj nervози, pošto će samo nekoliko njih uopšte imati neke probleme. Jedna stvar je sigurna: Ako ste već uradili amniocentezu, ne treba vam AFP testiranje.

Testiranje na gestacioni (trudnički) dijabetes

Ako vaš negovatelj radi u okviru medicinskog modela nege, a u vašoj familiji je bilo dosta krupnih beba, verovatno će vam biti ponuđeno testiranje na „gestacioni (trudnički) dijabetes.“ Gestacioni dijabetes (GD) zapravo nije bolest. To je pre veći nivo šećera u krvi od prosečnog nivoa tokom trudnoće, kako je određeno testom tolerancije na glukozu (GTT). GD se razlikuje od dijabetes melitus po tome što on nestaje nakon što se beba rodi. A dijabetes melitus, ne. Mnogi doktori preporučuju svim trudnicama da urade ovaj test između 24. i 28. sedmice trudnoće. Test na žalost nije pouzdan. Između 50 i 70% žena će ako se ponovo testiraju, dobiti drugačije rezultate nego prvi put. Najbolji dokaz koji imamo nam govori da ne postoji lečenje GD, ni ishranom ni insulinom, a koje poboljšava ishod za majku i njenu bebu. Ukratko, rezultati koje dobijemo ovim testom nisu vredni nervoze koja prati primenu ovog testa. Ponekad, kada je test pozitivan, možete biti podstaknuti da se podvrgnete daljim, skupim testovima, od kojih nema dokazane koristi.

Van rutinskog testiranja, štapićem za merenje nivoa u mokraći, kod prenatalnih poseta, moje kolege i ja koristimo mali uređaj koji se zove glukometar koji nam pomaže da izdvojimo žene koje mogu imati koristi od promene ishrane, ako otkrijemo

da njihovi nivoi šećera u krvi, previše variraju. Glukometar je instrument sa iglom koja se ubada u prst, a koji meri nivo šećera u kapi krvi. Koristimo ga kad primetimo nekoliko od sledećih simptoma u 28. sedmici ili kasnije:

- brzo povećanje težine
- osećanje "dobrog zadovoljstva" ili "vrtoglavice", nakon obroka
- konstantno prisutna žeđ
- žudnja za šećerom
- porodična istorija dijabetesa
- krupna prethodna beba

Očitavamo podatke sa glukomera 15-30 minuta nakon doručka, i opet sat vremena kasnije. Susreli smo se sa par slučajeva kada je ženina glukoza bila visoka (13,9) u tom vremenskom periodu, a onda se vratila na normalu (6,6) u roku od sat vremena. U pitanju su žene koje osećaju "dobro raspoloženje" posle obroka, a čiji visok nivo šećera ne bi bio detektovan pomoću GTT-a. Obično primetimo da su jeli nešto što ne podnose baš najbolje tokom trudnoće, na primer šećer i belo brašno. Kratkoročno gledano, najbolji način da žena smanji nivo šećera u krvi je da ustane i vežba, ako je moguće. Do kraja trudnoće, najbolje bi bilo da izbací belo brašno, brašnjavu hranu i šećer.

Testiranje na Beta strep (streptokoke grupe B)

Iako imamo običaj da mislimo o bakterijama kao izazivačima bolesti, postoje različite vrste bakterija koje žive u našem telu, kao na primer u grlu, vagini, crevu, ne nanoseći nam pri tom nikakvu štetu. Ali je sorta bakterija zvana "streptokoke B grupe", ili beta strep, značajna za trudnice. Normalno prisustvo bakterija u ženskoj vagini ponekad uključuje i beta strep. Kod 1 od 5 žena, ove bakterije postoje („kolonizuju se“) u njihovim vaginama. Postoji razlika između biti kolonizovan beta strepom i biti zaražen (bolestan).

Obično prisustvo streptokoka grupe B ne izaziva nikakve simptome kod žena. Postoje povremene infekcije urinarnog trakta, u prisustvu beta strep, a mnogo ređe dolazi do infekcije posteljice, tj. njenog otkidanja od zida materice što dovodi do prevremenog porođaja.

Kod 15-20% žena kod kojih postoji B strep u njihovim vaginalama tokom porođaja, oko polovine beba na porođaju će biti kolonizovano ovom bakterijom na rođenju. Ali ovo ne znači da će se sve ove bebe razboleti. Zapravo 98% beba nikad ne postane zaraženo. Međutim, kada dođe do infekcije, ona je jako ozbiljna, i u 10% slučajeva smrtonosna. Ipak važno je zapamtiti da samo dve od hiljadu beba iz populacije biva zaraženo. Problem je što ne postoji precizan način da saznamo koje će to dve bebe biti.

Određene situacije se povezuju pre sa povećanim nego uobičajenim rizikom od infekcije kod bebe. One obuhvataju:

- mala porođajna težina ili prevremeno rođena beba
- pucanje membrana, više od 18 sati pre porođaja
- dug period napona (trudova), posebno ako su obavljeni višestruki vaginalni pregledi
- intervencije kao što su veštačko izazivanje napona, unutrašnje fetalno posmatranje, upotreba vakuma i akušerskih klešta
- bebe kod kojih je brzina otkucanja srca velika tokom porođaja
- majke koje razviju groznicu tokom porođaja
- bebe kojima treba oživljavanje tokom porođaja

Razvijeno je nekoliko preventivnih strategija koje se bave ovim bakterijama. Jedna je da se testiraju sve trudnice i da se ustanovi da li su kolonizovane ovom bakterijom. Teoretski, one sa pozitivnim rezultatima (kulturama), bi se mogle tretirati antibioticima. Problem sa ovom strategijom (koju su istraživači probali) ne daje rezultate; nije dolazilo do smanjenja broja obolelih beba. Samo je kod žena, koje su imale infekciju bešike izazvane grupom B, ova strategija bila od pomoći.

Godinama Američki koledž akušera i ginekologa (ACOG), Centar za kontrolu bolesti (CDC) i Američki koledž sestara babica (ACNM) preporučuju jednu od sledeće 2 strategije:

1. Preskočiti testiranje i odmah preći na intravenozne antibiotike tokom napona (trudova) kod svih žena sa rizičnim faktorima, kao što su prevremeno pucanje membrana, prevremeni porođaj, membrane koje puknu 18 ili više sati pre porođaja, prisustvo B strep kod novorođenčadi ili groznica (ovo bi moglo da uključi i žene koje koriste epiduralnu anesteziju kod kojih se razvila groznica, pošto se za groznicu ne može reći kada je uzrokovana infekcijom.)

2. Testirati svaku trudnicu između 35. i 37 sedmice trudnoće. Svim ženama koje su kolonizovane B strep bakterijom ponuditi intravenozne antibiotike tokom napona i porođaja. Prepisati intravenozne antibiotike ženama koje su kolonizovaname B strep bakterijom kod kojih je došlo do pucanja membrana 18 i više sati ili kod onih kod kojih se pojavila groznica tokom napona.

Nedavno su se ACOG, ADA, ACNM i Američka akademija pedijatara (AAP) složili da odbace prvpomenutu strategiju lečenja, samo ako su faktori rizika prisutni i ako se pojavljuju nakon drugog kruga testiranja. Ovaj pristup se odnosi na to da će mnogo žena biti tretirano antibioticima, iako njihove bebe u svakom slučaju nikada neće razviti infekciju. Čak i sa primenom ovog lečenja, neke bebe, kojima će zaista biti potrebno lečenje, će biti izostavljene.

Ovaj novi protokol nije u potpunosti bez rizika. Preterivanje sa antibioticima, kao što je poznato, doprinosi nastanku sojeva otpornih bakterija, bakterija koje ne uginu pod dejstvom antibiotika. Novi protokol je verovatno dodat ovom programu. Antibiotici ponekad izazivaju pojavu sporednih efekata, kao što je vrenje ili infekcija kandidom kod majke i bebe, i dijareja. CDC je procenio da bi davanje penicilina svim grupama žena koje su kolonizovane B strep bakterijom, uzrokovao desetinama slučajeva smrti porodilja godišnje, od jakih alergijskih reakcija.

Zbog svih razloga navedenih u prethodnom pasusu, trebalo bi da znate da i dalje možete odbiti testove ili odbiti intravenozne antibiotike, ukoliko ste već pristali na testiranje, a rezultati su bili pozitivni. Možete neznatno smanjiti šanse da se vaša beba inficira, tako što ćete odbiti što više intervencija (uključujući vaginalna ispitivanja, pogotovo kad su vaše membrane pokidane) i tako što ćete terati svakoga da pere ruke pre nego što dotaknete bebę tokom izvesnog perioda nakon rođenja. (Neke infekcije bakterijima grupe B se razvijaju tokom prva tri meseca života novorođenčeta.)

Prenatalni (predporođajni) program

Kao deo vaše prenatalne nege, trebalo bi da obavite testiranje krvи da bi odredili da li je vaša krvna grupa Rh pozitivna ili Rh negativna. 85% stanovnika belaca ima Rh pozitivnu krv, dok ostalih 15% ima Rh negativnu krv. Ako ste vi Rh pozitivni, ili ako ste i vi i vaš suprug Rh negativni, nemate neke posebne potrebe zbog kojih biste trebali da razumete detalje prenatalne nege. Ali ako ste vi Rh negativni, a vaš suprug Rh pozitivan, problemi izazvani Rh nekompatibilnošću mogu postajati sve izraženiji sa svakom narednom trudnoćom.

Imati Rh negativnu krv, nije samo po sebi problem. Ali mogu se pojaviti negativne posledice, ako se Rh negativna krv pomeša sa Rh pozitivnom. Kada je Rh negativna majka trudna sa Rh pozitivnom bebom, obično ne dolazi do mešanja njihovih krvi tokom trudnoće. Međutim, ponekad tokom trudnoće, napona i porođaja, mala količina bebine krvi dospe u krvotok majke. Kada se ovo desi, bebina krv je prepoznata kao strana materija, i majčina krv počinje da proizvodi anti-D antitela, koja treba da se izbore sa nepoznatom materijom. Krv Rh negativne majke dobije naređenje da bude osetljiva, kad se dese ovakve situacije. Procedure kao amniocenteza, agresivna spoljna verzija i epiziotomija, povećavaju šanse za tu osetljivost.

Osetljivost je retka u slučaju rađanja prve bebe, osim ukoliko je postojala prethodna trudnoća koja se završila abortusom, po bačajem ili pogoršanom transfuzijom. Ali ukoliko su anti-D antitela prisutna u majčinom krvotoku, bezbednost njene buduće, Rh pozitivne, bebe može biti ugrožena, pošto ova antitela mogu proći kroz membranu posteljice (iako krv ne može) i napasti rezusne (Rh) proteine u bebinoj krvi. Problemi koji mogu da proisteknu iz ove nekompatibilnosti idu od blage žutice do akutnog hemolitičkog oboljenja, koje je ponekad smrtonosno za bebu.

Inekcije prerađenih krvnih produkata, zvane Rhogam u SAD, i Anti-D u Velikoj Britaniji, se generalno daju Rh negativnim majkama koje nose Rh pozitivne bebe, unutar 72 sata nakon porođaja, ili bilo kakvog traumatičnog događaja tokom trudnoće, kada je moguće da dođe do mešanja krvi. Rhogam je prilično uspešan u sprečavanju formiranja antitela koja predstavljaju opasnost za buduće Rh pozitivne bebe. Od kada je Rhogam razvijen, došlo je do ogromnog smanjenja broja beba umrlih od hemolitičkih oboljenja.

Uprkos svim dobrobitima Rhogama, neke žene gaje rezervu prema prihvatanju ovog proizvoda. Proizvođač je dokumentovao spisak sporednih efekata koji obuhvata lokalna zapaljenja, malaksalost, drhtavicu, groznicu i retko anafilaksiju. Neke žene su se žalile na iritirajuće osipe po telu koji prate primanje injekcije Rhogam-a. Još jedan predmet rasprave je taj da farmaceutske kompanije koriste u lekovima konzervanse koji sadrže živu, a koju neke žene žele da izbegnu zbog potencijalne toksičnosti. Druga briga se tiče infekcije krvi. Tokom ranog perioda upotrebe Rhogama neke žene su zaradile hepatitis C i HIV preko zaraženog Rhogama. Nijedan od ovih virusa trenutno ne predstavlja problem, ali postoji mogućnost da i dalje postoje neki još nepoznati virusi u Rhogamu koji možda nisu uništeni postojećim metodama.¹⁸

Ako je vaša krvna grupa Rh negativna, ako živate u SAD, i vaša porodiljska nega je bliža medicinskom nego humanističkom modelu, verovatno ćete biti primoravani da prihvativate Rhogam in-

jekciju, 28. i 34. sedmice trudnoće, bez obzira na to da li je vaša beba Rh pozitivna ili Rh negativna. Objašnjenje uprave Rhogama (koje je međunarodno kontroverzno) u vezi ovoga je da neki zagovaraju da je ovo najbolji način da se spreči nekoliko slučajeva „tih osetljivosti“ koja može da se dogodi tokom trudnoće. Jedno istraživanje je pokazalo smanjivanje stope osetljivosti sa 1,12% (bez Rhogama) na 0,28% (sa primenom Rhogama), ali kritike su bile usmerene na to da se ovo smanjenje može pripisati drugim faktorima kao što je propust da se ponudi Rhogam ženama sa faktorima rizika tokom trudnoće.¹⁹ Problem u vezi sa navikom prepisivanja prenatalnog Rhogama je taj što će mnoge bebe koje su Rh negativne, kao i njihove majke, biti izložene štetnom dejstvu leka i obavljenja je sistematična studija dugoročnih posledica upotrebe ovog proizvoda na bebe.²⁰

Tokom svog rada, moji saradnici i ja, kao i mnoge druge babcice, ne savetujemo ženama prenatalni Rhogam, osim ako je postojao traumatizirajući događaj. Ako Rh negativna žena doživi moguću „osetljivost“ tokom trudnoće, mi je informišemo o mogućim rizicima i dobrobitima Rhogama, zajedno sa rizicima koje nosi „osetljivost“, i onda ona odlučuje da li će da prihvati Rhogam injekciju.

Primena Rhogama u roku od 72 sata od rođenja Rh pozitivne bebe, od strane Rh negativne majke, je mnogo manje kontroverzna nego tokom 28. sedmice trudnoće. Oko 90% Rh negativnim ženama koje rode Rh pozitivne bebe, neće biti potreban postnatalni Rhogam, jer nije došlo do mešanja njihove krvi, čak i ako nije postojala osetljivost. Na žalost, ne postoji precizan način da se odredi da li ste vi u onih 10% koji će postati „osetljivi“ bez Rhogama.

Nije uvek lako doneti odluku o tome da li prihvati Rhogam ili ne. Ako žena ne planira buduće trudnoće ona obično odbije Rhogam. Žene koje imaju religiozna ubeđenja, koja se suprotstavljaju upotrebi krvnih proizvoda i prerađevina, odbiće Rhogam. Žene koje su imale medicinsku intervenciju na porođaju

pod većom su verovatnoćom da postanu osetljive od onih koje nisu imale.

Neke žene se odlučuju za Kleihauer test da bi otkrile da li su fetalne ćelije ušle u njihov krvotok. Ako je test negativan, mogu zaključiti da je šansa da se kod njih pojavi osetljivost nakon rođenja Rh pozitivne bebe dovoljno mala da odbiju Rhogam injekciju. Međutim, Kleihauer test nije uvek precizan.

Informativni pristanak

Etička medicinska i akušerska nega zahteva da vaš informativni pristanak bude dat za svaki tretman ili proceduru koju vam vaš negovatelj preporuči. Pre nego što pristanete na bilo koju proceduru ili tretman, potrebno je da dobijete informacije o pregledu koje će vam pomoći da odlučite da li ga prihvivate ili ne. Ipak zapamtite, da informacija koju dobijete od vašeg doktora ili babice, iako precizna, može biti pristrasna. Pre nego što počnete sa pregledima možda ćete tražiti dodatni izvor informacija kao što su knjige o pripremi za porođaj, internet ili genetsko savetovanje.

Kakav ćete pristanak dati kada ste u naponina (trudovima)? Većena nas, koja je to iskusila, zna de je čitanje poslednja stvar koju bi žena želela da radi tokom napona (trudova). Bolnice se razlikuju; neke traže pristanak, posebno za svaku veću proceduru koja je propisana, dok druge pitaju žene na ulazu da daju blanko pristanak za sve procedure koje njihov doktor smatra neophodnim. Kad god planirate da se porodite, saznajte koje se sve procedure mogu primeniti nad vama. Informišite se o tome šta hoćete, a šta nećete da prihvate. Sud SAD je prihvatio zamisao da se vaš pristanak za primenu procedura podrazumeva ukoliko se niste aktivno suprotstavili primeni određenih procedura tako što biste ih jednostavno odbili, otpustili vašeg negovatelja ili napustili bolnicu, uprkos medicinskom savetu. Neke bolnice u SAD su počele da traže od žena da potpišu izjavu da ne žele da budu

informisane o potencijalnim štetnostima lekova koji im se nameću.

Reference

1. Rothman, Barbara Katz. In Labor: Women and Power in the Birth-place. New York: W. W. Norton, 1972.
2. Davis-Floyd, Robbie E. Birth as an American Rite of Passage. Berkeley: University of California Press, 1992.
3. Davis-Floyd, R. and St. John, G. From Doctor to Healer: The Transformative Journey. New Brunswick, N. J.: Rutgers U. Press, 1998.
4. Carter, J. P., et al. Preeclampsia and reproductive performance in a community of vegans. Southern Medical Journal, 1980; 80(6): 692-97.
5. Primrose, T., and Higgins, A. A study in human antepartum nutrition. Journal of Reproductive Medicine, 1971; 7:257-64.
6. Hamlin, R. H. J. The prevention of eclampsia and pre-eclampsia. Lancet, 1952; 1:64.
7. Higgins, A. C. Nutritional status and the outcome of pregnancy. Journal of The Canadian Dietetic Association, 1976; 37:17.
8. Burke, B., et al. Nutrition studies during pregnancy. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1943; 46:38.
9. Brewer, T. H. Human maternal-fetal nutrition. Obstetrics & Gynecology, 1972; 40:868.
10. Speert, Harold. Obstetrics and Gynecology in America: A History. Chicago: The American College of Obstetricians and Gynecologists, 1980.
11. Brewer, G. S., with Tom Brewer. What Every Pregnant Woman.
12. Should Know: The Truth about Diets and Drugs in Pregnancy. New York: Random House, 1977.
13. Brewer, T. H. Metabolic toxemia of late pregnancy in a county prenatal nutrition education project: A preliminary report. Journal of Reproductive Medicine, 1974; 13:175.
14. Stewart, A., Webb, J., Giles, D., and Hewitt, D. Malignant disease in childhood and diagnostic irradiation in utero. Lancet, 1956; 2:447.

15. Haire, D. B. In Encyclopedia of Childbearing: Critical Perspectives, Ultrasound in obstetrics: A question of safety. Phoenix, AZ: Oryx Press, 1993.
16. Robertson, A. Empowering Motherhood. Camperdown, NSW, Australia: ACE Graphics, 1994.
17. Rothman, B. K. The Tentative Pregnancy: Prenatal Diagnosis and the Future of Motherhood. New York: Viking, 1986.
18. Rothman, B. K., ed. The Encyclopedia of Childbearing: A Guide to Prenatal Practices, Birth Alternatives, Infant Care and Parenting Decisions for the '90s. New York: Henry Holt and Company, 1993.
19. Wickham, S. Anti-D in Midwifery: Panacea or Paradox? Oxford: Butterworth-Heinemann, 2001.
20. Maybe, S., et al. Rate of RhD sensitisation before and after implementation of a community based antenatal prophylaxis programme. British Medical Journal, 1997; 315:1588.
21. Urbaniak, S. Proceedings of the Consensus Conference on Anti-D Prophylaxis. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1998; 105:18, 24.

Ulagak u period trudova

Kako se vaš predviđeni dan približava, vaše najdominantnije misli su vezane za to kako da najbolje upravljate svojim putovanjem ka majčinstvu. U zavisnosti od toga gde planirate da se porodite, postoji čitav niz rutina koje će vas dočekati kad stignete u bolnicu ili porođajni centar koji ste odabrali. Svaka bolница ima svoje rutine i politiku, i možete pronaći dramatične razlike u bolničkim politikama na jednom geografskom području. Kako znati koje rutine su obavezne, a koje nisu? To što se neka rutina primenjuje u različitim bolnicama, ne znači da je ona obavezna ili zasnovana na naučnim činjenicama. Koje rutine su naučno sumnjive? Ako su rutine u vašoj bolnici neopravdane, o kojim alternativama možete pregovarati sa bolničkim osobljem?

U periodu trudova, ili ne?

Prva velika odluka za žene u Americi koje su u periodu trudova obično se odnosi na to, kada otići u bolnicu ili porodiljski centar, ili ako se porađate kod kuće, kada da pozovete svoju babicu. Da li žurite da stignete na vašu destinaciju što je pre moguće, ili strpljivo čekate? Očigledno odgovor na ovo pitanje zavisi od toga koliko vam treba vremena da stignete do bolnice. Ako je u pitanju prvi napon (trud), vi onda ne znate koliko treba da budu intenzivni naponi, pre nego što porođaj postane neminovan. Možete se nagnuti napred, odlazeći do mesta porođaja što je pre moguće tokom napona, posebno ako iščekujete svoju prvu bebu, pošto niko ne želi da se porodi u kolima (inače ovakvi porođaji u kolima se obično dese bez komplikacija). Ali pre nego što uđete

u bolnicu, zapamtite da postoji dobar razlog da budete oprezni u vezi sa preranim ulaskom.

Svako ko radi na porodiljskom odeljenju je upoznat sa sledećim scenarijom: Majka prvorotka se prijavljuje u bolnicu, sa, kako ona oseća, snažnim naponom, prolazi procedure oko prijema, i dok čeka da dobije staratelja ili sobu za porođaj, njeni naponi su praktično prestali. Ako vam je proces oko prijavljivanja u bolnicu dovoljan da uguši napone, predlažem da razmislite o odasku kući. Od pomoći je da znate da naponi obično počnu i prestanu, jednom ili dva puta, pre nego što postanu dovoljno snažni da bi došlo do porođaja. Ovakva situacija će se najverovatnije desiti tokom rane ili skrivene faze napona. Ako mislite da ste u fazi napona i kasno je veče, primenite toplu kupku, popijte čašu soka od grožđa i otiđite u krevet na neko vreme. Možda budete u mogućnosti da malo odspavate, pre nego naponi postanu intenzivniji. Ovo je dobra stvar, jer će smanjiti verovatnoću pojave zastoja u fazi napona, kad budete u bolnici, čuva vam energiju, i možete čak napraviti i neki napredak u fazi napona. Čak i uznapredovala faza napona može da zastane dok putujete od kuće do bolnice ili porodiljskog centra.

U okviru humanističkog (babičnog) modela, kada kod žene počne faza napona, mi babice pozovemo ili posetimo majku, da bi procenili kako se situacija odvija. Ako se onda naponi uspore ili prestanu, mi obično odemo kući i čekamo sledeći poziv. Znamo da normalni naponi prate ovakav šablon. Žena onda normalno nastavlja svoje dnevne aktivnosti, i zove svoju babicu kad se naponi ponovo pojave. 4 ili 5 lažnih uzbuna nije neuobičajeno. Ovakav obrazac je savršeno normalan, i ne nosi nikakav rizik za bebu, ako vodenjak nije pukao. Zašto ne sačekati? Nemate šta da izgubite.

Pre upotrebe lekova koji izazivaju (indukuju) napone, većina bolničkih porodiljskih odeljenja slala je žene u ranoj fazi napona, kući, ako naponi nisu bili izraženi u dovoljnoj meri. Žene u fazi napona su hodale hodnikom, ako njihovi naleti napona nisu bili

dovoljno snažni da bi se grlić materice dovoljno otvorio (raširio). U današnje vreme, mnoga bolnička porodiljska odeljenja vas odvraćaju od odlaska kući, kad ste se jednom već prijavili u bolnicu, čak iako su vaši naponi potpuno prestali. Sa širokim spektrom indukcionih lekova, koji su danas dostupni, i malog javnog znanja o njihovim manama, manji je naglasak na pribegavanje prirodnim metodama ubrzavanja i pojačavanja napona. Uprkos ovom blagom i neformalnom pogledu na indukcione lekove, ako su naponi još u ranoj fazi, možete se dogovoriti da ili šetate ili da odete kući, pa da se vratite kad budete bliži porođaju. Ako vaša faza napona sporo napreduje, a vi ostanete u bolnici, moraćete da se suočite sa vremenskim ograničenjem kojim se ograničava faza napona - 12 do 24 sata u većini bolnica.

Ponekad, vreme postaje bitan faktor i u slučaju kućnog porođaja. Pre nekoliko godina putovala sam kroz južnu Kaliforniju imajući zgusnut raspored, i zatekla se u kući moje snaje Šeri, dok je upravo ulazila u fazu napona. Pošto se već jednom porađala u bolnici, želela je da je posetim kod kuće, pa je odlučila da brzo promeni svoje prethodne planove. Jedini problem je bio što mi je zgusnut raspored dozvoljavao da provedem samo 24 sata sa njom, pre nego što nastavim dalje sa svojim obavezama. Njeni naponi su bili onoliko intenzivni, tačno koliko im je ona pridavala značaj. Otkazivanje partije karata, koju je dogovorila sa svojim komšijama, je pomoglo. Oko sat vremena kasnije, dobila sam ideju šta bi još moglo da pomogne: pitala sam Šeri, da li bi pristala da obara ruke (između naleta napona) sa našom prijateljicom Magaretom. Znala sam da će lako savladati Margaretu. Znala sam da bi podstrek, koji bi dobila ovom pobedom, pomoći da joj naponi budu još snažniji. Upravo se to i desilo. Moja predivna sestričina Kristina je rođena rano ujutru, nekoliko sati pre nego što sam morala da krenem. Grčenje mišića ruke, tokom faze napona, odvraća pažnju žene od sticanja bedarnih i karličnih mišića kako bi se „zaštitiše“ tokom napona.



Obaranje ruku: neobičan, ali efikasan način da ubrzate napone (trudove).

Izazivanje (indukcija) napona (trudova)

Jedan od izbora sa kojim se susreće veliki broj žena koje su u kasnoj trudnoći, tiče se veštačkog izazivanja napona (trudova). Postoje opravdani medicinski razlozi za takvo izazivanje, kao što su kancer, hipertenzija, dijabetes, bolesti bubrega, ako je u pitanju beba koja je manja i lakša od prosečne u tom periodu, smanjenje količine amnionske tečnosti ili unutar-materična smrt bebe, praćeni čekanjem na početak perioda napona (u pitanju je period od nekoliko sedmica, a ne dana). U ovim slučajevima, rizici od veštačkog izazivanja napona su mnogo manji od rizika koji su povezani za čekanjem prirodnog početka perioda napona. Mnoga istraživanja su pokazala da manje od 10% žena zahteva veštačko izazivanje napona (trudova) iz medicinskih razloga. Sastanak koji je organizovala Svetska zdravstvena organizacija, po pitanju opšte prihvaćenosti na temu *Prikladna tehnologija*

održanja porođaja u Fortalesi, u Brazilu, 1985. godine, preporučio je da „Nijedno geografsko područje ne bi trebalo da ima stopu veštački izazvanih napona veću od 10%.“¹

Očigledno, broj nemedicinskih razloga za veštačko izazivanje napona se povećao tokom prošle decenije pošto su zaposlene žene i akušeri pokušali da se uklope i još više zgusnu svoje, već dovoljno zgusnute rasporede, i otkako su novi lekovi postali dostupni. Stopa primene veštačkog izazivanja napona, u SAD, se udvostručila između 1989. i 1998. godine (sa 9% na 19,2%) i očigledno i dalje raste, iako nije prisutno odgovarajuće povećanje veličine beba, dužina trudnoće, ili učestalost majčinskih oboljenja koja zahtevaju primenu veštačkog izazivanja napona (indukcije).²⁻⁴ Kako se broj indukcija sve više povećava, dolazi do opštег pogrešnog shvatanja da akušeri mogu svojom voljom izazvati početak napona, bez osvrta na mane i štetnost ovog postupka. Većina zaposlenih žena u SAD, kojima je ostalo još samo 6 sedmica do najradosnijeg dana, neshvatljivo su spremne da veštački izazovu početak napona ukoliko ne postoje rizici povezani sa ovim postupkom. One prepostavljaju, često pogrešno, da će ih njihov negovatelj informisati o bilo kakvima rizicima koje primena indukcije nosi sa sobom.

Posledice indukcije napona koje pogađaju majke

Period napona (uključujući njegov početak) obuhvata izuzetno kompleksno uzajamno dejstvo hormona koje se ne može izmeniti bez remećenja normalnog fiziološkog modela žene. Menjanje normalnog fiziološkog modela žene izaziva druge probleme zbog kojih su neophodne dodatne akušerske intervencije. Indukovani (veštački izazvani) napon, je potpuno drugačiji proces od spontanog napona. Žene kod kojih su naponi izazvani uz pomoć lekova imaju mnogo neprijatnije, snažnije i značajno bolnije kontrakcije, tako da one koje se izbore sa spontanim naponima, obično shvate da su im potrebni lekovi protiv bolova da bi podneli mnogo upornije kontrakcije kod indukovanih napona. Kada

se naponi veštački izazivaju pomoću leka Pitocin, neophodno je postaviti intravenoznu infuziju. Pokretnost i sloboda ženi su tada ograničeni, zbog nelagodnosti izazvane intravenoznom iglom u njenoj veni i cevčica koje povezuju ženu sa intravenoznim stalkom. Čak iako intravenozni stalak ima točkiće, ipak za ženu nije jednostavno pomerati ga dok je u naponima. Retko, ali mnogo manje ređe kod spontanih napona, veštačko, farmaceutsko izazivanje napona može dovesti do kidanja, pucanja materice. Ukoliko do ovoga dodje, neophodna je hitna primena carskog reza, a ponekad i histerektomija (odstranjivanje materice). Povećan gubitak krvi, nakon porođaja, je još jedan problem uzrokovani veštačkim izazivanjem napona.

Posledice indukcije napona koje pogađaju bebe

Glavno opravdanje za veštačko izazivanje napona je smanjenje broja beba koje se rađaju sa nekom bolešću ili defektom. Problem sa minimum polovinom veštačkih indukcija (izazivanja napona) koje se u današnje vreme obave u SAD, je da sam postupak veštačkog izazivanja napona može oštetiti bebu. Veštačke indukcije izazivane uz pomoć hormona oksitocina i prostaglandina uzrokuju duže i snažnije kontrakcije materice, iako se mешaju sa krvlju bogatom kiseonikom koja teče kroz placentu do fetusa. Zbog ovoga je praćenje stanja fetusa na monitoru, uobičajen deo protokola veštačke indukcije napona. Da bi aparat u ekranizovano praćenje stanja fetusa mogla da snimi otkucaje srca fetusa, majka mora da leži mirno u krevetu. Ukoliko majka želi da ima malo više slobode pokreta, može izabrati da upgrade elektrodu u vidu igle, u bebinu glavu. Ali ovaj postupak je bolan za bebu i zahteva probijanje vodenjaka i može izazvati infekciju i majke i bebe.

Još jedan povećan rizik za bebu, zbog veštačke indukcije napona, je veća učestalost opasnosti po fetus, u odnosu na slučajevе spontanog početka napona: Mnogo je veća verovatnoćа da dođe do primene carskog reza ako su naponi veštački izazvani,

nego ukoliko naponi počnu spontano. Prema jednoj studiji, udvostručena je stopa primene carskog reza u slučaju abnormalnosti u radu srca fetusa.⁵ Materične kontrakcije istiskuju napolje tečnost koja se prirodno nalazi u bebinim plućima tokom trudnoće; prilikom primene carskog reza ovaj postupak se zabilazi, i velika je verovatnoća da bebina pluća budu dosta vlažna na porođaju, izazivajući velike teškoće sa disanjem.

Veštačko izazivanje napona pomoću oksitocina i prostaglandina povećava prolazanje mekonije (izlazak prve bebine stolice) tokom perioda napona, jer je beba pod većim stresom nego što bi bila da su naponi počeli spontano. Nekoliko istraživanja je dokumentovalo visoku stopu mekonije kod napona indukovanih uz pomoć najnovijeg prostaglandina koji se zove Ciotek.⁶⁻¹⁰ Kada postoji gust mekonijum u amniotskoj tečnosti, tokom napona, beba ga (mekonijum) ponekad udahne sa prvim dahom, i dobije ozbiljne disajne probleme. Žutica kod novorođenčeta je još jedan problem koji se sreće češće nakon indukcije napona, nego kod prirodnog napona. U slučaju da beba udahne mekonijum ili dobjije žuticu, velika je verovatnoća da će svojih prvih nekoliko dana života provesti na specijalnoj nezi, umesto u majčinom naručju.

Da li ste nekada čuli za jatrogeno prevremeno rođenje? Ovaj pojam znači *prevremen i porođaj koji su izazvali doktori*, i morao je biti osmišljen, jer je mnogo prevremeno rođenih beba rođeno nakon veštački indukovanih napona, ili carskog reza u skladu sa pogrešnim datumom pravog porođaja. Potpuni je mit da je akušerstvo toliko napredovalo da je postalo praktično nemoguće pogrešiti datum bebinog dolaska na svet. Realnost je da je jatrogeno prevremeno rođenje mnogo više rasprostranjeno, nego što većina akušera želi da prizna. Ono je česta pojava nakon veštačke indukcije napona, primenjene iz nemedicinskih razloga.

Opšte metode veštačke indukcije (izazivanja) napona

Najčešće medicinske metode koje se koriste za veštačko izazivanje napona su amniotomija (probijanje vodenjaka) i različite hemijske metode: intravenozna upotreba Pitocina, i primena različitih prostaglandina (Cervidil, Prepidil i Citotek).

Probijanje vodenjaka. Probijanje vodenjaka je surov i grub, ali ponekad efikasan način da se započnu naponi. Ovaj metod će inicirati napone u roku 24 sata kod 70-80% žena. Problem je što će ostalih 20-30% doživeti visoku učestalost unutar-materičnih infekcija.¹¹ Sam postupak probijanja vodenjaka ne povećava opasnost od pucanja materice. Međutim, ovaj postupak vremen-ski ograničava period napona, da počne i završi se u većini bol-nica, zbog povećanog rizika od infekcija. Ponekad amniotomija izaziva ispadanje pupčane vrpce iz grlića materice, ispod bebine glave, i na taj način životno ugrožava bebu.

Intravenozno ubrizgavanje Pitocina. Pitocin je sintetička ver-zija oksitocina, prirodnog hormona koji luči majčina žlezda hipofiza, i to u malim količinama, samo za vreme perioda napona (ne pre). Doza oksitocina, koja se daje intravenozno, je dosta veća od količine koja se prirodno luči tokom perioda napona, i svakih par minuta se povećava dok se ne dobije željena brzim kontrak-cija. Indukcija napona uz pomoć Pitocina može izazvati potrebu za carskim rezom ili porođajem pomoću vakuma i akušerskih klešta, zbog ometanja, uznemiravanja fetusa snažnim materič-nim kontrakcijama. Oksitocin udvostručava šanse da se beba rodi u lošem stanju zbog ekstra snažnih kontrakcija, i može ometati protok krvi bogate kiseonikom, od majke ka bebi. Još jedna posledica indukcije oksitocinom je povećana učestalost posle-porođajnog krvarenja. Oksitocin se takođe koristi da pojača kon-trakcije u slučaju sporo napredujućih napona.

Oksitocinska indukcija napona je često neuspešna, čak i kad se kombinuje sa amniotomijom. Ovo se posebno potvrđuje kad grlić materice još nije zreo (mekan i tanak). Neke žene se podvrgavaju 3 ili 4 dana pokušajima indukcije napona Pitocinom, bez pojave efektivnih napona.

Generacije akušera su učene da nikada ne ostavljaju same majke tokom oksitocinske indukcije napona.¹² Kad dođe do predoziranja oksitocinom (neke žene su više osjetljive na lekove od drugih) što rezultuje abnormalno snažnim i dugim kontrakcijama, intravenozno ubrizgavanje se može prekinuti. Pitocin ostaje u telu još 10-15 minuta nakon prekidanja intravenoznog ubrizgavanja.

Postoji mnogo veća učestalost pucanja materice prilikom hemijski indukovanih napona, nego pri spontanim naponima. Generalno, prilikom spontano nastalih napona materica se ne grči toliko kao da će samu sebe da uništi. U slučaju indukcije napona, kod 1-3% žena dolazi do pucanja materice. Dodajte na ovu indukciju i faktor prethodnog carskog reza, i stopa pucanja raste. Blizu 6% žena, u jednoj studiji, imalo je pucanje materice izazvano veštačkom indukcijom napona.¹³

Prostaglandini. Prostaglandini su supstance koje organizam prirodno luči i koje utiču na omešavanje grlića i nižih delova materice. Tokom nekoliko prethodnih decenija, hemičari su proizveli nekoliko sintetičkih verzija. Administracija za hranu i lekove (FDA) odobrila je sredinom 90-tih dva sintetička leka: Prepidil i Cervidil. Prepidil je prostaglandin gel koji se nanosi na grlić materice, a Cervidil je tampon koji oslobađa sintetički prostaglandin. Oba leka su često korišćena zajedno sa oksitocinom. Neke žene dožive mučninu, povraćanje i dijareju, pod uticajem ovih lekova. U slučaju hiperstimulacije materice, Prepidil se može obrisati sa grlića materice, a Cervidil tampon se može izvući van. Međutim, čak i sa ovim predostrožnostima i uz pomoć leka Terbutalina, koji opušta matericu, ponekad dolazi do pucanja materice.

Najnovija dopuna kompletu za indukciju je Citotek (originalno ime: mizoprostol). Ova sićušna bela pilula je brzo postala omiljeni činilac indukcije u većini bolnica u SAD tokom kasnih 90-tih, uprkos nedostatku odobrenja za upotrebu kod trudnica od strane FDA. Odobren od strane FDA za sprečavanje čireva, njegova upotreba na trudnim ženama se smatra legalnom „bez etikete“, ali etički sumnjivom, pošto nije obavljeno nijedno pažljivo planirano istraživanje koje bi prethodilo opštoj primeni Citoteka u farmaciji i akušerstvu. G. D. Serl proizvođač Citotek-a je izjavio da ne planira da traži odobrenje FDA za upotrebu leka u indukciji napona.¹⁴ Izgovor koji omogućava da se Citotek koristi eksperimentalno je da ne postoji snažna zaštita od katastrofalnih sporednih efekata ili nepredvidivih rezultata.

Kada proizvođač zatraži odobrenje FDA za upotrebu svog farmaceutskog proizvoda, proizvod podleže intenzivnom testiranju na velikom broju ljudi. Takvo testiranje je dizajnirano da bi se otkrili mogući opasni sporedni efekti, kao i optimalne doze i intervali. Iako nedostaje ovakva organizovana procena, broj indukcija uz pomoć Citoteka raste iz godine u godinu. Iako je bilo mnogo istraživanja upotrebe Citoteka u indukciji napona, „istraživanja nisu bila dovoljno obimna da isključe mogućnost neobičnih, ozbiljnih štetnih efekata,“ prema pregledu Britanskog medicinskog časopisa iz 1999. godine.¹⁵

Ne postoji čak ni preporučena doza Citoteka, od strane proizvođača za indukciju napona, što znači da akušeri i ginekolozi preporučuju sopstvene doze koje su zasnovane na faktorima koji nemaju nikakve veze sa bezbednošću majke i bebe. Jedna grupa akušera i ginekologa-istraživača, koja je odlučila da ubacuje celu tabletu od 100 mikrograma u ženske vagine (lek je testiran oralno radi prevencije čira) radi indukcije napona, komentarisala je da je odabrala dozu od 100 mikrograma „zbog lakoće dobijanja takvih doza.“¹⁶ Jedna grupa je prepostavljala da se kasnije odustalo od doze od 100 mikrograma za indukciju napona, nakon što je konsenzus istraživača odlučio da je bilo suviše katastrofal-

nih pucanja materice povezanih sa ovom dozom. I dok su bili u pravu da je nezgrapno i traljavo seći tablete na polovine i četvrtine, njihova odluka da prepisuju dozu od 100 miligramma uopšte-ne deluje vrlo kavaljerski - posebno dok su davali izveštaje o zabrinjavajućim simptomima kod majki i beba prilikom upotrebe polovine i četvrtiny 100 miligramske tablete, koji su bili objavljeni pre ove studije.^{5,9} Uzgred, G. D. Serl je izjavio da ne namerava da proizvodi Citotek u tabletama manjim od 100 mikrograma. Kao što ćemo videti u poglavlju 11, dolazilo je do smrти majki i drugih katastrofa, usled upotrebe i najmanjih doza Citoteka. Lično sam čula iz razgovora sa sestrama, babicama i doktorima da Citotek ponekad ima užasne sporedne efekte (mrtve bebe, bebe sa oštećenjem mozga, obilno krvarenje, histerektomije i pucanje materice). Odlučila sam da izračunam štetne efekte iz svih objavljenih istraživanja koje sam mogla da nađem. 49 istraživanja je obuhvatilo 5439 žena, koje su koristile Citotek za indukciju napona:

- 25 žena je imalo pucanje materice
- 16 beba je umrlo
- 2 žene su imale toliko obilno krvarenje da im je odmah urađena hitna histerektomija
- 2 žene su umrle

U nekoliko studija, četvrtina beba je završilo na intenzivnoj nezi za novorođenčad. Žene koje su ranije imale neki hirurški zahvat na materici su bile pod posebno velikim rizikom da kod njih dođe do pucanja materice.

Posle pojavljivanja informacija o štetnim sporednim efektima Citoteka, u nekim časopisima, Serl je poslao pismo ka 200 snabdevača medicinske opreme u 2000. godini, upozoravajući ih da je „primena Citoteka na bilo koji način, kontraindikativna kod trudnica, jer može dovesti do abortusa.“ Kompanija je upozorila da proizvoljna upotreba Citoteka, bez proizvođačke specifikacije, može dovesti do pucanja materice, histerektomije i smrти majke i bebe. Autor *Majka Džons* je naučen kroz Akt o slobodi in-

formisanja, izložio zahtev FDA da je u periodu 1998.-2001. Agencija primila 30 slučajeva pucanja materice povezanih sa upotrebom Citoteka, 8 slučajeva smrti fetusa u materici i 2 slučaja smrti majke.¹⁷ U sedmičniku *Silikonska Dolina* (Silikon Valley), objavljena su još 4 slučaja smrti majki, 2 slučaja blizu smrti i 1 slučaj cerebralne paralize kod odojčeta - svi povezani sa upotrebom Citoteka i prijavljeni FDA-u razmatrani.¹⁸

Već sam pomenula podatke CDC-a (Centra za kontrolu bolesti) koji pokazuju dupliranje broja indukcija napona (trudova) tokom 90-tih, sa 10% na oko 20%. U istoj deceniji, CDC je dokumentovao značajno povećanje učestalosti porađanja, od ponedeljka do petka. Jedan od razloga popularnosti Citoteka je očigledno njegova efikasnost koja pomaže akušerima da isplaniraju porođaj svojim porodiljama tokom radnih dana pre mraka.¹⁹ Ponekad žena zahteva indukciju napona uz pomoć Citoteka jer doktor ili babica imaju nekoliko slobodnih dana u periodu oko datuma predviđenog za porođaj. Često nesvesne rizika koji ovo sve nosi, žene biraju indukciju, kao način da izbegnu posetu kolega svojih doktora i babica. (Znam i previše onih žena koje su zažalile što su pristale na indukciju, umesto da su rizikovale da budu zbrinute od strane kolege svog doktora ili babice.)

Neki stručnjaci su koristili Citotek da indukuju napone kod žena koje se plaše da neće dobiti spontane napone pre 42. sedmice trudnoće (perioda, u kome se, prema pravilima i regulativama babičarske prakse, mora obaviti bolnički porođaj, ukoliko babica želi da zadrži svoju licencu). Postoji dobar razlog zbog kog se smatra da su takve regulative kontraproduktivne, jer mogu da izazovu više problema, nego da spreče.

Evo šta ja mislim. Dokaz o rizicima „produžene trudnoće“ (sve objavljeno pre studija o Citoteku, kasnih 90-tih) pokazuje da se ništa ne može dobiti hemijskom indukcijom napona pre 41,5 sedmice. Čak i posle 41,5 sedmica, nekoliko studija je pokazalo da se kod oko 500 žena moraju indukovati naponi da bi se sprečila perinatalna smrt. Među 500 indukcija Citotekom veoma je

moguće da stopa perinatalne smrti (smrti bebe u majčinoj utrobi ili u toku prvog meseca nakon rođenja) izazvane indukcijom prevažide stopu perinatalne smrti koja nije uzrokovana indukcijom.

Ne postoji dovoljno dobro istraživanje koje bi dokazalo bazičnu pretpostavku koja bi bila temelj svih pravila, regulativa i sudskih presuda, o tome koliko dugo bi trudnoća trebalo da traje, i koja bi bila specifična sedmica tokom koje bi bilo najbolje za ženu da se porodi. Mi žene nismo kalibrirane, jedna u odnosu na drugu. Među prvih 50 porođaja, kojima sam ja prisustvovala, 6 žena se porodilo posle 42 sedmice trudnoće, bez problema. U vremenima kad doktori nisu bili skloni da indukuju napone, 42 sedmice su smatrane normalnim, čak optimalnim vremenom da počnu naponi kod žene. Ako počnu nekoliko dana pre ili posle 42 sedmice, to se takođe smatra normalnim. Indukcija je viđena kao potencijalno rizična, tako da je bilo potrebno dobro opravdanje da bi se ona primenila. Jedna očigledna indikacija je bila u trudnoći punog termina sa smanjenjem količine amniotske tečnosti ili promenom u radu bebinog srca (znaci koji ukazuju na pogoršavanje posteljice).

Tokom 80-tih godina došlo je do skraćivanja perioda čekanja na porođaj, najvećim delom zbog odbrambene strategije doktora u potencijalnim tužbama zbog zloupotrebe službene dužnosti. Većina doktora su svesni da je većina njihovih kolega tužena više zbog neprimenjivanja carskog reza dovoljno brzo i gubitka bebe, nego zbog primene carskog reza prerano i izazivanja prevremenog porođaja ili povređivanja majke. Do 90-tih godina nije bilo neobično čuti da se ženi indukuju naponi u 39. ili 40. sedmici samo u slučaju da mnogobrojni pokušaji budu neophodni.

Verujem da bi majke i njihove bebe bile bolje opslužene ako bi se pravilo od 42 sedmice u babičarskim zakonima i regulativama promenilo u pravilo 43 sedmice, ili još bolje u potpunosti napustilo. Uvek postoje jasni simptomi kada je beba u opasnosti od previše dugog ostajanja u utrobi.

Babičarski (humanistički) model nege

Prema babičarskom modelu nege, ženskim telima se generalno može verovati da će spontano ući u period napona. Mi shvatamo da jasni dokazi pokazuju da u odsustvu znakova opasnosti (smanjenje količine amniotske tečnosti i promene u srčanom ritmu fetusa, na primer) postoji samo blago povećanje rizika kada se žena porodi 2 sedmice pre procenjenog datuma porođaja. Oko 2,5 od 1000 beba, rođenih tokom 40. sedmice, će umreti tokom porođaja ili ubrzo nakon porođaja. Tokom 42. sedmice, oko 4,5 od 1000 beba umre. Četvrtnina ovih beba je abnormalno i umrlo bi bez obzira na termin rođenja.²⁰

Babice ponekad predlažu nefarmaceutske načine za iniciranje napona, kao što su sledeće metode, koje su često efektivne, ali nisu invazivne i rizične:

Seksualni odnos. Na žalost, neke knjige o pripremi za porođaj još uvek šire mit da je seksualni odnos tokom trudnoće škodljiv i štetan. Veliko istraživanje, koje je obuhvatalo blizu 40.000 žena, nije otkrilo povezanost između vođenja ljubavi tokom trudnoće i lošeg ishoda za majku ili bebu.²² Zapravo, ljudska semena tečnost je najkoncentrisaniji izvor prostaglandina, supstance koju Cervidil, Prepidil i Citotek pokušavaju da imitiraju, što znači da prijatan seksualni odnos, tokom poslednjih sedmica trudnoće, pomaže ženskom telu da uđe u period napona. Jedan istraživač je otkrio da je 2-4 sata nakon odnosa, koncentracija prostaglandina u cervikalnoj sluzi 10-50 puta veća od normalne.²¹ Moje kolege i ja smo, tokom naše rane babičarske prakse, primetili da su žene koje su bile seksualno aktivne tokom trudnoće, imale veću verovatnoću od onih žena koje nisu, da uđu u period napona oko 40. sedmice. Uzgred, prostaglandini u semenoj tečnosti nikada nisu bili dovođeni u vezu sa hiperstimulacijom materice, bolnijim kontrakcijama materice, fetalnim uzinemiravanjem ili pucanjem materice.

Žene koje imaju istoriju pobačaja ili prevremenih porođaja ili kojima preti pobačaj, trebalo bi da izbegavaju seksualnu stimulaciju i uzbuđenje, dok njihove bebe ne budu spremne da se rode.

Stimulacija dojki. Svaka žena koja je dojila bebu, verovatno je primetila materične kontrakcije tokom dojenja. Stimulacija bradavica izaziva lučenje oksitocina u majčin krvotok, i ovaj oksitocin onda stimuliše kontrakcije materičnih mišića. I ručna i oralna stimulacija su efektivne u oslobađanju oksitocina. Ako stimulacija samo jedne bradavice ne doneše željeni rezultat, stimulišite obe istovremeno. Iz kulturnih razloga, neke bolnice preferiraju TENS (transkutanu elektronsku nervnu stimulaciju), uređaj koji ispušta malu električnu struju kroz elektrode postavljene na koži. Manualna i oralna stimulacija ne izazivaju pucanje materice. Ako, usled nekih okolnosti, ovakva stimulacija izazove previše duge kontrakcije (nikad to nisam videla), stimulacija se može lako prekinuti i kontrakcije će opasti. Stimulacija dojki je posebno efektivna u započinjanju napona, u kombinaciji sa seksualnim odnosom. Osim ako vaš partner nije katastrofalan ljubavnik, ova kombinacija je do sad najpriyatnija metoda indukcije napona. Pogledajte deo „Zapamtite: Porođaj je seksualan“ u poglavlju 7.

Ricinusovo ulje. Domorodački narodi, širom zemljine kugle, vekovima su koristili ricinusovo ulje kako bi izazvali napone (trudove). Primenjeno oralno, ricinusovo ulje se ponaša kao laksativ (hrana, hemijska jedinjenja ili lekovi koji se uzimaju da bi se podstaklo pražnjenje creva ili omekšala stolica) i stimulacija digestivnog trakta često izaziva početak napona u terminu. Niko ne zna tačno zašto ricinusovo ulje stimuliše početak napona. Kada nije moguće zaraditi veliki novac od rezultata istraživanja, onda se takva istraživanja i ne sprovode. Niko do sad nije našao način da zaradi veliku količinu novca na ricinusovom ulju, tako da ono nije zaokupiralo pažnju istraživača. Ipak, ricinusovo ulje izgleda prilično bezbedno. Blizu 9% od 11.000 trudnica je koristilo rici-

nusovo ulje za izazivanje napona u velikom istraživanju jednog porođajnog centra, i to bez štetnog ishoda.²³ U našem centru za babičenje, mi preporučujemo početak indukcije napona ricianusovim uljem, za doručkom, nakon kompletno prespavane noći. Jedna supena kašika ricinusovog ulja se doda u jelo ili se pomeša sa voćnim sokom, kako bi bilo ukusnije za ženu. Ako je potrebno, ona uzima još jednu supenu kašiku ulja, 1 sat nakon prve.

Odvajanje membrana. Stručnjak ubaci 2 prsta unutar grlića materice i nežno razdvoji vodenjak od unutrašnjosti grlića materice. Na ovaj način se stimuliše lučenje prirodnih prostaglandina u grliću materice (cerviksu). U dva istraživanja, odvajanje membrana je uspešno izazvalo napone u oko pola slučajeva u kojima je primenjeno.^{24,25} Ovaj metod ne dovodi do štetnih sporednih efekata, kao što je hiperstimulacija materice, niti izaziva uznemiravanje i ometanje bebe. Ukoliko stručnjak nije pažljiv, moguće je da slučajno izazove pucanje vodenjaka.

Elektronsko posmatranje fetusa

Elektronsko posmatranje fetusa (EFM) je predstavljeno tokom 70-tih godina sa prepostavkom da će porođaj i napone učiniti bezbednijim za bebu. Bolnice su počele sa upotrebom EFM pre nego što se pojавio bilo koji dokaz koji bi potvrdio ovu prepostavku, i EFM je postao rutina u mnogim mestima. Zbog svega toga, popularnost EFM je velika u bolnicama (više od 80% žena u SAD prolazi kroz period napona i porođaja uz pomoć EFM), i ova sveprisutna mašina nije bila povezivana sa bilo kakvim smanjenjem smrtnosti odojčeta. Istraživanja koja su od tada rađena pokazuju da naizmenično slušanje fetoskopom je podjednako dobro u otkrivanju bebe koja je u opasnosti zbog nedostatka kiseonika. Iz majčinog ugla, naizmenično slušanje fetoskopom je dosta bolje - manje je bolno, i manja je verovatnoća da dođe do neefikasnih napona i carskog reza.

Kada se materica grči, krv ne može da teče kroz posteljicu kao obično, što znači da beba dobija manje kiseonika. Bebe nor-

malno, prilično dobro, tolerišu ove oscilacije u nivoima kiseonika. Generalno, materične kontrakcije ne traju dovoljno dugo da uzrokuju štetu zbog nedostatka kiseonika. Ako je beba lišena kiseonika, šablon njenih otkucanja srca se obično promeni. Kada se ovo desi, beba mora što brže da se rodi.

Stalna EFM se izvodi na dva načina. Najopštiji metod obuhvata 2 prijemnika, postavljeni oko kukova žene, u vidu pojasa. Drugi metod podrazumeva primenu elektrode zakačene za bebinu glavu, preko male igle zabodene u bebinu lobanju, koja tu stoji dok se beba ne rodi. Elektroda je prikačena za kabl koji je uvučen u vaginu. Signali iz bebinog srca se onda snimaju i štampaju.

Veliki broj istraživanja je pokazao da stalni EFM, koji se rutinski koristi, može ponekad učiniti da doktori pomisle da nešto nije u redu, kada je zapravo sve u redu. Neko pogrešno protumači signale koji se štampaju, naredi hitan carski rez, i savršeno zdrava beba se tako rađa, koja ne pokazuje znake opasnosti. Majka, međutim, mora da se oporavi od hirurškog zahvata, koji je greškom primenjen. Nepotreban carski rez ili porođaj uz pomoć akusherskih instrumenata, su manje verovatni kada je bebin srčani ritam kontrolisan uz pomoć Doplera ili drugog tipa fetoskopa.

Iako mnoge bolnice zahtevaju od majki da im prikače EFM, na 20 minuta nakon prijema, mnoge druge žene zahtevaju stalni EFM tokom perioda napona. Ova metoda obezbeđuje štampane informacije o bebinom srčanom ritmu, kako bi se procenilo bebino stanje. Primena EFM, samo zato što politika zdravstvenog sistema tako zahteva, znači da žena počinje svoj bolnički boravak u najbolnjem i najmanje efektivnom položaju: ležeći ravno na leđima. Stalni EFM je možda rutina u mnogim bolnicama, ali ne postoji dovoljno dobar razlog da bude obavezno. Tako EFM:

- ne smanjuje broj smrti novorođenčeta
- ne smanjuje učestalost pojave cerebralne paralize. Zapravo, dokazi koje imamo pokazuju blago povećanje u pojavi cerebralne paralize, među bebama koje su bile elektronski posmatrane.^{26,27}

Jedna retko pominjana osobina EFM metode je da žene u naponima, koje su elektronski nadgledane pomoću EFM, često osećaju da je mašina u centru pažnje, umesto njih samih. Kada babica ili medicinska sestra uđe u sobu, ona se uputi pravo do monitora i ispituje podatke, ponekad nemajući ništa da kaže ženi. Ponekad i članovi porodice postanu fascinirani mašinom, zanemarujući ženu na taj način.

Alternativa za EFM je naizmenično slušanje svakih 15-30 minuta (češće tokom faze guranja) uz pomoć neke vrste fetoskopa. Fetoskopi se koriste ručno, pa tako zahtevaju više ljudske pažnje, nego kod primene EFM. Razlog zbog kojeg bolnice vole EFM je smanjenje troškova. Štampani izveštaj čini da sve izgleda kao da žena ima punu babičinu ili akušersku pažnju tokom svakog minuta napona, ali realnost je da EFM omogućava jednoj osobi da istovremeno „nadgleda“ 4 ili 5 žena u periodu napona. Očigledno, negovatelj koji obezbeđuje negu za mnogo žena odjednom, ne može provesti mnogo vremena ohrabrujući bilo koju od njih, tokom perioda napona.

Procedure za izbegavanje brijanja prepona

U određenim ruralnim oblastima preživeli su neki drugi bolnički postupci, koje bezbedno možete odbiti, imajući u vidu snažne medicinske dokaze. Na primer, ne treba vam brijanje prepona da biste se porodili. Brijanje prepona je uvedeno na samom početku porađanja u bolnicama radi sprečavanja infekcija. Istraživanja su kasnije pokazala da je stopa infekcije zapravo bila veća kod žena koje su bile obrijane, pa su mnoge institucije napustile ovaj postupak. Svaka žena koja je iskusila brijanje prepona zna kako mogu da budu neprijatne posekotine od briača, i koliko svrbi to područje, kada dlake počnu ponovo da rastu.

Klistiranje

Još jedna procedura koju možete bezbedno odbaciti je klistiranje. U jednom periodu je ova procedura smatrana neophod-

nom u mnogim bolnicama, i bila je obavljana odmah nakon dolaska u porodilište. Danas je manje zastupljena. Dva istraživanja su otkrila da klistiranje ne skraćuje napone ili smanjuje stopu infekcije. Ukoliko niste obavili klistiranje (čak i ako jeste), jako malo ćete se unerediti, dok se pojavljuje bebina glava. Ne brinite o ovome, jer se lako očisti. Ja sam prisustvovala porođajima kod kojih je klistiranje pomoglo naponima, koji su sporo započinjali, da krenu.

Nehotičan post

Možete se pitati da li da jedete ili pijete tokom perioda napona. Mnoge bolnice zabranjuju jedenje i pijenje kad dođete kod njih. Neke su zadržale striktnu zabranu jela i pića. Razlozi za ovo su više istorijski, nego naučni. Naime, postoji strah da bi žena kojoj je potreban carski rez pod opštom anestezijom, mogla da povrati hranu i udahne je u pluća, dok je van svesti zbog dejstva anestezije. Oni koji su osmislili ovo pravilo, nadali su se da će zabrana unosa hrane i pića tokom napona garantovati da neće biti šta da se povrati, u slučajevima pod opštom anestezijom.

Međutim, naredna istraživanja su pokazala da zabrana jela i pića, nakon prijema u bolnicu, ne garantuje prazan stomak. Kada ste u naponima, varenje se obavlja sporije nego inače, tako da hrana koju pojedete nekoliko sati pre dolaska u bolnicu će verovatno još uvek biti u vašem stomaku. Čak i kada vam je stomak „prazan“ nekoliko sati, lučiće se želudačni sokovi, koji se mogu povratiti i udahnuti, pod opštom anestezijom. Ovakvo udisanje može opeći površinu pluća ili izazvati aspiratorno zapaljenje pluća, ozbiljno oboljenje. Anesteziolozi u nekim bolnicama daju ženama antacide pre opšte anestezije, sa ciljem da se smanji kiselost; ovo smanjuje verovatnoću, ali ne sprečava u potpunosti aspiratorno zapaljenje pluća.

Opšta anestezija je jedina bila korišćena tokom carskog reza, dok epiduralna anestezija nije ušla u upotrebu. Žene koje prime epiduralnu anesteziju tokom carskog reza, ne postaju tako lako

sklone povraćanju, i ako čak i povrate, one su svesne, i nisu u opasnosti od udisanja njihovog stomačnog sadržaja. U svakom slučaju, dobra anesteziološka tehnika može sprečiti pojavu aspiratornog zapaljenja pluća.

Rutinska intravenozna infuzija

Bolnice koje ne dozvoljavaju ženama da jedu i piju tokom perioda napona žele da svim ženama pod naponima daju intravenoznu šećernu vodu. Istraživanja su pokazala da rutinske intravenozne tečnosti nisu kompletno bezbedna zamena za hranu i vodu tokom perioda napona.²⁸⁻³⁰ Velike količine intravenoznih tečnosti mogu da izazovu respiratorne smetnje i iznenadne poremećaje kod novorođenčeta, jer izazivaju smanjenje nivoa šećera i natrijuma u krvi. Kad žena preko infuzije unese ove tečnosti previše brzo, može dobiti grčeve ili se njena pluća mogu napuniti tečnošću, kao kod davljenja u vodi.

Neke bolnice, obično one u kojima babice mogu da utiču na opšta pravila, prezentujući najbolji dokaz, dozvoljavaju ženi da jede i pije po želji, tokom perioda napona. Nije bilo prijavljivanja loših ishoda od ove promene pravila. Dozvoljavanjem unošenja tečnosti izbegava se dehidracija majke, slabost tokom perioda napona i komplikacije izazvane intravenoznim tečnostima.

U velikom istraživanju jednog porođajnog centra, Džudit Ruks i kolege pregledali su tabele 11.814 žena koje su jele po želji tokom perioda napona. 24% žena u ovom istraživanju odlučilo je da jede čvrstu hranu u periodu napona.²³ Nije bilo prijavljenih slučajeva smrtnosti ili oboljevanja od respiratorne upale pluća, čak iako su tu postojale žene koje su zahtevale hitan carski rez. Podaci iz našeg centra za babičenje podržavaju ova otkrića. Holandija je zemlja u kojoj akušerska praksa odražava razumevanje babičinog shvatanja potrebe žene tokom perioda napona. Nedavno istraživanje u Holandiji je otkrilo da 80-85% holandskih akušera i babica prepuštaju odluku o jelu i piću samim ženama, bez vidljivih štetnih efekata po žene i bebe.³¹

Drugo istraživanje u Holandiji je upoređivalo grupu žena koja je jela tokom perioda napona, sa grupom žena koja je koristila samo čiste tečnosti. Grupa koja je konzumirala samo čiste tečnosti je imala veću učestalost lošeg napredovanja u fazi guranja. Koliko bi samo bilo dobro videti odlike ovog holandskog iskustva, primjenjenog širom sveta, u akušerskoj praksi i bolnicama.

Period napona je jedini težak rad koji ljudi obavljaju, a koji nosi medicinsku zabranu unosa hrane i pića. Mislim da većina materičnih poremećaja, zabeleženih u bolnicama, može biti pripisano niskim nivoima šećera u krvi, izazvanog višečasovnim neunošenjem hrane. Džudit Goldsmit, autor dela "Mudrost porođaja iz najstarijih svetskih društava", nam govori da u većini kultura, u zabeleženoj istoriji, ako majka oseti snažnu želju za hranom i pićem, ona nikad ne treba da bude odbijena. U zavisnosti od kulture u kojoj živi, ženi se može ponuditi lagana kaša ili neko drugo jelo.³² Ne poznajem nijednu babicu koja je prisustvovala vanbolničkim porođajima, a da je zabranjivala konzumiranje hrane i pića tokom perioda napona. Zapravo, neke žene zahtevaju ishranu tokom napona. Ja uvek zahtevam. Nikada se nisam porodila za manje od 12 sati, i uvek mi je trebao, ređe u kasnim naponima, sendvič sa salatom i regularni gutljaji vode, kako bih se osećala snažno i relativno priyatno. Kod nekoliko porođaja kojima sam prisustvovala, znam da je nekoliko zalogaja hrane dalo majci snagu koja joj je bila potrebna, da bi izgurala bebu van, bez upotrebe akušerskih klešta i vakuma. U ovim slučajevima, žena je osećala skoro momentalnu korist od uzimanja malo hrane. Njenim kontrakcijama se vratila pređašnja snaga, i ona je stekla dovoljno snage da izgura bebu van, iako prethodno to nije mogla. Niko pod našom brigom nije patio od jedenja i pijenja tokom perioda napona. Povremeno će žena koja je jela, povratiti, ali ovo nije problem za žene koje su u svesnom stanju. Povraćanje normalno pomaže u otvaranju i širenju grlića materice, kao Pravilo Sfinktera.

Većina žena nikada ne oseti glad u periodu napona, i njihovi naponi napreduju toliko brzo da bi jedenje bilo uznemirujuće za njih. Ukoliko naponi dobro napreduju i majka ne želi da jede, otkrila sam da je najbolje udovoljiti njenoj želji. Ona zna šta je najbolje za nju. Sa druge strane, većina žena, posebno prvorotki, mogu biti u periodu napona duže od 6 sati. Moje kolege i ja uvek obezbedimo hranu za žene koje su u periodu napona, kada izraze želju za hranom. Obično žele da pojedu nešto što ne zahteva žvakanje, na primer, supu ili šerbet (sladoled od soje, za vegetarijance). Druge žene žele parče pice ili sendvič. Najčudniji zah-tev na koji sam naišla je bio u slučaju majke prvorotke koja je neposredno pre početka guranja tražila od muža teglu putera od kikirikija, i pojela je 2 supene kašike. Onda je to zalila sa četvrt litra čaja od lista maline, i izgurala bebu van. Ja sam bila impresionirana.

Za većinu žena je pijenje tečnosti više neophodno od jedenja hrane. Većina njih dosta diše kroz usta, tokom najintenzivnije faze napona, tako da im tečnost uvek dobro dođe da odahnu. Moje kolege i ja volimo da vodu i druga zdrava pića učinimo dostupnim svakoj ženi, i da je pustimo da odabere šta joj više odgovara. Žene koje piju tečnost tokom perioda napona, će prirodno imati potrebu za mokrenjem. Kada žene mokre u regularnim intervalima, njihova mokraćna cev retko postane toliko natečena da je neophodno da im se ugradi kateter koji bi odvodio mokraću iz bešike (situacija za koju sam videla da se događa kada žene ne piju dovoljno tokom perioda). Pored toga, ustajanje iz kreveta i odlazak do toaleta mogu biti dobar način da se omogući i ubrza dalji izlazak bebe.

Takođe je važno zapamtiti da je kratko vremensko ograničenje za porođaj, koje se nameće ženi pod naponima (obično 12 sati i manje), je direktno povezano sa odbijanjem hrane i pića tokom napona. Kada žena ogladni nakon nekoliko sati pod naponima, njeni naponi postanu manje efektivni. Intravenozne tečnosti mogu zadovoljiti potrebu za tečnošću, ali ne mogu da spreče da

žena postane slaba zbog gladi. Izgladnjivanje žena ne obezbeđuje izdržljivost koja se zahteva u periodu naponu. Mnoge žene, čijim porođajima smo prisustvovali moje kolege i ja, bile su pod naponima više od 24 sata. Sve su zahtevale hranu, da bi održale svoju izdržljivost. Žene koje jedu i piju tokom perioda naponu mogu biti pod naponima i duže od 24 sata, bez ikakve štete po njih ili bebe.

Reference

1. Wagner, M. Pursuing the Birth Machine: The Search for Appropriate Birth Technology. Camperdown, NSW, Australia: ACE Graphics, 1994.
2. Wing, D. A. Labor induction with misoprostol. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1999; 181:339-45.
3. Ventura, S. J., Martin, J.A., Taffel, S. M., Mathews, T. J., and Clarke, S. C. Advance report of final natality statistics, 1993. Monthly vital statistics report vol. 44. Hyattsville, MD: Public Health Service, 1995; 1-88.
4. ACOG Practice Bulletin No. 10, November 1999: Induction of Labor.
5. Wing, D. A., et al. Misoprostol: An effective agent for cervical ripening and labor induction, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1995; 172:1811-6.
6. Fletcher, H. M., et al. Intravaginal misoprostol as a cervical ripening agent. British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 1993; 100:641-4.
7. Wing, D. A., et al. A comparison of misoprostol and prostaglandin E2 gel for preinduction cervical ripening and labor induction. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1995; 172:1804-10.
8. Mundle, W R., and Young, D. C. Vaginal misoprostol for induction of labor: A randomized controlled trial. Obstetrics & Gynecology, 1996; 88:521-5.
9. Wing, D. A., and Paul, R. H. A comparison of differing dosing regimens of vaginally administered misoprostol for preinduction cervical ripening and labor induction. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1996; 175:158-64.

10. Surbek, D. V., et al. A double-blind comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol and prostaglandin E2 to induce labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1997; 177:1018-23.
11. Chard, T. The physiology of labour and its initiation. In *Benefits and Hazards of the New Obstetrics*, ed. T. Chard and M. Richards. London: Heinemann, 1997; 81.
12. Pritchard, J. A., and MacDonald, P. C. *Williams Obstetrics*, 16th ed. New York: Appleton-Century Crofts, 1980.
13. Plaut, M. M., Schwartz, M. L., and Lubarsky, S. L., Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1999; 180:1535-42.
14. Wing, D. A., Lovett, K., and Paul, R. H. Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 1998; 91:828-30.
15. Hofmeyr, G. J., Gulmezoglu, A. M., and Alfirevic, Z. Misoprostol for induction of labour: A systematic review. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1999; 106:798-803.
16. Kramer, R. L., Gilson, G. J., et al. A randomized trial of misoprostol and oxytocin for induction of labor: Safety and efficacy. *Obstetrics & Gynecology*, 1997; 89:387-91.
17. Goodman, D. Forced labor: Why are obstetricians speeding deliveries with an ulcer drug that endangers mothers and their babies? *Mother Jones*, January/February 2001.
18. Stein, L. Jagged Little Pill. *Metro: Silicon Valley's Weekly Newspaper*. www.metroactive.com. March 21-27, 2002.
19. www.cdc.gov/nchs/birth. Accessed May 1, 2001.
20. Barrett, J., and Pitman, T. *Pregnancy and Birth: The Best Evidence*. Toronto: Key Porter Books, Ltd., 1999.
21. Toth, M., Rehnstrom, J., and Fuch, A. Prostaglandins E and F in cervical mucus of pregnant women. *American Journal of Perinatology*, 1989; 6:142-4.
22. Kelbanoff, M. A., Nugest, R. P., and Rhoads, G. G. Coitus during pregnancy: Is it safe? *Lancet*, 1984; 20:914-7.

23. Rooks, J. P., Weatherby, N. L., and Ernst, E. K. M. The national birth center study. II: Intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. *Journal of Nurse-Midwifery*, 1992; 7:301-30.
24. Berghella, V., Rogers, R. A., and Lescale, K. Stripping of membranes as a safe method to reduce prolonged pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 1996; 87:927-31.
25. El-Torkey, M., and Grant, J. M. Sweeping of the membranes is an effective method of induction of labour in prolonged pregnancy: A report of a randomized trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992; 99:455-8.
26. Luthy, D. A., Shy, K. K., van Belle, G., et al. A randomized trial of electronic fetal monitoring in preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 1987; 69:687-95.
27. MacDonald, D., Grant, A., Sheridan-Pereira, M., et al. The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart-rate monitoring. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985; 152: 524-39.
28. Hazle, N. Hydration in labor: Is routine intravenous hydration necessary? *Journal of Nurse-Midwifery*, 1986; 31:171-6.
29. Lind, T Fluid balance during labor: A review. *Journal of Reproductive and Social Medicine*, 1983; 76:870-5.
30. Morton, K., et al. A comparison of the effects of four solutions for the treatment of ketonuria in labor. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1984; 92:473-9.
31. Scheepers, H. C, Essed, G. M., and Brouns, F. Aspects of food and fluid intake during labour: Policies of midwives and obstetricians in the Netherlands. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1998; 78:37-40.
32. Goldsmith, J. *Childbirth Wisdom from the World's Oldest Societies*. Brookline, MA: East-West Health Books, 1990.

Porodaj: Slobodno menjajte položaj, dopustite gravitaciji da radi za vas

Gde god da imate namjeru da se porodite dobro je znati da je većini žena u periodu napona potrebno da menja položaj i da se slobodno kreće okolo. Pomeranje pomaže širenju i otvaranju grlića materice, tokom ranog perioda napona, i pomaže da se beba postavi u najpogodniji položaj da bi prošla kroz karlicu. Ne mojte se iznenaditi ako osetite bebino nemirno ponašanje tokom prve faze napona. Možda poželite da sedite u krilu vašeg supruga, na porođajnoj stolici, porođajnoj lopti ili na WC šolji. Ako vaše kretanje nije otežano intravenoznim cevčicama, elektronskim posmatranjem fetusa i epiduralnom anestezijom, biće vam lakše da pronađete položaj koji najviše pogoduje otvaranju grlića materice, a nakon toga i izlasku vaše bebe.

EFM ne izaziva bol, ali dok se krećete okolo, prikačeni na EFM, transkonduktor obično prekida priključak otkucaja bebinog srca, i to obično dovodi uznemirenu sestru ili babicu da vidi što se dogodilo. Najveći broj epiduralnih anestezija privremeno paralizuje vaše donje ekstremitete. Čak i takozvani „hodajući epidural“ je pogrešno imenovan: sestre-babice ga ponekad zovu „šepajući epidural“, pošto i dalje dosta ograničava većinu ženinih pokreta.

Žene u tradicionalnim društvima širom sveta skoro uvek biraju uspravan položaj u toku napona. Ovaj opšti konsenzus širom sveta predlaže ženama da ne leže tokom perioda napona i porođaja,

osim ukoliko nisu primorane u zavisnosti od svoje kulturne pri-padnosti. Položaji žene u toku perioda napona, koji su zajednički za tradicionalne kulture širom sveta, uključuju sedenje, klečanje, stajanje, čučanje ili klečanje sa laktovima i rukama na podu. Ponekad ovi položaji uključuju upotrebu potpore u vidu: konopci za majku, da se uhvati za njih i vuče, porođajne stolice, kočići zakucani u zemlju, ili zagrljaj muža ili negovatelja. Dobrobiti us-pravnog položaja tokom napona su:

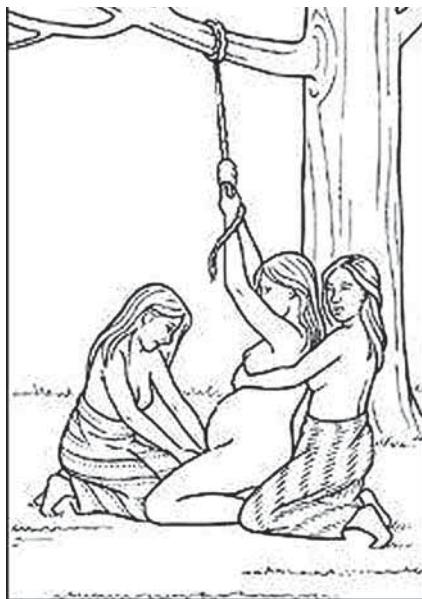
- bolje iskorišćenje gravitacije,
- maksimalna cirkulacija krvi između majke i bebe (nema pritiska, koji izaziva bebina težina, na majčine glavne krvne sudove)
- bolje nameštanje i poravnavanje bebe da bi prošla kroz karlicu
- snažniji naleti potiskivanja
- povećanje prečnika karlice u čučećem i klečećem položaju.



Porođajna scena iz 19. veka u Kaliforniji: Povlačenje krajeva čaršava, obmotanog oko majčinih kukova, je još jedan način primene pritiska na karlicu.



Porođajna scena iz 19. veka
u San Luis Potosi, Meksiko.



Porođajna scena iz 19. veka među Orinoko Indijancima.



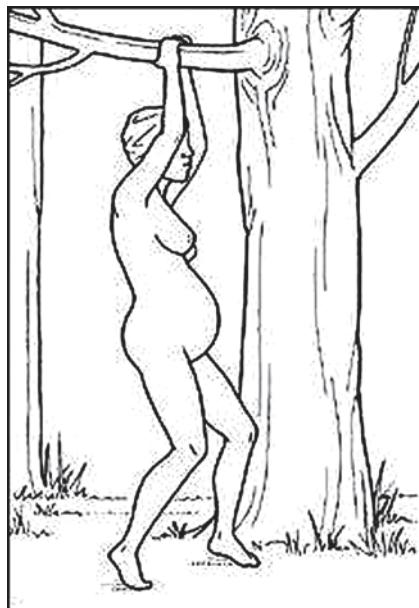
Porođajna scena iz 19. veka
među Irokezima.



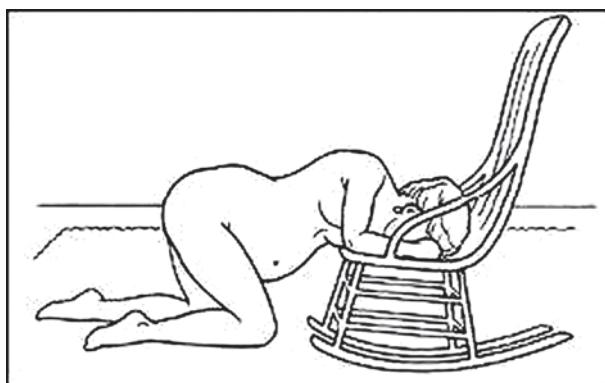
Porođajna scena žene iz
plemena Tonkava.



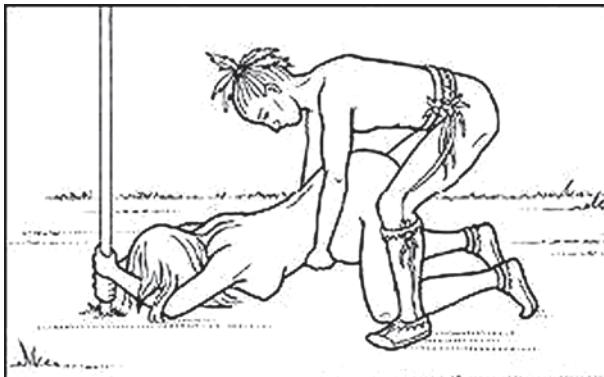
Porođajna scena žene iz plemena Tonkava.



Afrička žena iz 19. veka pod naponima.



19. vek, Džordžija (SAD), žena pod naponima.



Porodajna scena iz 19. veka, pleme Kotenai.

Prvi zabeležen slučaj žene koja leži na leđima tokom napona je bio slučaj Luiz de la Valjere, ljubavnice francuskog kralja Luja XIV, 1663. godine.¹ Položaj nije birala ona, već verovatno njen ljubavnik. Želeo je da sedi iza zavese i prisustvuje dolasku bebe na svet. Pošto je bio kralj, imao je privilegije koje drugi muškarci nisu imali. Pre tog trenutka, bilo je zabranjeno za muškarce, uključujući i očeve, da budu prisutni u porodajnoj sobi. 150 godina pre nego što se de la Valjete porodila, doktor Vert iz Hamburga je bio spaljen na lomači jer je obukao žensku odeću, kako bi mogao da prisustvuje porođaju. (Očigledno je njegovo prerašvanje bilo neubedljivo za ostale prisutne na porođaju.)

Zabrana muškaraca-babica u porodajnoj sobi je počela da slabí sa izumom akušerskih klešta, koja su prvo korišćena u Engleskoj i Francuskoj. Akušerska klešta su pojačala trend zauzimanja zavaljenog položaja tokom napona, pošto je to najbolji položaj za njihovo korišćenje. Godine 1668, Fransoa Moriso je objavio istraživanje nad babicama koje predlaže da žene leže na leđima dok se porađaju. Ova preporuka je načinjena za dobrobit doktora i muških babica, kako bi mogli da koriste akušerska

klešta, ako zatreba, a ne za dobrobit porodilja. 200 godina kasnije, kraljica Viktorija je postala prva žena koja je koristila hloroform tokom porođaja. Ovaj događaj je brzo popularizovao upotrebu različitih oblika anestezije tokom napona, što je dovelo do značajnog broja uticajnih žena koje su ležale na leđima tokom napona. Do kraja 19. veka, od tada, porođajne stolice su retko korišćene. „Moderne“ dame su očekivale da legnu da bi se porodile. Porađanje u čućećem položaju je počelo da bude razmatrano među „nižom klasom“, daleko od „modernih dama.“

Znajući ovu istoriju, nije preuveličavanje reći da je ležeći položaj izum industrijske revolucije. Njega su izmislili muškarci, radi udobnosti onih koji prisustvuju porođaju. Žene obično shvate kad su zarobljene kao „nasukana buba na leđima“, da je jako teško da se bore protiv gravitacije dok guraju bebu van.

Nije svaka žena voljna da prati modu, porađajući se dok leži na leđima. Godine 1882, Džordž Engelman je citirao pismo jednog od svojih lekara-dopisnika, koji je prisustvovao na dva porođaja jedne bogate žene.

Tokom njenog prvog perioda napona, porođaj je zaostajao bez očiglednog razloga. Uprkos naponima, bebina glava se nije pojavljivala, nije napredovala. Tokom svakog perioda bola činila je žestoke napore, i od tih napora, grudni koš joj se sve više pomerao napred. Odlučio sam da upotrebim akušerska klešta, ali onda, tokom jednog od žestokih naleta bola, uzdigla se na krevet i zauzela čućeći položaj, kada je došlo do najčarobnijeg efekta. Izgledalo je da će to pomoći da se porođaj završi do kraja, na najizvanredniji način, pošto je bebina glava brzo napredovala, i žena je uskoro proterala bebu van. Tokom sledećeg porođaja, naponi su se pojavili veoma bolno i zaostajali na isti način. Dozvolio sam joj da zauzme isti položaj, koji sam zapamtio tokom njenog prvog porođaja, i odjednom se porodila, čućeći.²

Mi babice, i žene u našoj lokalnoj zajednici, smo bile slobodne da eksperimentišemo sa svakim položajem koji nam se dogodi. Pre nego što smo uspostavili našu zajednicu, u ruralnom delu

Tenesija, tokom perioda kada sam ja počela da prisustvujem porođajima, moj muž, ja i 300 drugih, smo zajedno putovali obilazeći našu zemlju. Zvali smo našu grupu „Karavan.“ Većina žena iz „Karavana“ porađalo se u nekoj vrsti sedećeg položaja, zbog ograničenosti malih kampova i autobusa u kojima smo živeli tada. Kada smo kupili parče zemlje u Tenesiju, naše stambene prostorije su postale šire i mogli smo da istražujemo.

Nekoliko žena u periodu napona, tokom tih ranih dana, grlilo je drveće i shvatile su da im je to dosta pomoglo. Primetili smo u prvih 50 porođaja, da neke žene moraju biti uspravljenе ili puzati četvoronoške, da bi se porodile. Žene obično spontano odaberu položaj. Sećam se jednog specifičnog porođaja, koji se desio 1978. godine, godinama pre nego što sam videla bilo koji crtež sa porađanjem žena iz plemena. Tokom ovog porođaja sam shvatila koliko može biti važno predložiti uspravljen položaj ženama koje ga još nisu same otkrile. Majka (zvaću je Keti) se porađala prvi put, nakon tri pobačaja koje je doživela. Pozvana sam da pomognem, nakon što je provela dva dana pod naponima, uz sporo napredovanje. Bila je skoro potpuno otvorena dole, ali je bila prilično umorna, kao i njen suprug. Njena beba je delovala prilično krupno za njenu veličinu. Kada je bebina glava prošla kroz grlić materice, zaželetala sam da Keti može da se uspravi i da se uhvati za nešto iznad njene glave. Guranje, za vreme ležanja na leđima pod uglom od 45 stepeni, donosilo je malo toga, osim što se ona još više umarala. Imala sam snažan osećaj da će kombinacija gravitacije i povlačenja konopca koji je bio prikačen iznad njene glave, pomoći bebi da se rodi. Predložila sam da probamo ovo. Njen muž je brzo pričvrstio mekan najlon-ski konopac za plafon, iznad njihovog kreveta, da bi se ona okaćila o njega vukući ga na dole, dok je gurala. Njen muž je stajao iza, da bi je držao dok je gurala. Promena koju je ovaj položaj uveo je bila ništa manje nego izvanredna. Dole je bebina glava iskliznula napolje i Ketin sin, od 3,6 kilograma je uskoro rođen, u dobrom stanju.

Kada sam saznala za Džordž Engelmanov (George Engelmann) *Porodjaj među primitivnim narodima* (Labor among Primitive Peoples) bila sam oduševljena, ali ne i iznenađena saznavši da su žene širom sveta koristile isti položaj koji smo otkrili tokom Keticog porođaja. Posle toga, mi babice smo često savetovali majkama da zauzmu uspravan položaj, ukoliko su njihove bebe sporo putovale kroz porođajni kanal. Engelman je pisao:

Ako želimo da dobijemo ideju o prirodnom položaju, moramo pogledati ženu koja je vođena instinktom (osećajem), a ne preteranom čednošću i sramežljivošću; a nju danas isključivo možemo naći među divljim plemenima. Instinkt će mnogo ispravnije voditi ženu nego razni običaji tokom vremena.

Dodao je:

... dok nisam preuzeo ovaj posao i počeo da proučavam položaje koje su zauzimale žene iz plemena i civilizovane žene tokom napona, nisam shvatao da postoji smislenost u instinkтивnim pokretima žene, u poslednjoj fazi napona. Gledao sam ih i nastojao da ih utišam; molio sam ih da imaju strpljenja i leže mirno na leđima; ali od kako sam počeo sa ovim proučavanjem, naučio sam da gledam na njihove pokrete u potpuno drugačijem svetlu. Gledao sam ih sa zanimanjem i mislim da sam ih razumeo.²

Nažalost, većina doktora u SAD nikad nije pročitalo knjigu doktora Engelmana, koja je sada dostupna samo u retkim kolekcijama, antikvarnicama i nekim medicinskim bibliotekama.

Lekovi protiv bolova

Ukoliko planirate da tokom prvog perioda napona i porođaja budete u bolnici, možda ste već razmatrali da koristite neki oblik medikamenata protiv bolova, tokom napona. Pre nego što odlučite šta da odaberete, važno je da znate prednosti i mane lekova koji će vam verovatno biti ponuđeni (ili vršen pritisak na vas da ih koristite) tokom napona. Naravno, ne govorim o upot-

rebi anestezije tokom carskog reza ili drugih operacija. Moj fokus ovde je na analgeziji (otklanjanju bola), upotrebi lekova za ublažavanje ili otklanjanje naponskog bola. Zahvalna sam što imamo lekove koji su razumno bezbedni za akušersku upotrebu. U isto vreme, verujem da bi porodilja trebalo da bude obaveštena o štetnim posledicama upotrebe lekova protiv bolova tokom napona i porođaja, i da bi bilo mudro izbegavati ih kada god je moguće.

Sredstva za smirenje

Ne postoje prednosti uzimanja lekova za smirenje tokom napona. Sredstva za smirenje (Valijum se najčešće koristi) bi trebalo da smanje napetost i uznemirenost, ali oni prolaze kroz placentu i ometaju sposobnost bebe da diše, sisa i da održi zdrav mišićni tonus (novorođenčad, čije su majke koristile sredstva za smirenje, imaju tendenciju da postanu mlitava). Upotreba sredstva za smirenje, sedativa i pilula protiv nesanice ostavlja štetne posledice po bebu, i ne dovodi do smanjenja bola.

Opijati

Ako se koriste u dovoljnim količinama, opijati će biti efikasni u uklanjanju naponskog bola. Problem je u tome što dovoljno velike doze, koje ublažavaju bol, nisu bezbedne po majku i bebu, pa se daju u manjim količinama. Demerol je opijat koji se najčešće koristi u američkim porođajnim odeljenjima. Unešen intravenozno ili preko injekcije, relativno bezbedna doza može izazvati pospanost, i obično izaziva mučninu, povraćanje i pad krvnog pritiska. Međutim, ne očekujte da značajno ublaži bol. Neka istraživanja su pokazala sledeće dugotrajne posledice kod beba, koje su bile izložene Demerolu: iritabilnost, neuhranjenost i pospanost.³

Ostali opijati u opštoj upotrebi su: Nubadin, fentanil (Sublimaza) i butrofanol (Stadol). Ovi opijati nisu dugog dejstva kao Demerol, tek sat ili dva, ali se oni koriste jer je tada manja šansa da se štetno utiče na bebino disanje tokom porođaja.

Lekovi protiv mučnine.

Kada sami naponi, ili lekovi kao Demerol, Stadol, fentanil ili Nubain, izazovu mučninu, često se tada prepisuju Trilafon (prefenazin) i Fenergan (prometazin). Međutim, lekovi protiv mučnine izazivaju vrtoglavice i pospanost kod žena.⁴ Jedno istraživanje je otkrilo da Fenergan ometa sposobnost zgrušavanja bebine krvi.⁵

Inhalirajući lekovi protiv bolova

Kombinacije azotnog oksida su korišćene u Velikoj Britaniji mnogo godina za ublažavanje naponskog bola tokom kućnih i bolničkih porođaja. Žene udahnu gas kroz masku koju drže čvrsto na svom nosu i ustima, tokom vrhunca kontrakcija. Efekti su trenutni i kratkog trajanja. Nisu pronađeni očigledni sporedni efekti kod beba. Mana ove metode je što zahteva određen napor da bi se pokazalo ženi kako da koristi masku, a i mnoge žene ne vole masku. Međutim, glavna mana ove metode je ta što je bolnice u SAD nemaju u ponudi kao način za otklanjanje bola.

Epiduralna anestezija

Epiduralna anestezija je najčešće korišćena metoda farmaceutskog ublažavanja bola kod žena koje se porađaju i imaju napone u bolnicama. Medikament se daje ubrizgavanjem leka sa parališućim dejstvom u donji deo leđa, tek malo izvan kičmene moždine, preko plastične cevčice, koja se tu ostavlja u slučaju da zatreba dodatno ublažavanje bola. Da bi se lek ubrizgao morate se saviti napred kako bi se povećao prostor između kostiju kičme. Epidural parališe i slabi donji deo tela. Za većinu žena to je najefikasniji način za otklanjanje bola. U nekim SAD bolnicama, više od 85% žena koristi epidural u periodu napona. Epidural se ne koristi u našem porođajnom centru ili tokom kućnih porođaja u SAD.

Epidural ima neke prednosti u odnosu na druge oblike akušerske anestezije:

- Ne izaziva mučninu i povraćanje kao opšta anestezija, i ostavlja majku u svesnom stanju.

- Ne dovodi do glavobolje koja potiče iz kičme, kao što to ponekad čini kičmena anestezija.

- Iz bazične perspektive, epidurali imaju prednost, jer drže ženu tihom i na jednom mestu, tokom napona.

Zbog ovih razloga epidural je najčešći izbor u slučaju carskog reza, ako ima dovoljno vremena da se primeni (potrebno je 10-20 minuta). Epiduralna anestezija ima i neke štetne sporedne efekte:

- Ponekad izaziva dramatičan pad krvnog pritiska koji može i majku i bebu da dovede u rizik (brzina otkucaja i majke i bebe ponekad naglo opada). Iz ovog razloga žene koje imaju epidural moraju imati postavljenu intravenoznu infuziju sa tečnostima koje pomažu da se krvni pritisak vrati na manje opasan nivo.

- Kod 1 od 5 žena, epidural izaziva groznicu, koja se ne može spremno razlikovati od groznice izazvane intraurinarnom infekcijom. Kad god žena pod naponima dobije groznicu, njena beba će biti podvrgнутa testiranju na sepsu, što znači da će imati nekoliko uboda iglom, ispitivanje cereb-spinalne tečnosti, i skoro uvek će biti u izvesnoj meri odvojeno od majke.

- Epidurali ne funkcionišu baš uvek. Čak i kad je epidural pravino primjenjen ne obezbeđuje ublaživanje bola kod oko 3% žena. Oko 12% dožive nekakvo, ali ne potpuno oslobođanje od bola, i oko 85% dožive kompletno otklanjanje bola.

- Ponekad žene koje misle da bi hteli epidural počnu da gaje odbojnost prema efektima leka i žale se kako osećaju ravnodušnost prema svemu što se događa.

- U oko 2% slučajeva primene epidurala, anestesiolog načini slučajan lumbalni ubod, što znači da igla uđe suviše duboko i ošteti membranu koja okružuje kičmenu moždinu. U ovom slučaju epidural se ne može primeniti i žena dobija ozbiljne glavobolje koje traju danima, ili čak sedmicama.

- Neke žene, nakon epidurala, osete svrab po celom telu.

- Ako se primeni suviše rano u toku perioda napona, epidural usporava otvaranje grlića materice, silazak bebe i pravilan položaj delova bebe koji izlaze prvi.

- Naponi, uz primenu epidurala, će pre rezultovati carskim rezom nego prirodnim porođajem.

- Naponi, uz primenu epidurala, će pre rezultovati porođajem pomoću akušerskih klešta ili vakuma, nego prirodnim porođajem.

- Mesto primene epidurala se može inficirati, pošto je koža probušena.

- Žene kojima epidural potpuno otkloni bol mogu biti ozleđene od strane nepažljivog doktora ili babice, pošto se ozleda ne oseća dok traje dejstvo epidurala.

- Bebe čije su majke koristile epidural, ponekad imaju poteškoće sa disanjem i poteškoće da se ustali dojenje.

- Veoma retko (1 od 5.000 slučajeva) epidural može izazvati smrt majke ili trajnu paralizovanost.

Postoje varijacije u učestalosti primene epidurala, od bolnice do bolnice u SAD. Primene su česte u institucijama gde akušer-anesteziozi šetaju hodnicima tokom dana, obaveštavajući žene o svom radnom vremenu, i potrebi za epiduralom anestezijom pre nego što odu kući. Mnoge žene su mi pričale kako su prihvatile epidural, koji im tada nije ni trebao, samo zato što je anestezilog pretio da mu se smena završava za pola sata i da uskoro neće postojati šansa da im se ublaži bol.

Totalna anestezija

Totalna anestezija je nekad bila najčešće upotrebljavani oblik akušerske anestezije, ali je napuštena onda kada se pojavio epidural. Totalna anestezija sa sobom nosi jako veliku štetnost tako što stvara teškoće sa disanjem kod bebe. Ponekad izaziva mučninu i povraćanje kod žena, i retko uzrokuje respiratorno zapaljenje pluća. Međutim, mnogo se brže primenjuje u odnosu na epidural, tako da se još uvek primenjuje u slučaju kada je neop-

hodan hitan carski rez. Totalna anestezija ne izaziva pad pritiska, kao što to čini epidural.

Kičmena anestezija

Kičmena anestezija je slična epiduralnoj: prvo se postavi intravenozna infuzija, a onda se lokalni anestetik ubrizga kroz iglu u leđa. Oslobađanje bola koje se obezbeđuje tokom carskog reza, je isto tako dobro kao i kod epidurala, ponekad čak i bolje. Međutim kateter ne ostaje prikačen za telo, tako da anestezija može samo jako dugo da traje. Komplikacije izazvane kičmenom anestezijom su slične kao i u slučaju epiduralne anestezije. Kičmena ponekad izaziva nagli i drastičan pad krvnog pritiska. Oko 1% žena ima spinalnu glavobolju nakon porođaja.

Predlozi za povećanje šansi da prođete kroz period napona i porođaj bez upotrebe lekova u bolnici

Možda osećate izvesnu sigurnost zbog toga što ćete se poroditi u bolnici, ali vi želite da povećate svoje izglede da prođete kroz napone i porođaj bez lekova. Imam za vas neke predloge.

Angažujte dulu

Ako možete naći neku u vašoj blizini, dule su saosećajni i obrazovani porođajni pomagači koji obično obezbeđuju neki vid pretporođajne pripreme i ostaju uz vas kad počnu naponi, pa dok se beba ne rodi. Posao dule je da učini da se osećate što je priyatnije moguće, a takođe i da ponovo ohrabri vašeg supruga.

Dokazi u prilog dulama dolaze od više od 11 pažljivo osmišljenih istraživanja: Prosto, angažovanjem jedne od njih za 50% se smanjuju izgledi da ćete imati nepotreban carski rez. Takođe, za 50% se smanjuju šanse da će vas poroditi pomoću akušerskih klešta ili vakuma. To nije sve. Prisustvo dule, skraćuje period napona smanjivanjem stresa, nervoze i bola. U tipičnoj američkoj porođajnoj jedinici, dula, koju povedete sa sobom, može biti jedina osoba čija je jedina odgovornost da učini da se osećate

udobno, da vam bude priyatno i da pomogne da vaši naponi budu maksimalno efikasni.

Ukoliko vaš muž planira da bude sa vama tokom perioda napona možete se pitati: Ima li smisla da angažujete dulu? Odgovor je, ima. Očevi i muževi su obično dosta uplašeni i nervozni u porođajnom okruženju. Smirujući uticaj koji dula može imati na oca u iščekivanju je isto tako značajan kao i uticaj koji dula ima na majku pod naponima. Klaus, Klaus i Kenel (Kennell), autori knjige *Negovanje majke* (*Mothering the Mother*), odlične knjige o dulama, mudro ukazuju da naše društvo zahteva od očeva (onih koji to postaju po prvi put) više nego što zahteva od studenata medicine. Primećujući da se za studente medicine očekuje da preblede i da se preznoje tokom novih medicinskih situacija, oni beleže da nema posledica kada moraju da izadu. Sa druge strane, nema takvog dopuštenja za očeve novajlige. Kada oni moraju da izadu, majka je ostavljena sama i uvređena odsustvom muža. Dilema jednog oca-novajlige, koji je doktor, pomenuta u knjizi *Negovanje majke*, je posebno dirljiva. Rekao je Klausu: „Sa našom prvom bebom sam bio tako jako preplavljen emocijama, da nisam mogao racionalno da mislim o tome šta se stvarno događa, i iskreno sam verovao da postoji opasnost tokom svakog koraka, tokom napona.“ Žene mnogih doktora se suočavaju sa ovakvim situacijama, svaki put kad se porađaju, pošto se doktori obično više plaše napona od prosečne osobe. Dule mogu biti od neizmerne pomoći u ovakvim situacijama.“

Bez obzira na to koliko očevi mogu biti pripremljeni ili posvećeni, oni će morati da nešto prezalogaje ili odu do toaleta, ako naponi potraju nekoliko sati - kao što verovatno i hoće. Dula može da obezbedi ovaj predah očevima, brinući o tome da žena pod naponima dobije neprestanu pažnju koja joj je potrebna. Pored toga, većina muškaraca je više u stanju da pomogne ženi pod naponima, dodirujući je, ukoliko je takav postupak odobren ili demonstriran od strane dule.

Dula obično tokom trudnoće provodi vreme sa roditeljima koji iščekuju bebu, edukuje ih i razvija odnos poverenja i poštovanja. Neke dule nude i časove o porođaju, dok neke više preferiraju da budu nasamo sa ženama ili parovima tokom trudnoće, da bi utvrdili odnos. Dule obično nisu zaposlene u bolnicama i zato su odgovorne samo majci, a ne bolnici. Za razliku od medicinskih sestara, one ostaju uz majku i nakon završetka smene. U nekim velikim bolnicama, postoje dule među osobljem, ali one nemaju mogućnost slobodnog primanja i postupanja, već moraju da pristanu na kompromis. Potrudila bih se da pronađem nezavisnu dulu, kad god je to moguće. Neke dule rade za honorar; nekoliko njih radi volonterski. Napomena: neke bolnice ne dozvoljavaju prisustvo nezavisnih dula.

U Severnoj Americi dule imaju sertifikat udruženja Dule Sverne Amerike (DONA), Asocijacije internacionalne porođajne edukacije (ICEA), i Asocijacije porođajnih asistenata i porođajnih edukatora (ALACE).

Vaša odeća

Ponesite sa sobom vašu omiljenu prijatnu spavaćicu kako ne biste morali da nosite propisanu bolničku odeću. Nošenje sopstvene odeće će vas podsetiti da niste pritvorenik u bolnici.

Pijenje i mokrenje

Potrudite se da pijete dosta tečnosti tokom napona, i da mokrite na otprilike svakih sat vremena. Pijenje dosta tečnosti će sprečiti dehidraciju tokom napona. Takođe podstiče želju za mokrenjem, što će vas poslati u toalet. Ovo je dobro, jer verovatno imate uslovni refleks koji izaziva opuštanje vaših karličnih mišića dok sedite na WC šolji. Ovo će povećati pritisak na grlić materice, ako se on još uvek otvara, ili će pomoći izlazak bebe, ako gurate.

Hidroterapija

Već sam pomenula jedan oblik hidroterapije, a to je pijenje vode. Drugi vid hidroterapije je da se istuširate, ili još bolje da

legnete u duboku kadu sa prijatno topлом vodom (ukoliko vam još nije pukao vodenjak). Većina žena odmah oseti popuštanje bola, zahvaljujući hidroterapiji. Boravak u vodi je umirujuć i opuštajuć. Jako je teško da ostanete napeti, dok ste u vodi. Voda pomaže ženi da dođe u opušteno i relaksirajuće stanje, što će kasnije napone učiniti efikasnijim.

Zapamtite: Porođaj je seksualan

Slobodno se može reći da se seksualna dimenzija napona i porođaja skoro uvek ignoriše u bolnicama u SAD. Glavni razlog za to je taj što su doktori morali da umanjuju seksualnu prirodu porođaja kako bi muški doktori bili pušteni u porođajnu prostoriju, tokom 18. i 19. veka, kada su praktično svakom porođaju prisustvovale babice. Kada je porođaj premešten u bolnice u većini industrijalizovanih zemalja, i stavljen pod kontrolu doktora, ovo poricanje seksualnosti porođaja je institucionalizovano.

Zapravo, seks je centralni činilac reproduktivnog ponašanja, od začeća do porođaja. Ako je seksualni aspekt napona i porođaja ignorisan, uvek će naponi sporije napredovati. Naravno, i suprotno je takođe tačno: primena seksualne energije može učiniti napone efikasnijim i manje bolnim, bez upotrebe lekova. Doktor Perer Kurtis, rođeni Britanac, predavač na Odeljenju za porodičnu medicinu Univerziteta Čaper Hil iz Severne Karoline, dao mi je odličan primer. Upoznala sam Petera ranih osamdesetih godina. Obučavali su ga u Engleskoj i akušeri i babice, i učestvovao je u nezi žena u bolnicama i kućnim uslovima, tako da se osećao prijatno, prisustvujući porođajima žena koje su bile odlučne da se porode na prirodan način. Pričao mi je o mlađom bračnom paru koji ga je upoznao sa primenom stimulacije dojki, u cilju pojačavanja napona. Posmatrao je ženu pod naponima, sa svojom prvom bebom, u porođajnoj sobi nalik kućnim uslovima. Nažalost, ritam njenih napona je bio slab, i posle nekoliko sati napona, otvaranje grlića materice nije napredovalo. Starija akušerska sestra je počela da sugeriše doktoru Kurtisu da primeni intravenozni oksitocin, da ubrza i pojača napone. Ali

kada je ovo predložio bračnom paru, oni su ga zamolili da prvo pokušaju sa tehnikom stimulacije dojki, o kojoj su čitali u knjizi *Duhovno babičarstvo* (Spiritual Midwifery). On nikada nije čuo za ovu tehniku, ali je primetio njenu logičnost, tako da se složio. Međutim, nije imao prilike da obavesti sestru o promeni strategije, pošto se ona pozabavila drugom porodiljom. Kurtis je ostatak priče ispričao ovako:

„Oko 20 minuta nakon razgovora, akušerska sestra i ja smo se vratili u porođajnu sobu i zatekli muža kako stimuliše bradavice svoje supruge, dok je još jedan prijatelj u drugom delu sobe radio istu stvar. Stojeci pored mene, sestra je vidno prebledela, zgrabila moju ruku da se pridrži, i bila je prilično uznenirena ovim, kako bi rekli, sramnim ponašanjem. Požurili smo da izademo napolje da popričamo i da se saberemo, a onda smo se vratili unutra da pogledamo napredak. Iznenadujuće, naponi su sada brzo napreovali, pokazujući aktivan ritam kontrakcija i napredovanje otvaranja grlića materice. Dva sata kasnije, rodila se zdrava beba, bez poteškoća.“⁶

Slična situacija koja se desila mesec dana kasnije ubedila je doktora Kurtisa da mora postojati uzročno-posledična veza između stimulacije dojki i efektivnijeg ritma napona. Započeo je sa proučavanjem kako stimulacija dojki može biti iskorišćena za smanjenje stope od 30% povećanja oksitocina u svojoj bolnici. Naučio je da se ovaj metod tradicionalno primenjivao vekovima da pojača napone, u etničkim grupama iz raznih delova sveta. I francuski, i nemački, i engleski medicinski tekstovi iz 18. i 19. veka su preporučivali sporazumno primenu stimulacije dojki kao opravdan metod bavljenja produženom trudnoćom.

Ono na šta nije računao, bio je otpor njegovih kolega doktora, koje je konsultovao, „koji su izneli veliku dozu cinizma, praćenog čvrstim ubeđenjem o mojoj izopačenosti.“ Nekoliko godina je prošlo pre nego što su doktor Kurtis i njegovi asistenti pokušali da sprovedu kliničke pokušaje kako bi naučno dokazali efektivnost stimulacije dojki. Zašto? Zbog nekoliko odeljenja akušer-

stva i ginekologije (uključujući i ono u bolnici dr Kurtisa) koji su odbacili ovaj zahtev, jer je ideja delovala previše neortodoksnog i takav sumnjiv projekat „bi verovatno uništil reputaciju porođajne usluge.“⁶

Iako je Kurtis rođen i odgajan u zemlji koja je izmisnila Viktorijanizam, kroz svoje napore da istraži tehniku stimulisanja dojki otkrio je da su SAD postale više konzervativne od Britanije.

Ako ćete se poroditi u ustanovi, u kojoj je snažno zastupljen medicinski model nege, i vaši naponi sporo napreduju, mnogo je veća verovatnoća da vam ponude intravenozni Pitocin za stimulaciju napona, nego da vas ohrabre da pokušate sa stimulacijom dojki. U onim ustanovama u kojima se poštuje babičarski model nege, stimulacija dojki će vam biti predložena pre upotrebe lekova, jer je ova tehnika mnogo bolja od lekova. Moj savet je da ne dozvolite da puritanizam (strog u „moralnu“ odbojnost prema malo slobodnijem ponašanju) drugih ljudi, utiče na vaše napone, više nego što je potrebno. Ne brinite zbog osuđujućih pogleda ili napućenih usana koje ručna stimulacija dojki (ili bilo koji drugi oblik dodirivanja, koji može da podseća na delove seksualnog odnosa) tokom napona može izazvati. Pogodnosti ove tehnike preovlađuju nad manama. Ukoliko vi i vaš suprug gajite dovoljno seksualne energije da učinite vaše napone boljim, možete uspeti da odbacite nesaosećajnu pomoć i potražiti bolju zmenu za nju.

Mere privatnosti

Bol tokom napona može biti značajno ublažen na veliki broj načina koji ne zahtevaju prepisivanje i upotrebu farmaceutskih lekova. Tokom osamdesetih godina postojao je dobar trend u dizajniranju porođajnih soba, da bi ličile na spavaće sobe. Međutim, neke od najvažnijih karakteristika spavaće sobe su izostavljene - kao na primer mogućnost da se zabrane neželjeni upadi i da se priguši svetlost. Ono što je potrebno za efektivne napone sa smanjenim nivoom hormona stresa, je prijatan prostor koji vam omogućava da pristupite delovima vašeg primarnog

mozga, koji su zaduženi za regulisanje i protok hormona, i koji olakšavaju glatko funkcionisanje normalnog porođajnog procesa. Mi posedujemo ovu potrebu za privatnošću tokom napona, kao i praktično sve ženke sisara.

Istražujte dodirivanje

Dodirivanje i masaža mogu doprineti značajnom olakšanju, kada su naponi bolni. Verovatno već znate da li ste osoba koja bi cenila ovakav način ublažavanja bola. Meni je dosta pomogla masaža butine i pritisak ruke na moj donji deo leđa. Otkrila sam da su obe stvari bile Bogom dane tokom napona.

Evo jednog oblika dodirivanja, za koji možda niste znali. Trešenje velikih mišića majčine zadnjice ili butina, je efektan način da pomognete ženama (kao što je meni pomoglo) da se opuste tokom napona. I dok ovo može delovati neprijatno ljudima sa strane, žene pod naponima, obično cene koliko opuštajuće može biti ovakvo ritmično pomeranje (Nemci ovo nazivaju „treskanje jabuka“).

Pre mnogo godina, prisustvovala sam periodu napona žene koja je očekivala svoju prvu bebu. Bila je mršava, uplašena, užasno napeta i iznenađujuće snažna. Njen strah je bio dosta jak i još uvek nisam nalazila načina da je smirim. Obično intenzivni naleti će smanjiti napetost u mišićima nogu. Uprkos intenzitetu njenih naleta, mišići njenih nogu su bili tvrdi kao hrast. Izazov je bio da joj opustim nožne mišiće. Njeni karlični mišići će pratiti opuštanje mišića nogu, dopuštajući njenom grliću materice da bude elastičan i otvoren. Masirala sam joj stopala i listove tokom jednog naleta. Ovakva vrsta masaže je primetno pomogla velikoj većini od 35 žena čijim sam porođajima do sada prisustvovala.

Ova snažna žena je međutim akumulirala napetost u nogama, mnogo brže nego što sam ja mogla da je otklonim masažom. Svaki nalet je izgledao snažniji od prethodnog, i postajala je sve nesrećnija iz sekunde u sekundu. Nastavila sam da joj masiram listove i butine, dok sam joj demonstrirala usporeno, duboko dišanje iz stomaka, koje najbolje olakšava otvaranje grlića. Oči su

počele da joj se pomeraju sa jedne na drugu stranu, od uspaničenosti. Onda sam primenila tehniku koju nikada do sada nisam, niti sam mislila da će je ikad koristiti prilikom porođaja. Stiven je (prilikom mog porođaja) protresao mišiće moje zadnjice i butina, i primetila sam da je to delovalo opuštajuće. Primenjujući istu tehniku, uhvatila sam njene zategnute mišiće tokom naleta i počela nežno i ritmično da ih treskam sa jedne na drugu stranu. U početku je svoje mišiće držala toliko zategnutim da sam jedva imala šta da pomeram. Onda je malo odahnula i ja sam nastavila. Bilo je to kao da gledate uplakanu bebu koja se opušta dok je ljudjate. Pošto sam je uhvatila za butine, postepeno se prepuštala ritmu pomeranja, treskanja. Mišići njenih listova i butina su konačno počeli da se opuštaju i zaključila sam, po osećaju topote u oblasti mog grlića materice, da se i njen grlić verovatno otvara. Nakon oko 20 minuta treskanja i dubokog disanja, njene butine su bile tople, mekane i glatke, kao kod žena koje upravo treba da se porode. Njen grlić materice je bio potpuno otvoren, i konačno je bila spremna da izgura svoju bebu van.

Od tada sam ovu tehniku koristila dosta puta. Ponekad, ženin suprug treska njenu zadnjicu gore-dole ili levo-desno; ponekad mi masiramo i zadnji deo njenih butina. Primenjivala sam ovu tehniku nekoliko godina, pre nego što sam otkrila da je bila zabeležena u mnogim tradicionalnim kulturama širom sveta.²

Pre nekoliko godina, jedna babica sa Floride mi je ispričala o jednom američkom akušeru koji je dosta putovao po ruralnim oblastima Kine. Posmatrao je da kada bi žena imala dug i težak period napona babice bi „čangovale“ majku. „Čangovati“ znači da dve ili tri babice energično protresu čitavo telo žene koja je pod naponima. Akušer je posmatrao primenu ovog metoda nekoliko puta, i svaki put je bilo delotvorno.

Babica je primenila tehniku na sebi tokom produženog perioda napona. „Pokušali smo sve, uključujući duge šetnje i vožnje džipom po džombastim putevima.“ Iznenada sam se setila članka i rekla svima šta je to „čangovanje“. Nas tri smo, koliko smo

mogle, obuhvatile ženu pod naponima i snažno je protresle celu, dok je stajala nagnuta preko komode. Mislila sam da će je boleti, pošto je imala jako snažne kontrakcije. Na naše iznenadenje, rekla je da se osećala odlično. Nasmejale smo se i nastavile da je tresemo dok nas nisu zbolele ruke. Žena se dole potpuno otvorila, i nekoliko sati kasnije rodila zdravog dečaka. Osećala sam da je trik bio u treskanju.“ Činjenica da je mnogo ljudi širom sveta otkrilo isti metod, bez međusobnog komuniciranja, snažno ukazuje na univerzalnu vrednost treskanja mišića tokom perioda napona.

Dozvolite da intuicija u vama obavi posao

Recimo da želite neki savet koji vam može pomoći da se porodite, gde god da se nalazite. Moj najkraći odgovor je: Dozvolite da intuicija u vama obavi posao. (Uzgred, ovaj savet radi za bilo koji fizički zahtev, koji može biti premošćen od strane uma, bilo da je to raftin, dobar ples ili porođaj.)

Dozvoljavanje da intuicija u vama obavi posao oko porođaja, je kratak način da se kaže, da ne dozvolite svom preopterećenom mozgu da ometa drevnu mudrost vašeg tela. Da bih vam detaljnije objasnila o čemu pričam, evo nekoliko stvari koje drugi sisari ne praktikuju tokom napona i porođaja, a što mnoge žene praktikuju - i to ometa napone i porođaj.

- Ne razmišljaju o tehnologiji, kao nečem što je neophodno za porođaj.
- Nisu opsednuti „neadekvatnim“ izgledom njihovog tela.
- Ne krive nikog drugog za svoje stanje.
- Ne bave se matematikom u vezi otvorenosti grlića materice, da bi nagađali koliko bi naponi mogli da traju. (Tipičan redosled razmišljanja je sledeći: Bilo je potrebno 8 sati da mi se grlić materice otvori 5 cm. To znači da će biti potrebno još 8 sati da bi se potpuno otvorio.)
- Tokom perioda napona zauzimaju položaj u kom se najbolje osećaju, a ne onaj koji im predlažu da zauzmu.

- Nisu samosvesni u vezi ispuštanja zvuka, ispuštanja gasova, ili velike nužde tokom napona. Sve kraljice, vojvotkinje i filmske zvezde obavljuju veliku nuždu svaki dan, ukoliko su zdravi.

Kako možete da „dozvolite intuiciji u vama da obavi posao“ ako ste u bolnici? Verujem da bi pomoglo da se mentalno pripredite da budete malo divlji dok ste тамо. Pokušajte da se ponašate, koliko god je moguće, kao što biste se ponašali u vašoj spavaćoj sobi. Budite slobodni da se ponašate neuobičajeno, ako to može pomoći da vaši naponi napreduju.

Mladi par mi je ispričao priču kako su uspeli da sačuvaju prirodno porođajno iskustvo sa svojom prvom bebom, umesto prihvatanja standardno podešenog tretmana sa kojim su se susreli u bolnici. Našli su se u škripcu sa vremenom pošto je njihova beba bila okrenuta da izađe prvo zadnjicom, i to je sve akušere (osim njihovog, koji je bio stručnjak za takve porođaje) u bolnici učinilo nervoznim. Jedan akušer je bio slobodan da uđe u sobu ove žene, koja je bila pod naponima, i izgrdio njenog doktora, „Mislite, ona je još uvek pod naponima? Kada ćete je odvesti u operacionu salu? “

Majka je rekla da oseća da joj je grlić materice zategnut i krut, svaki put kada je neko tako uznemiri upadom, a već ih je bilo nekoliko. Konačno je pritisak prisutnih ubedio njenog doktora da kaže da će doći do potpunog otvaranja grlića materice tek kroz nakoliko sati, ukoliko odbije carski rez. U želji da izbegne dalja nepristojna uznemiravanja, odlučila je da se povuče u malo kupatilo koje je bilo prislonjeno na porođajnu sobu. Sedela je na WC šolji tokom narednih nekoliko naleta. Pošto se opuštala tokom svakog od naleta, osećala je da joj se grlić materice sve više otvara. Ali je još uvek postojao problem: Prostorija je bila toliko mala, da je ona, kako se opuštala, nogom dodirivala grejač na zidu.

Nakon razgovora o tome, sa svojim suprugom, odlučili su da obuku kapute i da se iskradu dok ih niko ne gleda i prošetaju malo izvan bolnice. Učinili su ovo bez traženja dozvole. Do

trenutka kada su ih sestre pronašle, grlić materice se potpuno otvorio i žena je bila spremna da gura. Vratila se u sobu za porođaj i izgurala bebu van, bez ikakvih problema, uzbudjena što je uspela da nadvlada bolnički sistem.

Još jedan par koji poznajem podvrgao se u slučaju svoje prve bebe, oksitocinskoj indukciji napona, zbog dijagnostikovane hipertenzije. Ova posebna bolnica je imala politiku primene rutinske intravenozne infuzije „bez lekova za oralnu upotrebu“ za sve žene pod naponima. Satima je ova mlada žena sa mukom hodala hodnicima porodiljskog odeljenja, gurajući svoj intravenozni staklak pored automata za kafu i sestara koje su ručale u svojoj prostoriji, a njena materica se periodično grčila i stomak joj je konstantno krčao. Do trenutka, kada je prošlo 28 sati bila je blizu da se grlić potpuno otvari i bila je voljna da nastavi da pokušava, ali joj je sve više nestajalo energije, i njen suprug se pitao kako će održati svoju snagu bez spavanja i hrane. Oboje su dosta čitali na internetu da ne postoje dovoljno jaki dokazi protiv jedenja i pijenja u periodu napona, pa joj je suprug doneo sendvič, koji je pojela, dok su bili sami u sobi. Od naleta energije koju je dobila nakon jela, grlić joj se potpuno otvorio i uskoro je izgurala bebu napolje.

Naučite da volite svoju intuiciju

Većina nas je odrasla sa ubednjem da je biti sličan sa drugim sisarima na bilo koji način, sramotno i degradirajuće. Drugi sisari su dobro poznati po tome što mogu lako da se izbore sa naponima i porađanjem, dok civilizovani čovek ne može, pa deluje da bi bilo mudro imitirati ženke drugih sisara, što je više moguće. Moj suprug je uvek komentarisao sličnosti između čoveka i drugih sisara, i nije ga bilo sramota zbog toga.

U mom slučaju, nisam imala poteškoća da zamislim sebe kao nekog sisara, pošto sam često kao mala zamišljala da sam konj, lav ili pas. Obično sam bila konj dok sam trčala, i pas plemenitog izgleda (ovčar ili nemački ovčar) dok sam sedela na zadnjem sedištu tatinog automobila, sa bratom i sestrom, dosađujući se

tokom dugog puta do mojih rođaka iz provincije. Dvadeset godina nakon toga, tokom napona sa mojom prvom bebom, vratila sam se starom šablonu i zamišljala da sam planinski lav. Imitiranje životinje mi je olakšalo da dobijem snagu tokom napona, za koju sam instinkтивno znala da će mi biti potrebna tokom napona.

Uvek sugerišem trudnicama da zamisle sebe kao velikog sisara, tokom napona. Mnoge su rekle da im je to pomoglo da spoznaju divlju ženu u sebi i da iskoriste drevno znanje koje je potencijal svake žene.

Beba koja se „zaglavila” tokom guranja

Ponekad počne period guranja i bebina glava se dobro pomeri naniže, do određene tačke, i onda prestane sa sruštanjem. U okviru medicinskog modela nege, uobičajeni tretman u ovom slučaju je primena akušerskih klešta ili vakuma, kako bi se beba izvukla van (i akušerska klešta i vakum povremeno povrede bebu). Mi babice primenjujemo potpuno drugačiju tehniku, koja je efektna u većini sličnih situacija. Umesto pričvršćivanja instrumenta za bebinu glavu, mi iskoristimo prednost elastičnosti i opsega pomeranja kostiju ženine karlice. Tehnika zvana „pritisak na karlicu“ obuhvata pritiskanje gornjeg dela ženskih kukova (gornji ilijski vrh) dok žena gura bebu van. Ova tehnika dovodi do približavanja kostiju kukova pri vrhu, i odgovarajućeg razdvajanja i širenja u njihovom donjem delu. Kada sam prvi put primenila ovu tehniku (nakon čitanja o njoj u Nan Koehlerovoj knjizi *Artemis Govori* (Artemis Speaks)), pokazala se izuzetno dobra da omogući porođaj u jednom od najtežih slučajeva - kada se iz majčine utrobe prvo pojavljuje bebino čelo. Prezentacija obrva, kako su ovakvi slučajevi nazivani, skoro uvek zahtevaju primenu carskog reza ukoliko se ne primeni pritisak na karlicu. Beba u ovom slučaju je rođena bez primene instrumenata, epiziotomije ili povrede (cepanja) majčinog perineuma. Sa druge strane, porođaji uz pomoć akušerskih klešta ili vakuma skoro uvek izazivaju

ozbiljne povrede ženinog perineuma, koje zahtevaju ušivanje sa mnogo šavova.



Pritisak na karlicu: Pamela i Ari pritiskaju Stefanine kukove.

Reference

1. Graham, H. *Eternal Eve*. London: William Heinemann, Ltd., 1950.
2. Engelmann, G. *Labor among Primitive Peoples*, 2nd ed. St. Louis: H.J. Chambers, 1883.
3. Brackbill, Y., et al. Obstetric premedication and infant outcome, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1974; 188:347-84.
4. Rosen, M. *Benefits and Hazards of the New Obstetrics*, ed. Chard, T., and Richards, M. London: Heinemann, 1977.
5. Inch, S. *Birthrights*. New York: Random House, Inc., 1982.
6. Curtis, P. *Birth*, June 1999; 26:123-6.

8. poglavlje

Zaboravljenе snage vagine i epiziotomija

...tokom normalnog i zdravog perioda napona, usta materice se otvaraju uz pomoć nekog tajnog činioca; ili bar bez neke očigledne prisile.

- Dr Vilijam Devis, 1847.

Kada neko prvi put vidi majčine meke delove tela kako se rastežu bebinom pojaviom i izlaskom, dok ne postanu skoro providni, do granice pucanja, instikt tera tog nekog da postavi ruku na mesto istezanja i ispupčenja. Ne smemo zaboraviti da su ova tkiva ne samo elastična, već i živa i osetljiva; i sto je još važnije da su naponi i porođaj čisto fiziološki čin. Priroda, u svakom poledu teži da sve do kraja prilagodi, kako bi se ovi procesi odvili nesmetano, a perineum svakako nije stvoren da bi se pocepao, osim ako doktor svojom rukom ne podupre cepanje.

- Dr Vilijam Gudel, 1879.

Od 50 porođaja kojima smo Pamela i ja prisustvovali, 43 su prošla bez epiziotomije ili cepanja perineuma. Kod sedam žena kojima je bilo potrebno ušivanje, došlo je do jako malog cepanja i nije bilo komplikacija u vezi sa tim. Ovo iskustvo sa početka može karijere (uvek sam vodila statistiku za moje kolege i mene, od prvog porođaja koji sam videla, očigledno, pre nego što sam prošla obuku da bih mogla prisustrovati porođajima) me je dobro naučilo da je svaka žena dovoljno dobro opremljena da se porodi bez najmanje povrede, ukoliko joj se obezbedi adekvatna pomoć, priprema, atmosfera i razmatranje. Kako smo moje kolege i ja sticali sve više iskustva, naučili smo bolje kako da po-

mažemo ženama kako da se porode bez ikakve štete po vaginu ili perineum (međicu).

Ukoliko osećate strah, jer ste "previše sitni da bi se porodili" evo jednog razmišljanja koje vam može pomoći, koliko je pomoglo i Džudi, ženi koju je to inspirisao. Iako sam 20 godina pri sustvovala porođajima i uvažavala donji deo ženskog tela zbog njegove neverovatne snage, Džudi mi je pokazala nešto novo i uzbudljivo. Majka prvorotka, došla je u naš porođajni centar jer je njen beba zauzela karlični položaj (tako da se prvo pojavljuje zadnjica pri porođaju). Nekoliko ljudi je pokušalo da je uplaši ne bi li otisla na carski rez, tako što su je upozoravali da bi glava njenе bebe mogla biti zaglavljena unutra na porođaju. Rekla sam joj iz svog iskustva, da će bebina velika zadnjica zapravo da pripremi put za glavu, tako što će da raširi grlić materice i vaginu. Dok sam joj rukama pokazivala do koje veličine će joj se vagina postepeno otvoriti (do veličine velikog grejpfruta) rekla sam joj, "Dole ćeš postati ogromna".

Sedam dana kasnije, zadnjica njenog sina je počela da izlazi van nakon 17 sati pod naponima. Pre nego što je njegova zadnjica počela da pritska perineum, njen vagina se povećala i otvorila do stepena koji me je zapanjio. Viđala sam ovakav fenomen kod žena koje su imale sedmoro ili osmoro dece, ali nikak kod prvorotke. Džudina vagina bi dozvolila prolaz bebe, značajno veće od 3,3 kg, bez cepanja perineuma.

Nekoliko dana kasnije, kada smo Džudi i ja pričale o porođaju, rekla sam joj koliko sam bila iznenađena time koliko mnogo se njen vagina otvorila, bez direktnog pritiska na perineum (još uvek sam bila zapanjena). Džudi je rekla: "Iskoristila sam ohrabrenje koje si mi dala."

"Ohrabrenje?" Ponavljalaa sam, ne shvatajući o čemu priča.

"Dok sam gurala, razmišljala sam, *Kako će se dole dosta raširiti, dole će se zaista puno raširiti!*", rekla je.

Jedino što je Džudi radila drugačije od drugih žena kojima sam pomagala tokom napona je, to što se koncentrisala na molitvu

tokom guranja. Ovakvu molitvu možete primeniti bez straha od štetnih efekata, tako da vas ne može povrediti ako pokušate. Dosta dugo sam kasnije razmišljala o ovom porođaju, zbog lekcija koje sam naučila i zbog demonstriranja ljudskih sposobnosti, kojima nikada ranije nisam prisustvovala. Nakon svega, Džudi me je naučila da žena može povećati veličinu svoje vagine tokom porođaja, ukoliko usmeri svoju pažnju na prave stvari i u pravom smeru. Od tog trenutka, počela sam da razmišljam o novom načinu da ženama govorim o njihovim vaginama. Vidite kako će ovo funkcionišati u vašem slučaju.

Muškarci prihvataju zdravo za gotovo da njihovi polni organi mogu da se uvećaju i da se onda smanje, bez oštećenja. Ukoliko bi akušeri (i žene) mogli da razumeju da ženski polni organ ima istu mogućnost kao muški, stopa primene epiziotomija i laceracija (zasecanja perineuma) bi dramatično opala preko noći. Ali akušeri ranijih generacija su usadili ideju (koja je još uvek široko rasprostranjena) da je priroda prevarila ženu, kada je u pitanju tkivo vagine ili perineuma (rastegni je jednom i gotova je, kao jeftin lastiš), i mnogo je žena prihvatile ideju da su njihove prepone i međunožje napravljeni od jeftinog i lošeg materijala. Nаравно, niko ne očekuje da muški polni organ stalno bude rastegnut do veličine koju dostiže tokom erekcije i nadutosti usled povećanog priliva krvi. Zašto bi očekivali da se ženske vagine rastegnu do punog kapaciteta, bez prisustva nadutosti usled povećanog dotoka krvi u taj deo?

Volim da pitam žene na mojim predavanjima šta se dešava tokom dobrog poljupca. Šta tada osećamo? Kada sam ovo pitala, ljudi su počeli da kolutaju očima, a žene su poprimile interesantan izraz lica. Konačno je jedna žena skupila dovoljno hrabrosti da pokaže na svoje prepone i kaže: "Tokom poljupca svuda po njima osećam peckanje." Onda smo se složili: Došlo je do pojačanog priliva krvi u taj deo. Porođaj je jedan od događaja koji utiču na povećanje vagine (seksualna predigra takođe). Verovatno najveća razlika između nadutosti usled velikog dotoka

krvi, između muškaraca i žena, je u tome što muškarac svoje može da vidi, a žena svoje ne može. Ali njena nadutost je podjednako važna kao i njegova, posebno kad se ona porađa. Ako njena tkiva nisu dovoljno snabdevena krvlju, kada počne da se pojavljuje bebina glava, materica će nastaviti da gura bebinu glavu van, probijajući joj put kroz vaginalna tkiva koja se nisu u potpunosti otvorila i omekšala. Ovako dolazi do cepanja perineuma (međice). U idealnom slučaju, sve žene bi imale povećan priliv krvi u polne organe, jer to podrazumeva manje šavova i ušivanja. Međutim, bolji ambijent u prosečnim bolničkim porodiljskim odeljenjima je neophodan prvi uslov.

Nema sumnje da će žene koje imaju nekoliko bliskih trudnoća, osetiti opuštanje karličnih i vaginalnih mišića ukoliko ne odvoje vreme za jačanje ovih mišića nakon porođaja. Kegelove vežbe za jačanje karličnih mišića se sastoje od kontrahovanja karličnih mišića 5-10 sekundi po seriji i dostizanje 80 kontrakcija po danu. Nekoliko drevnih kultura je prepoznalo potrebu za jačanjem karličnih mišića nakon porođaja, pomoću plesova koje žene izvode. Hula i drugi plesovi naroda sa pacifičkih ostrva, koji zahtevaju učestalo ljaljanje kukovima, trbušni plesovi sa Bliskog Istoka i afrički plesovi sa ritmičkim pomeranjem zadnjice, su primeri plesova koji jačaju karlične mišiće.

Recimo da je dizajn prirode da svaka žena ima potencijal da joj se vagina jako puno raširi i uveća tokom porođaja, kao kod Džudi, i kao u slučaju erekcije kod muškaraca, mnogo su veće šanse da se ovo desi, ako je atmosfera kako treba (nikad nisam videla da je došlo do cepanja kod žena koje su se ljubile tokom faze guranja ili dodirivale sebe, dok je beba izlazila van). Babice i drugi ljubazni pomoćnici koji konstantno prisustvuju porođaju čuvaju znanje o tome, za šta su sve sposobni neuznemiravani ženski um i telo da postignu tokom porođaja. Zapravo, jako je teško poverovati u ono što se stvarno dešava (setite se reči Vili-jama Gudela koje sam citirala na početku ovog poglavlja).

Nikada neću zaboraviti reči 36-ogodišnje majke prvorotke, sa ogromnim stomakom, koja mi je došla u posetu tokom poslednje sedmice trudnoće. Pričali smo o dolazećem porođaju, i ona mi je ispričala o čemu najviše brine - a to je zajednička briga svih žena koje su imale malo ili nisu imale uopšte prilike da se uvare u snagu i mogućnosti ženskog tela tokom porođaja. "Jednostavno ne mogu da shvatim kako nešto ovoliko veliko", tapkala je svoj veliki okrugli stomak dok je pričala, "može da izađe kroz tako mali otvor."

Podsetila sam se još jedne priče koja ilustruje kakve emocionalne poteškoće može da doživi neinformisana žena, kada se susretne sa realnošću onoga što se dešava na porođaju. Pre nekoliko godina držala sam predavanje na babičarskoj konferenciji u južnom Arkansusu. Kao i obično, pokazivala sam video snimke nekih porođaja. Kasnije sam imala prilike da pričam sa gospodom Anom Meri Sajks, tradicionalnom babicom, koja je u to vreme bila u svojim sedamdesetim godinama.

"Dok sam odrastala, nikad nisam videla ništa slično", rekla je, dok su joj oči sijale od uzbuđenja. "Dok sam bila pod naponima sa svojom prvom bebom, nisam ni znala gde će moja beba da izađe!"

"Jel' tako?", rekla sam polu-zapanjena njenom pričom, ali sam znala da ne preuveličava. Jednostavno nije bila takav tip osobe.

"Ništa nam o tome nisu govorili, čak i kad smo se venčavali", rekla je. "Kada sam bila sama, tokom perioda napona, gledala sam svuda po sebi, ne bi li shvatila gde će beba da izađe."

"Imala sam ogledalo i gledala sam svuda po telu. Kada sam otvorila usta, pomislila sam da će beba tu da izađe. Kada sam ugledala resicu u grlu, pomislila sam da je to bebin nožni prst. Mislila sam da ću morati da povratim bebu. Tek kada mi je babica došla i oprala me između nogu, ja sam shvatila da će tu beba da izađe."

Muškarci ne mogu biti prevareni u vezi sa svojim delovima tela, kao što mogu žene. Muška konveksnost (ispupčenost gen-

italija) muškarce čini očiglednim i jasnim, a ženska konkavnost (uvučenost polnog organa) žene čini misterioznim (čak i same sebi). Pretpostavljam da je to razlog zašto mnoge svetske kulture proizvode kamene figure koje oslikavaju otvorene ženske vagine tokom čina porađanja. Koristila sam ove figure tokom nekoliko porođaja, i verujem da su pomogle ženama da razumeju za šta je sve sposobno njihovo telo. Prva figura potiče iz Meksika i već je u upotrebi duže vremena. Figura mi je pomogla kod velikog broja porođaja. Kod devojčica koje su rasle gledajući ove figure, postoji manja verovatnoća da će dozvoliti akušeru da im makanza zaseče perineum, u odnosu na žene koje nisu nikad bile upoznate sa idejom da se žena može poroditi netaknuta, ne-povređena i bez straha.

Istoričari i arheolozi su dugo bili fascinirani značenjem figura iz Irske, Velsa, Škotske, Engleske i drugih delova Evrope. Ove srednjevekovne skulpture golih žena koje ističu svoje genitalije pronađene su visoko na zidovima malih zamkova sa kulama izgrađenih između 15. i 17. veka. (Većinu ovih figura su uništili crkveni oci tokom 19. veka.) Neki kažu da su to demonske figure, čija je svrha da oteraju zlo ili spreče napad; drugi smatraju da to može predstavljati boginju plodnosti. Ja mislim da je svrha ove figure bila da ponovo uveri mlade žene u sposobnosti njihovih tela na porođaju.



Šila-na-gig figura.

Elen Prendergast je u članku pisanim za Irski istorijski časopis, primetila: "Pošto čitavog života znam za ovakve figure, ubeđena sam da njihov značaj leži u plodnosti i onome što je prikazano... a to je čin porađanja."

Bez obzira da li smo gospođa Prendergast i ja u pravu ili ne, mogu da posvedočim da Šila-na-gig figura može biti od velike pomoći na porođaju. Kao što možete videti, vagina kod figure koja čuči je dovoljno otvorena da se može unutra smestiti bebina glava. Takav prizor je svakako ohrabrujuć za ženu pod naponima.

Dugo sam verovala da televizija može odigrati značajnu ulogu u podučavanju žena o istinskim kapacitetima i sposobnostima njihovih tela. Nažalost, trenutni konzervativni običaji dozvoljavaju gledaocima nacionalne televizije da gledaju hirurško sečenje materice tokom carskog reza, ali nikada ne dozvoljavaju da se vidi priodno širenje nesečene vagine dok beba izlazi. Prizor pubičnih dlaka je očigledno striktno zabranjen. Neće biti vidljivog opuštanja sfinktera. Ove zabrane ne dozvoljavaju da video snimci prirodnih porođaja budu pušteni na nacionalnoj televiziji, jer je ovaj materijal tačno ono što je potrebno da bi se smanjili veliki strah i neznanje u vezi procesa porađanja.

Pre nekoliko godina producent programa Džeralda Rivere me je ubedio da pošaljem nekoliko mojih video materijala zbog mogućeg prikazivanja u emisiji (koja između ostalih stvari ističe u prvi plan stripere i striptizete). Dva dana nakon što sam послала video materijale, producent me je nazvala uz izvinjenje. Moji video materijali su bili "previše eksplicitni" za Džeraldov šou. Međutim, materijali su bili od pomoći osoblju produkcije koje je bilo u godinama najboljim za rađanje. Šta sam htela da kažem? Ovaj veoma snažan tabu treba da bude razbijen, ako želimo da smanjimo strah od porođaja kod savremenih žena.

Epiziotomija: Da li je zaista neophodna?

Epiziotomija (zasecanje vagine), najčešći operativni zahvat u Severnoj Americi, predstavlja namerno povređivanje koje se radi da bi se (kako kažu izvršiocji) izbeglo još gore povređivanje. Snažan dokaz govori u prilog tome koliko je epiziotomija nepotreban zahvat.

Akušeri u Severnoj Americi i nekim drugim civilizovanim dečkovima sveta su uz pomoć epiziotomije genitalno osakatili desetine miliona žena, u proteklih 100 godina, ubeđeni kako ovakvo traumiranje čuva majku od ozbiljnog pucanja prineuma, unapređuje seksualni život njenog muža (u današnje vreme se potencira da pomaže i njenom seksualnom životu), čuva je od urinarne i fekalne inkontinencije, čuva bebu od povrede ramena usled sporog i teškog porođaja, omogućava lekarima lakše ušivanje, sprečava nedostatak kiseonika, mentalnu retardaciju i povrede mozga kod bebe. Sve ove tvrdnje su postale opšte prihvачene bez postojanja bilo kakvih dokaza, podržanih od strane doktora i bolnica širom čitave Severne Amerike. Problem je (odnosno, dobra stvar je) što nijedna od ovih tvrdnji nije istinita.

Do sada je vršeno dosta istraživanja i procena na ovu temu. Medicinska nauka zna da zahvat epiziotomije ne donosi nikakve dobrobiti, a donosi mnogo opasnih i ozbiljnih komplikacija.

Epiziotomije:

- Izazivaju bol koji ponekad traje sedmicama ili mesecima
- Povećavaju gubitak krvi
- Izazivaju još ozbiljnije cepanje, jer sečeni perineum nije toliko snažan i otporan kao onaj koji nije sečen

Često postaju inficirajuće

- Se povezuju sa oštećenjem rane, gnojnim čirevima, trajnim oštećenjem mišića na dnu karlice, i drugim komplikacijama koje dovode do inkontinencije (kao na primer, rekt-vaginalne fistule - otvori između rektuma i vagine)
- Sprečavaju većinu žena da doje, zbog bola koje uzrokuju



Majka mi pomaže da sprečimo cepanje.

Epiziotomija retko može biti opravdana i to kada je beba koja se rađa u nevolji, ili kada su testisi karlično postavljene bebe prvo što se pojavljuje pri izlasku bebe. Pažljiv pregled dokaza pokazuje da stopa primene epiziotomije, od oko 20%, nigde ne može biti opravdana.

Do danas nije sprovedeno nijedno nacionalno istraživanje kako bi se otkrilo kako se žene osećaju po pitanju epiziotomija koje su imale.

Kako najbolje možete izbeći nepotrebnu epiziotomiju ili loše cepanje perineuma?

- Izaberite negovatelja koji će brinuti o vama, a kod koga je stopa primene epiziotomije manja od 20%.

- Odaberite negovatelja koji primenjuje srednje, umesto medio-lateralne epiziotomije (rez od dna vagine pravo ka rektumu, umesto kos rez od dna vagine do zadnjice). Medio-lateralne epiziotomije su posebno bolne dok zarastaju.

- Gurajte samo kad vam se javi nagon za to. Većina žena voli da gura dva ili tri puta, kratko odmarajući između svakog guranja.

- Kada bebina glava treba da izađe u potpunosti, usporite guranje što je više moguće.

- Neke žene vole da stimulišu svoj klitoris dok beba izlazi van. Izgleda da ovo povećava nabreklost i dotok krvi u taj deo, što objašnjava zašto nisam videla ni najmanje cepanje perineuma kod žena koje su koristile ovaj metod opuštanja tokom porođaja.

- Ukoliko vam ispuštanje zvuka pomaže tokom guranja, samo nastavite i trudite se da ti zvuci budu što nižeg tonaliteta tako da vibriraju niži delovi vašeg tela.

Može vam biti od pomoći da znate da bebine glave normalno napreduju kroz porođaj tokom guranja i onda zastanu kad se prekine sa guranjem. Žene koje ne razumeju ovaj proces понекad misle da se vraćaju unazad, kada bebina glava zastane između dva guranja. Onda im objasnim da je sve to normalno, jer pomaže da vagina postepeno dostigne veličinu koja je neophodna za porođaj. Cirkulacija u ovom delu tela se povećava sa naizmeničnom stimulacijom: pritisak, opuštanje, pritisak, opuštanje.

Neznanje koje je ispoljila žena koja nije mogla razumeti kako nešto tako veliko kao beba, može izaći kroz njenu vaginu i gospođa Sajks, babica iz Arkansasa, nastavlja da postoji i među ženama danas i ovekovečeno je konzervativnošću severno-američke kulture. Čak i televizije koje puštaju video snimke porođaja cenzurišu kadrove u kojima je vagina u prvom planu, upravo onaj deo koji je ženama najpotrebniji da vide, kako bi se smanjili strahovi od porođaja. Šta se postiglo sa ovim?

Sve dok žene budu prihvatale epiziotomiju, doktori će nastaviti da ih seku. Tek kad žene preduzmu mere i formiraju grupu koja će da ispita ovu metodu, ili odbiju da angažuju akušere sa visokom stopom primene epiziotomije, tek će se onda promeniti ovakva opasna i nepotrebna praksa. Međutim, važno je shvatiti koliko malo izbora ima većina žena u SAD, čija je porodiljska nega

uređena kroz organizaciju za održanje zdravlja. Nažalost, jako puno profita se priliva od porođaja, tako da je ovaj lični fiziološki čin postao politički.

Reference

1. Graham, I. D. Epiziotomy: Challenging Obstetric Interventions. Oxford, England: Blackwell Science Ltd., 1997.
2. Prendergast, E. A fertility figure from Tullaroan, Old KilKenny Review, 1992.

Treća faza napona

Presecanje pupčane vrpce

Vreme presecanja pupčane vrpce nakon porođaja varira dobroim delom u zavisnosti od toga gde je beba rođena. Bebama rođenim kod kuće ili u porođajnom centru, obično se pupčana vrpca preseče u periodu koji odaberu roditelji (obično nakon što prestane pulsiranje krvnih sudova u pupčanoj vrpcu). Sa druge strane, u bolnicama imaju tendenciju da preseknu pupčanu vrpku prvom prilikom. Oni koji kritikuju ovakav pristup, ukazuju na to da umanjenje svesti o fiziologiji ovog procesa povećava verovatnoću od nastanka problema kao što su zadržana placenta, posle porođajno krvarenje i respiratorni poremećaji kod beba. Istraživanja su pokazala da zakasnelo presecanje pupčane vrpce dovodi do izlivanja 20-50% zapremine bebine krvi u bebu. Rano presecanje takođe doprinosi niskim vrednostima hematocita ili hemoglobina kod novorođenčeta (smanjen broj crvenih krvnih zrnaca). Babice se slažu da prevremenno rođene bebe imaju dosta koristi kada im se kasnije preseče pupčana vrpca.

Ukoliko planirate da se porodite u bolnici i želite da se pupčana vrpca vaše bebe preseče kasnije, obavezno porazgovarajte o ovome sa svojim doktorom ili babicom. Dokaz je na vašoj strani.

Izbacivanje posteljice

Čak iako je vaša beba rođena, porođajni proces nije u potpunosti završen. Vaše telo ima da završi još jedan posao: da izbací posteljicu koja nije više neophodna da bi hrnila vašu

bebu. Ukoliko se porađate kod kuće ili u porođajnom centru, veća je verovatnoća da se proces izbacivanja posteljice odvija normalno. Ovo se obično dešava u roku oko pola sata. U našem babičarskom centru naša ustaljena praksa je da novorođenu bebu postavimo direktno na majčine grudi i pokrijemo je toplim čebetom. Ovaj kontakt koža na kožu održava bebinu telesnu temperaturu i olakšava ranu komunikaciju između majke i bebe. I ne masiramo matericu energično, niti rutinski dajemo oksitocinske lekove, niti na silu izvlačimo posteljicu van u želji da ubrzamo njeno izbacivanje. Kad god je u toku neki porođaj, mi imamo pri ruci oksitocinske lekove, kako bi zaustavili krvarenje, ali ih koristimo 3 ili 4 puta na svakih 100 porođaja. Umesto toga, mi poštujemo prirodan proces izbacivanja posteljice. Ne razdvajamo majku i bebu. Brinemo da im bude toplo tokom kontakta koža na kožu. Ne primenjujemo nikakve rutine koje bi ometale euforiju u porođajnoj sobi. U nekom trenutku dezinfikujemo bebi pupčanu vrpcu i pregledamo bebu, ali sve ovo radimo tako da bude udobno i priyatno i majci i bebi.

Majka i beba rade nešto mnogo važnije od čistog provođenja vremena zajedno. Oni se "zaljubljuju" i vezuju jakim vezama jedno za drugo. Mi uživamo prisustvujući ovom procesu i pazimo da ga ne prekinemo i ometamo.

Ako majka leži nakon porođaja i drži svoju bebu 15 ili 20 minuta, i posteljica se odvojila, ali još nije izbačena van, mi pomognemo ženi da zauzme uspravan položaj. Kao što uspravan položaj pomaže bebi da silazi niz porođajni kanal, tako olakšava izbacivanje posteljice u mnogim slučajevima. Stimulacija dojki takođe pomaže.

U nekim bolnicama se stavlja akcenat na završavanje ove faze porođaja u unapred propisanom vremenskom roku. Doktori понекad žele da požure izbacivanje posteljice, povlačenjem pupčane vrpce. Ali tada može doći do otkidanja pupčane vrpce od posteljice što uzrokuje povećan gubitak krvi. Možda poželite

da se nagodite sa doktorom ili akušerom da bude manje intervencija u ovoj fazi porođaja.

Gde god da se porađate, vaš negovatelj bi trebalo da bude spreman da se suoči sa posle-porođajnim krvarenjem. U bolničkim uslovima oko 8-9% žena počne jako da krvari tokom porođaja ili izbacivanja posteljice. Stopa pojave krvarenja u mojoj, i praksi mojih kolega, je konstantno niža od 2%.

Oksitocin je obično opcioni lek za zaustavljanje krvarenja u bolnicama, porođajnim centrima i tokom kućnih porođanja. Neke babice koje prisustvuju kućnim porođajima se više oslanjaju na biljke i biljne tinkture, kao što su rusomača, plava staničarka ili srčanik.

Čuvanje nagrade

Vaša beba je bezbedno rođena. Ukoliko ste u svojoj sopstvenoj sobi ili u porođajnom centru, vaša beba će ostati kod vas koliko god to želite. Ukoliko se porodite u bolnici, možda ćete morati da se dogovarate da vaša beba ostane kod vas konstantno nakon porođaja. Pravilnik u nekim institucijama primorava medicinske sestre da odmah nakon porođaja operu bebu i skinu sa nje sve porođajne tečnosti (zajedno sa verniksom - voskastom i sirastom materijom na bebinoj koži, koja ima zaštitnu ulogu), da je izmere i izvagaju, i da tretiraju bebine oči i pupčani patrljak. Nagovorite vašeg doktora, babicu ili medicinsku sestru da odlože ove postupke, kako biste mogli neometano provesti jedan period vremena učvršćujući veze sa svojom bebom. Takođe možete navesti da želite da verniks ostane na bebinoj koži.

Odaberite bolnicu u kojoj je obezbeđeno da bebin krevetac bude pored majčinog kreveta, ako želite da vaša beba bude pored vas, umesto u jaslicama. Ovo će vam obezrediti da na najbolji način započnete sa dojenjem.

Nekoliko rutinskih tretmana se primenjuje na skoro svim novorođenčadima u Severnoj Americi. Jedna od njih je čišćenje i usisavanje bebinih usta i nosa, odmah nakon rođenja. Ponekad

zbog ovoga roditelji misle da su njihove bebe u opasnosti, a zapravo je to rutinska procedura.

Imaćete poteškoće da zagrejete vašu bebu. Bolničke porodične prostorije su uglavnom hladnije prostorije i u njima vlažna novorođenčad brzo gube telesnu toplotu. Najbolje mesto gde možete postaviti vašu bebu su vaše gole grudi, dok je pokriveno toplim bebi čebetom. Ispitivanje vaše bebe može biti obavljenog dok vam je u naručju. Ali ukoliko je vašoj bebi potrebno oživljavanje, ovo je obično potrebno uraditi u zagrejanom ambijentu.

Oči vaše bebe će biti mazane antibiotskom mašću, kako bi se sprečile infekcije gonorejom i hlamidijom. Obično se u ovu svrhu koriste tetraciklin ili eritromicin. Većina roditelja je zahvalna kada dobiju šansu da na kratko pogledaju svoje bebe u oči, pre nego što im se nanese mast, pošto nanošenje ometa vid tokom kratkog perioda.

Vitamin K se daje preko injekcije (ili oralno u nekim bolnicama) sa ciljem da se spreče "bolesti usled prekomernog krvarenja kod novorođenčadi." Ovakvo stanje je retko, i ozbiljne komplikacije su još ređe. Ovaj lek u vidu injekcije je predstavljen kao smanjivač rizika od poremećaja usled krvarenja kod novorođenčadi. Neka skorija istraživanja su pokazala da se vitamin K, uzet oralno, ne apsorbuje tako dobro kao kada se ubrizga u vidu injekcije. Vitamin K se oralno mora davati u više doza tokom nekoliko dana. Tretman vitaminom K se zasniva na istraživanjima koja su vršena nad bebama koje skoro uopšte nisu sisala majčin klostrum (prvo mleko koje grudi proizvode) koje je bogato vitaminom K. Vrlo je moguće da je rizik od ove bolesti niži kod beba koje sisaju, nego što to istraživanja potvrđuju.

Zapamtite da imate puno pravo da odbijete bilo koji tretman ili zahvat, čak iako se smatra rutinskim u bolnici u kojoj se porađate.

Izbegavanje postporođajne depresije

Postporođajna depresija (PPD) pogarda 3-20% novopečenih majki. PPD se može pojaviti bilo kada tokom godinu dana nakon porođaja, od nekoliko dana posle porođaja do nekoliko meseci posle porođaja. PPD može biti jako zamarajuća i oslabljujuća i može ometati brigu majke o sebi i o bebi. Simptomi PPD uključuju osećanja beznadežnosti, nesanicu, nedostatak apetita, košmare, nove strahove i fobije, bizarre misli, neprijateljske ili suicidne misli. U jednom od 1.000 slučajeva PPD napreduje do post porođajnih psihoza. Većina postporođajnih psihoza i PPD se može sprečiti obezbeđivanjem velike pomoći novim majkama tokom prvih sedmica nakon porođaja, ali je najveći broj ovih oboljenja izazvan izolovanostu i iscrpljenošću.

Prvi korak u sprečavanju PPD je da pronađete dovoljno vremena za spavanje nakon porođaja, bez obzira koliko euforično se osećate. Trudite se da spavate koliko god možete, dok spava vaša beba. Razmislite o angažovanju postporođajne dule (pomoćnice) ukoliko nemate prijateljicu ili člana porodice koja bi vam kuvala i radila kućne poslove tokom prve dve sedmice. Ne treba da osećate pritisak da treba da izađete u susret svakome ko želi da poseti vas i vašu bebu. Kada vas vaši prijatelji posete, zamolite ih da budu kratko u poseti ili da vam operu sudove, ostave hranu, ili operu veš dok su tu. Ne žurite sa slanjem poruka zahvalnosti onima koji vam čestitaju. Izbegavajte preseljenje ili velike promene u vašem životu, u periodu oko porođaja. Dojite. Poverite svoja osećanja suprugu ili prijateljici, a ako posumnjate da patite od PPD, stupite u kontakt sa negovateljem koji je upoznat sa načinima tretiranja PPD.

U mojoj zajednici imamo mnogo nižu stopu pojave PPD nego što potvrđuju opšti izveštaji za celu državu. Verujem da intenzivna postporođajna nega koju dajemo, i bliska komunikacija među majkama, smanjuje osećaj izolovanosti koje majke mogu osetiti u našem udruženju. Majčinstvo je nekad najusamljeniji posao, ali ne bi trebalo da bude takav.

Postporođajna dula (pomoćnica)

U manje komplikovanim vremenima nego što je ovo naše, velike familije su negovale novopečene majke tokom prvih nekoliko sedmica nakon porođaja. U našem selu mi žene se smenjujemo u brizi oko svake majke. U današnje vreme, kada su članovi porodica rasuti po celom svetu, veliki broj novopečenih majki se suočava sa usamljenošću koju nikada ranije nisu osetile, i to u vreme kada treba da preuzmu odgovornost za brigu o novom životu. Ponekad se žene iznenade koliko nisko i loše mogu da se osećaju, samo nekoliko dana nakon što dožive radost porođaja. Neispavane, pune hormona, nesigurne u vezi svoje sposobnosti da doje, mnoge žene se osećaju zatrpanim odgovornostima koje nosi majčinstvo.

Porodiljska nega u Holandiji je tako osmišljena da prepoznaće dobrobiti negovanja majki tokom prvih 8 dana nakon porođaja. Posebni materinski kućni negovatelji su dostupni novopečenim majkama svih ekonomskih staleža, za razumnu cenu po satu (delimično subvencionisanu od strane holandskih poreznika). Ovi pomoćnici prisustvuju porođaju sa babicom ili porodičnim doktorom, posećuju dom novih roditelja i paze na majku i bebu, obezbeđuju zdravstvenu edukaciju, čiste, spremaju hranu, šetaju psa, čuvaju decu koja su prohodala, vode stariju decu u školu i pružaju podršku za dojenje i konsultacije. Dok druge države pišu uredbe za primenu nekih od ovih važnih usluga, Holandija ima najjasniji sistem. Ova postporođajna nega je dostupna i ženama koje se porode kod kuće i onima koje se porode u bolnici.

U mnogim delovima SAD posleporođajne dule obezbeđuju usluge slične onima koje su sastavni deo holandske porodiljske kućne nege. Ukoliko unajmite dulu da vam pomogne nakon porođaja, možete imati vremena da odremate, da se okupate, da radite vežbe, i za druge aktivnosti, koje bi bile neizvodljive bez takve pomoći. Zatim ćete značajno smanjiti šanse da doživite postporođajnu depresiju.

Kriterijumi u babičenju

Ko postavlja kriterijum za kvalitet materinske nege? Ko bi to trebalo da uradi? Pre nego što odgovorimo na ovo pitanje, neophodno je da se uverimo da li razmatramo sve kandidate. Jedna od onih koje bi dobila moj glas je gospođa Margaret Čarls Smit iz Jute, Alabama. Rođena je 1906. i ostala je siroče u trećoj sedmici života. Odgajila ju je žena koja je kupljena kao rob za 3 dolara, i živila je 101 godinu. Gospođa Smit još uvek živi u Juti, Alabama, gradu od 5.000 onih čijim je porođajima prisustvovala od 1943-1981. godine. U skladu sa našom nacionalnom mitologijom o porođaju, tehnologiji i onome što porođaj čini bezbednjim, ona i druge ugledne babice su bile sprečene da rade jer su smatrane za mnogo opasnije negovatelje, nego doktori koji su ih zamenili. Javne izjave ministarstva zdravlja o tome, zašto je neophodno otarasiti se babica kao što je gospođa Smit, tvrdile su da nedostatak adekvatne edukacije utiče na njihovu sposobnost da bezbedno obavljaju svoj posao. Doktori su se obučavali u bolnicama, dok su gospođa Smit i druge tradicionalne babice učile umetnost i nauku babičenja od drugih starijih babica koje nikada nisu kročile u bolnicu.

Kada je prisustvovala svom poslednjem porođaju, 1981. godine, gospođa Smit je još uvek bila zdrava, jaka i oštrog uma, ali kao i njenim koleginicama babicama nedostajala joj je politička snaga i pismeni dokaz koji bi podržao njen kontinuirani rad. Poteškoće koje civilizovan svet ima u procenjivanju rada tradicionalnih babica potiče od nedostatka dokaza. Naše poteškoće su kulture koje se prvenstveno oslanjaju na pisane dokumente. Se-

čam se jedne tradicionalne brazilske babice koja je stajala pred 2.000 doktora i formalno obučenih babica i ogorčeno upitala: „Da li verujete bilo čemu što niste pročitali u svojim knjigama?“ Nekoliko tradicionalnih babica je bilo u mogućnosti da zabeleži rezultate njihovog rada.

Međutim, gospođa Smit je izuzetak. Njena priča je vrlo dobro ispričana u knjizi o njenom životu „Slušaj me dobro“ (Listen to Me Good), koju je napisala uz pomoć Linde Dženet Holms.¹ U njenoj dugoj karijeri, koja bi bila još duža da su se pitale porodice iz Jute, prisustvovala je na oko 3000 porođaja, sa tek nekoliko slučajeva smrti odojčeta i bez ijednog smrtnog slučaja kod majki. Gospođa Smit je sačuvala beleške sa svih porođaja kojima je prisustvovala, ali nažalost one su izgubljene kada je njen kuća izgorela do temelja. Ja sam bila u mogućnosti da potkrepim njen lik zajedno sa dva doktora, Ruker Stagersom i Džo Betani, koji su odgovarali na njene povremene pozive za pomoć tokom godina kada su radili sa njom. Obojica su mi rekli da smatraju nemoćnim za gospođu Smit da je prikrivala smrtnе slučajeve, i da je bila dobra babica, a prema rečima doktora Betanija bila je „legenda svog vremena.“ Dr Stagers je iskoristio sav uticaj koji je imao da sačuva važećom njenu dozvolu za rad, ali je podlegao pritisku kolega koji su bili protiv babica, bez obzira koliko bile dobre.

Dosije gospođe Smit je zaista izvanredan, s obzirom na smetnje (u poređenju sa današnjim kućnim babicama) pod kojima je radila. Njoj i drugim uglednim babicama nije bilo dozvoljeno da koriste manžetne za merenje krvnog pritiska, kao deo prenatalne nege, antihemoragične lekove u slučaju posle porođajnog krvarenja ili kiseonika za reanimaciju bebe. Nije imala ni auto ni bicikl, ni konja, a nije bio dostupan ni javni prevoz. Mnoge familije kojima je pružala svoje usluge su zarađivale manje od 2 dolara dnevno. Mnoge porodice nisu mogle da plate usluge koje im je ona pružala. Kada se susrela sa komplikacijama kao što je visok krvni pritisak kod majke, morala je da je odvede kod doktora ili

u bolnicu, koja je ponekad bila i 20 kilometara daleko. Ovo je značilo da je morala da preklinje nekog da je odveze.

Neke porodice su živele u oblastima koje su bile udaljene od prohodnih puteva.

Žene o kojima je brinula gospođa Smit, nisu imale pristup kontraceptivnim sredstvima, kada su ona postala dostupna srednjem staležu žena, tako da je brinula o mnogim familijama koje su imale i po desetoro beba. Mnoge žene su bile neuhranjene i iscrpljene. Nisu postojali besplatni pretporođajni vitaminii ili tablete kalcijuma i gvožđa, za siromašne u to vreme. Verovatno najsramotniji aspekt nedostatka podrške, sa kojim su se ona i druge babice borile, je bio taj, da ako žena nije platila bolničke troškove prethodnog porođaja, neće biti upisana i primljena čak iako je u opasnosti. Da je postojao način da se prevezu 320 km do Taskegija, dobila bi besplatnu negu, ali to je bila loša opcija za ovako hitan slučaj, bez saniteta i sistema javnog prevoza. Gospođa Smit je jednom pokušala da prijaví u bolnicu ženu sa visokim krvnim pritiskom koja se onesvestila tokom napona, ali joj je doktor rekao da je odvede kći i odbacio je. Za njene večne



Babica Margaret Čarls Smit i ja.

zasluge, ostala je sa ženom koja je bila bez svesti, tokom porođaja u kolima i 12 sati nakon porođaja kada je postala ozbiljno bolesna. I majka i beba su preživele.

Zbog svih ovih razloga koje sam napomenula, dosije gospođe Smit je neverovatan, naročito što se tiče materinske smrti. Akušeri bi trebalo da budu zainteresovani za to kako je uradila i to što je radila (bez ikakve zvanično priznate reklame). Preporučujem da se pogleda video materijal o gospođi Smit (pogledati poglavlje *Izvori*), koji je objavljen na nacionalnoj televiziji 2002. godine.

Još jedna izvanredna babica sa zapisanim dosijeom je Katarina Šreder. Gospođa Šreder je radila na teritoriji današnje Holandije od 1693-1745. godine i prisustvovala je na 3.017 porođaja.² Vodila je beleške u svom dnevniku za svaki porođaj kome je prisustovala. Neki porođaji su bili potpuno njeni slučajevi, dok su za ostale - obično komplikovanije - slučajeve druge babice tražile njenu stručnu pomoć. Prirodni spontani porođaj se desio u 94% slučajeva. (U našem selu je procenat spontanih porođaja 94,5%). Carski rez nije bio opcija za vreme gospođe Šreder. U slučajevima u kojima bi se danas carski rez smatrao obaveznim, ona i druge babice su morale da urade sve što su mogle kako bi sačuvale živote žena. Jedna takva komplikacija je slučaj kada posteljica potpuno prekriva otvor grlića materice, što je opasno i po majku i po bebu. Ako se u ovom slučaju grlić materice otvara postepeno (kao što je i uobičajeno kod normalnih napona) majka može da iskrvari na smrt. Vlada opšte mišljenje da je primena carskog reza, jedini način da se spasu majka i beba.

Od svih 3.017 slučajeva koje je gospođa Šreder zabeležila, samo 20 žena je umrlo. U 6 od ovih 20 slučajeva, od nje je traženo da pomaže u slučajevima koje su vodile druge babice, a koji su postali suviše ozbiljni za bilo koga da bi se učinilo nešto više. Dogodilo se samo 14 puta u 3.017 porođaja da majka umre (4,6 smrtnih slučajeva na 1.000 porođaja) u njenom prisustvu. Da rezimiramo, stopa smrtnosti majki na porođaju u SAD tokom

1935. godine je bila 5,9 u 1.000 porođaja, iako su ženama bili na raspolaganju doktori, akušerska klešta, carski rez i bolnice. Da je gospođa Šreder imala tako visoku stopu smrtnosti majki, kao SAD 1935. godine, tokom njene brige bi umrlo još 3 ili 4 žene. Zamislite šta bi sve uspela da postigne u 21 veku.

Profesor G. J. Klusterman iz Amsterdama je pedantno analizirao podatke gospođe Šreder. Primetio je da je visoka stopa spontanih porođaja još više upečatljiva, kada se uzme u obzir da je ona u svojoj praksi imala više komplikovanih trudnoća i porođaja, nego što bi se očekivalo za slučajan uzorak populacije. Na primer, postojalo je 2,4% višestrukih trudnoća i 2% slučajeva kada posteljica prekrije cervikalni otvor (odvajanje posteljice ili placenta previa), što predstavlja najopasniju komplikaciju koja može da se desi tokom bilo koje trudnoće.

Zbog opasnosti od ove komplikacije, tokom čitavog 20. veka se u ovakvim situacijama primenjuje carski rez. Postojalo je 10 slučajeva odvajanja posteljice među porođajima kojima je prisustvovala gospođa Šreder. Prvi ovakav slučaj je bio 661. po redu, i gospođa Šreder je tada izgubila majku koja se porađala. Vrlo je verovatno da ona uopšte nije znala da takva komplikacija uopšte postoji. Ali je razmišljala o tome. Očigledno je zaključila da će morati da odreaguje mnogo brže, ako se ponovo bude našla u takvoj situaciji. Sledeći ovakav slučaj sa kojim se susrela bio je 1250. po redu i sprovela je svoj plan da ženu porodi što je pre moguće. Kao Luiz Burgis, poznata francuska babica iz prethodnog veka, prvo je uklonila posteljicu, a onda okrenula bebu u položaj da noge izađu prve i izvukla je napolje. U ovom slučaju i majka i beba su spasene kao i u 7 od drugih 10 slučajeva. Činjenica da je bilo samo 2 smrtna slučaja majki u 10 slučajeva placente previe u 17. veku je neverovatna, čak i fenomenalna.

Visoka stopa spontanih porođaja tokom prakse gospođe Šreder je neverovatna i prosvetljujuća. Ona svedoči o njenoj babičarskoj veštini i znanju. Ne samo to, ona svedoči o unutrašnjoj sposobnosti žena da porađaju.

Još jedna babica koja je pažljivo u svom dnevniku beležila sve porođaje kojima je prisustvovala je Marta Balard, koja je radila u Majnu od 1785-1812.godine. Balard je prisustvovala na 814 porođaja, od kojih se 5 završilo smrtnim ishodom. To znači da se dogodila jedna smrt majke na svakih 198 porođaja.³ U kasnim tridesetim godinama (kada su već uveliko postojali doktori, bolnice i carski rez) dešavala se 1 smrt majke na svakih 150 porođaja u SAD.⁴

Babica koja je živela i radila u Kendalu, u Engleskoj, od šezdesetih do sedamdesetih godina 17. veka, detaljno je zabeležila svih 412 porođaja kojima je prisustvovala. Nije se dogodila ni jedna smrt majke tokom svih ovih porođaja.⁵

Prakse sa niskom stopom primene carskog reza i porađanja uz pomoć instrumenata (i niskom stopom smrtnosti)

U slučaju da mislite da su žene koje su se porodile u našem centru za babičenje bile toliko posebne da niko osim nas ne može da dostigne tako niske stope primene carskog reza i porađanja bez instrumenata, kao naše, dozvolite da vam ispričam za neke druge prakse sa sličnim ishodima. Prva za koju sam čula, bila je babičarska praksa kućnog porađanja u Viktoriji, Australija, u kojoj je doktor Džon Stivenson radio sa nekoliko babica koje su počele da se bave babičenjem otprilike kad i ja. Njihova stopa primene carskog reza na 1190 porođaja, kojima su prisustvovali između 1976. i 1983.godine, je bila 1,6%. Stopa transporta u bolnicu je bila 4,9%. Kao i u našoj praksi u našem centru za babičenje, bebe koje su bile postavljene karlično (njih 23) i blizanci (13 slučajeva) su rođeni kod kuće. Kada sam upoznala doktora Stivensona i neke od babica koje su radile sa njim, shvatiла sam da je on jedan skroman, ljubazan čovek koji se počeo baviti medicinom kasnije od većine njegovih kolega. Počeo je da se bavi kućnim porađanjem nakon što je imao pacijentkinju sa

agorafobijom (strah od velikog i otvorenog prostora), koja je bila užasnuta mišlu da treba da se porodi u bolnici. Primoravala ga je da prisustvuje njenom porođaju kod kuće, uprkos njegovoj boljoj proceni, rekao mi je. Bio je fasciniran koliko je njen porođaj delovao jednostavnije od onih kojima je prisustvovao u bolnici. Informacija o ovome sa raširila, i uskoro su njegove usluge bile dosta tražene.

Bila sam zapanjena sličnošću između naše (1,4%) i njihove stope primene carskog reza (1,6%). Doktor Stivenson mi je rekao: „Ako sam se dobro pobrinuo za manje od 100 kućnih porođaja, to bi moglo da se pripiše čistoj sreći, ali kada je u pitanju preko 1.100 pacijenata tokom 8 godina, to mora biti nešto drugo osim sreće.“ Složila sam se. Uprkos odličnoj statistici, doktor Stivenson je odjavljen i odbačen od strane medicinskog odbora Viktorije, tokom 1984.godine, nakon što je od strane tog odbora proglašen krivim za „sramotno ponašanje“. Kao što je uobičajeno u lovnu na veštice, u slučaju doktora Stivensona, fokus je bio na njegovoj neadekvatnoj praksi i na angažovanju neregistrovanih porođajnih pomagača, koje je lično obučavao. Njegova dozvola za bavljenje medicinom nikada nije bila obnovljena.

Ranih devedesetih godina sam pročitala u naučnom magazinu *Lancet* o babičarskoj službi bečke Ignas Semelvis Farunklinik klinike, gde je Dr Alfred Rokenšaub radio kao direktor između 1965. i 1985.godine. Tokom njegovog mandata, više od 44.500 porođaja se odigralo, sa stopom primene carskog reza jedva iznad 1% i stopom smrtnosti odojčeta, ispod one koja je bila zastupljena u celom Beču, tokom istog vremenskog perioda, gde je stopa primene carskog reza bila veća od 10%.⁶ Tokom svog mandata u Semelvis Ženskoj Klinici, Dr Rokenšaub je bio predavač u školi za babice gde je imao značajan uticaj na obuku babica, ako ne i poštovanje svih ostalih akušera u Austriji. Ove babice su bile primarno odgovorne za porođaje koji su se dešavali na klinici, pošto austrijski sistem porođajne nege (kao uopšte i evropski) nema porođajne sestre. Nakon što je napustio svoju poziciju na

klinici 1985. godine, stopa primene carskog reza se žestoko po-većala. Do 1999. godine, 19% žena u Beču se porodilo carskim rezom. Da je dr Rokenšaub bio u mogućnosti da u dovoljnoj meri prosledi svoje metode drugim akušerima koji su cenili njihovu vrednost, verovatno bi stopa primene carskog reza u Beču i dalje bila ispod 5%. Na žalost, rad dr Rokenšauba je jedva poznat na engleskom govornom području, jer nijedna od njegovih knjiga nije bila prevedena sa nemačkog jezika. Ukoliko želite da sazname nešto o životu Ignaza Semelvajsa, pročitajte roman Mortona Tompsona, "Plać i sporazum" (The Cry and the Covenant), koji je njegova izmišljena biografija. Toplo je preporučujem, ali je ne-mojte čitati dok ste trudni, pošto je tematika prilično sumorna i mračna.

Svako ko ima i malo naučne sklonosti treba da bude fasciniran time, da tri babičarske prakse u svetu proizvedu toliko slične is-hode. Postoje određeni, očigledni, zajednički elementi za ove tri prakse:

- Pažljiva psihološka priprema tokom trudnoće
- Porođaji kojima prisustvuju babice koje su u mogućnosti da konstantno budu sa ženom koja je pod naponima
- Akušerska podrška od strane lekara koji mogu da prepoznaju mogućnosti babica i žena
- Filozofija da su žene prelepo i zadržavajuće dizajnirane za po-rođaj

Doktor Džon O. Vilijams Junior (koji piše svoje memoare) je bio nesrećan mentor koji je obezbedio divnu podršku našim babičarskim uslugama, koje postoje već 15 godina. Dr Stiven-su, Dr Rokenšaubu i meni su u jednom trenutku doktori (koji nisu mogli da zamisle da su niske stope smrtnosti i bolesti na porođaju moguće, sa niskim stopama primene carskog reza i in-strumentalnih porođaja) rekli da su naši ishodi "neverovatni." Ipak su mogući. Svi smo tome doprineli. Mora da nešto radimo kako treba. Takođe i drugi to mogu.

Naša praksa u našem centru za babičenje se sastoji iz određenih tehnika i procedura koje smo naučili od pripadnika medicinske profesije, i od još jednog skupa tehnika koje smo uglavnom sami osmislili. Drugi skup tehnika (uspravljen položaj tokom porođaja, hvatanje za uže iznad glave tokom guranja bebe van, stimulacija dojki kako bi se izazvale kontrakcije materice i svi položaji za rešavanje ramene distocije, na primer) su pronađeni u kulturama u kojima je preživelo urođeničko babičarstvo. Vraćajući se na akušere koje sam pomenula na početku ove knjige, a koji su me pitali kako smo postigli ovakve ishode, rekla bih da smo pokušali uzeti najbolje što su drevna tradicija i medicina imale da ponude. Porodaj kod kuće je značio da smo mogli da budemo maksimalno fleksibilni (umesto da nama upravljaju idiotske društvene konvencije, institucionalne navike ili nameštaj), a u isto vreme smo čuvali medicinsku literaturu i opremili se sa svom opremom i tehnologijom koja je bila korisna za naše vanbolničke poremećaje (manžetne za merenje pritiska, antihemoragični lekovi, boce sa kiseonikom, pribor za ušivanje, sterilne rukavice, na primer).

Rad Dr Galbe Alrauha iz Keare, Brazil, je fascinant i kreativan primer saveza formiranog između medicinske profesije i tradicionalnog babičenja. Profesor Arlauho iskoristio je majke i bebe, studente medicine, i parterije (brazilske tradicionalne babice) u isto vreme. On je zahtevao da se studenti medicine i babice koje prisustvuju kućnom porođanju rotiraju, kako bi studenti naučili da poštuju normalan porođajni proces, kao što to čine babice. Njegov revolucionarni rad je proizveo mnogo lekara koji su sada u prvom planu u pokretu "humanizacije porođaja" koji okuplja snage iz Brazila i drugih delova Latinske Amerike gde je stopa primene carskog reza u nekim oblastima najviša na svetu (u nekim oblastima veća i od 80%).

Dr G. J. Klusterman je išao u sličnom pravcu u Holandiji tokom četrdesetih godina kada je imao veliki uticaj na obučavanje babcica. Najvećim delom zahvaljujući njemu sistem je nastavio da

zadužuje babice za normalan porođaj. Holanđanke koje su želete specijalističku negu i prisustvo akušera morale su za to da plate iz svog džepa. Holandski studenti medicine koji se obučavaju za akušere su učili principe normalnog porođaja, pre nego što su učili o patologiji, što im je pomoglo da razumeju i poštuju ono što babice mogu da učine za trudnice i porodilje, i da se osećaju prijatno u vezi kućnog porađanja.

Postoje mnoge oblasti ljudskih dostignuća u kojim je jednostavno zaključiti ko postavlja standarde kvaliteta. Mislim na primer na auto trke, košarku, sviranje klavira itd. Porodiljska nega je nešto sasvim drugačije. Ako malo pročitate istoriju porodiljske nege, videćete da je većina velikih pionira ove nege (posebno mislim na doktore u ovom pokretu) bila ismevana od strane svojih kolega tokom svojih života. Četrdesetih godina 19. veka, vek pre nego što je izmišljen prvi antibiotik, Ignaz Semelvajs otkrio je zaraznost porođajne groznice, glavnog uzroka smrti majki u 18. i 19. veku i kako da je spreči. Oliver Vendel Holms je pokušao da ubedi svoje američke kolege da je Semelvajs bio u pravu da su doktori uzročnici groznice, a ne majke i bebe. Obojica su savetovala svojim kolegama da operu ruke nakon autopsije, ako treba da dodiruju žene koje se porađaju. Dvadeset godina nakon što je Holms pisao o tome kako sprečiti porođajnu groznicu, neki doktori su i dalje tvrdili kako je bolest izazvana "zavođenjem, grižom savesti i uzrujavanjem, a da sepsa potiče od uslova kuće u kojoj pacijent živi," ili od "štetnih gasova" iz kanalizacije. Ignaz Semelvajs je tragično nastradao u utočištu za mentalno poremećene osobe, od infekcije rane koju je tu dobio u tuči sa dežurnim osobljem. Nekoliko godina kasnije, njegov 25-ogodišnji sin je počinio samoubistvo, jer je očajavao da li će učenje njegovog oca ikada biti prihvaćeno. Konačno, bilo je prihvaćeno, ali je ogroman broj života izgubljen dok su doktori odbijali da priznaju štetu koju su izazivali svojom uskoumnošću. Iako su Semelvajs i Holms bili poštovana imena do 1910. godine, dolazilo je do povremenih pojava porođajne groznice i u četrdesetim godinama 20. veka.

Očigledno da su žene iz Beča znale da je babičarska klinika mnogo bezbednije mesto za porođaj od doktorske klinike. Ukoliko nisu bile u mogućnosti da dođu do babičarske klinike, radije su se porađale na ulici nego u doktorskoj klinici. Ljudi su tada više razmenjivali informacije jedni sa drugima. A danas, zbog pojave mas medija, ljudi dobijaju informacije sa televizije i filmova, koje generalno podučavaju da su aparati neophodni za bezbedan porođaj. Ja se nadam da možemo naći način da iskoristimo mas medije da promovišemo opšte zdravlje kroz politiku porodiljske nege, pre nego zarad korporativnog profita.

Reference

1. Smith, Margaret Charles, and Holmes, Linda J. Listen to Me Good: The Story of an Alabama Midwife. Columbus: Ohio State University Press, 1995.
2. Marland, H., Kloosterman, G. J., and van Leiberg, M. J. Mother and Child Were Saved: The Memoirs (1693-1740) of the Frisian Midwife Catharina Schrader. Bilthoven, the Netherlands: Catharina Schrader Stichting, 1987.
3. Ulrich, Laurel Thatcher. A Midwife's Tale. New York: Random House, 1990. Tucker, Beatrice, and Benaron, Harry. Maternal Mortality of the Chicago Maternity Center. American Journal of Public Health, January 1937; Volume 27.
4. Tew, Marjorie. Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care. London: Chapman and Hall, 1990.
5. Rockenschaub, Alfred. Gebären ohne Aberglaube. Vienna: Facultas Universitätsverlag, 2001.

Šta najmanje očekujete kada očekujete

*Žene ne umiru zbog bolesti koje ne možemo da lečimo.
One umiru jer društva još uvek nisu donela odluku
da su njihovi životi vredni spasavanja.*

- Mahmud Fatalah

Ukoliko se majci obezbedi kvalitetna porodiljska nega kroz trudnoću, porođaj i posle-porođajni period, ozbiljna povreda ili smrt majke se dešavaju u ekstremno retkim slučajevima, bar u bogatijim zemljama. Smrt majke u industrijalizovanim zemljama se dešava toliko retko, da se računa u nekoliko slučajeva na svakih 100.000 porođaja. Ovo nam govori da SAD mogu značajno da unaprede učinak u sprečavanju smrти majke.

Jedan uznemirujući pokazatelj je da od 1982. godine nije bilo pada u stopi smrtnosti majki. Ovo je značajno jer je stopa smrtnosti majki u Americi opadala svake godine između sredine tridesetih godina i 1982. godine. U najrazvijenijim zemljama je stopa smrtnosti majki nastavljala da opada od 1982. godine do danas. Na žalost, mi nemamo informaciju koja nam je neophodna da bismo razumeli zašto je stopa smrtnosti majki u SAD tako visoka. Nedostatak ove informacije delimično objašnjava zašto još uvek nismo ostvarili napredak u postizanju nacionalnog cilja smanjenja stope smrtnosti majki, koji su postavile ranije generacije. Naš cilj iz 2000. godine je bio 3,3 smrtna slučaja na 100.000 porođaja. Očigledno ga nismo dostigli (iako države Vašington i Masačusets jesu) tako da je to sada naš cilj za 2010. godinu.

Od 1982. do 1996. godine smrtni slučajevi majki su se dešavali u odnosu 7,5 slučajeva na 100.000 porođaja, bez pomaka u pravom smeru.¹ U 2000. godini, stopa smrtnosti majki je bila 11 slučajeva na 100.000 porođaja. Stopa smrtnosti afro-amerikanki je 4 puta veća od stope za opštu populaciju žena. Čak se i ova razlika povećala zadnjih par godina (sa 3,4 puta većeg rizika od umiranja u odnosu na belkinje, na 4,1 put veći rizik tokom 90-ih godina). Hispano žene (porekлом iz Meksika) su pod nekoliko procenata većim rizikom od umiranja nego belkinje.¹ Problem sa ovim brojevima je u tome što se dosta potcenjuju.

Federalna agencija odgovorna za sakupljanje, analiziranje i objavlјivanje statističkih podataka vezanih za porođaje i smrtnost u SAD je Centar za kontrolu bolesti (CDC). CDC je upozorio 1998. godine da čak i nakon sprovedenih unapređenja u nacionalnom izveštavačkom sistemu, još uvek postoji dosta slabo izveštavanje, jer je procenjeno da je pravi broj smrtnih slučajeva 1,3 - 3 puta veći od onog koji je prijavljen u statističkim izveštajima.¹ Donja granica ove procene se bazira na obimnom pregledu svih žena koje su u reproduktivnom dobu u Francuskoj, koje su umrle 1989. godine (nacionalni pregled ove vrste nikada nije rađen u SAD), koji je pokazao da je pravi broj žena koje su umrle više nego duplo veći od broja koji je objavljen u statističkim podacima.² CDC je zvanično izjavio da je nekoliko anketa na državnom nivou pokazalo da je problem sa neadekvatnim izveštavanjem tokom 90-ih godina u najmanju ruku isto loš, a možda i gori nego u Francuskoj. Veća procena (2 puta u odnosu na objavljenu) je zasnovana na različitim istraživanjima na državnom nivou. Na primer, država Mičigen je prijavila u 2000. godini da je pažljivo istraživanje pokazalo da navodna stopa smrtnosti majki 7,6 slučajeva na 100.000 porođaja treba da bude prepravljena na 18 slučajeva na 100.000 porođaja. Prema Dr Džeјmsu W. Gelu, koji je prezentovao izveštaj, "vrlo je verovatno da i druge države podjednako podcenjuju smrtnost majki na porođaju."³

Nekoliko faktora je doprinelo visokom stepenu neadekvatnog prijavljivanja smrtnosti majki u Americi. Na primer, istraživači često nemaju uvid u sva medicinska dokumenta, ne radi se autopsija nad svim umrlim ženama, medicinska dokumenta mogu biti izgubljena, aljkava, neprecizna, doktori su retko obučeni na pravi način da kompletiraju važna dokumenta, i mogu oklevati da prijave slučajeva istraživačima zbog medicinskih i pravnih brišta. Zatim, neke smrti se dešavaju tokom rane trudnoće, pre nego što se napravi bilo koji medicinski dokument koji ukazuje na ženinu trudnoću. Prema CDC, 20% smrtnih slučajeva majki desi se u ranoj trudnoći, i neki su vrlo verovatno propušteni.⁴

Tokom mog ličnog neformalnog istraživanja odbora za pregled smrtnosti majki na nivou države, saznala sam da manje od polovine država ima komitete za pregled smrtnosti majki i komplikacija koji analiziraju brojno stanje, uzroke smrti, oštećenja, bolesti, tako da povratna informacija može biti poslata bolnicama u kojima ima previše ovih slučajeva (majčinske komplikacije se odnose na oštećenja i bolesti koje su direktno izazvane trudnoćom i porođajem). CDC procenjuje da nekoliko hiljada slučajeva komplikacija, dolaze na jedan slučaj smrti majke. U ostalim državama ne postoji kolektivan napor da se sazna zašto majke umiru. Učila sam da su nekoliko država prestale da rade pregled smrtnosti majki tokom 80-ih godina, kada je strah akutera od tužbi zbog zloupotrebe službene dužnosti bio na visokom nivou. Tokom ranih i srednjih godina 20. veka, većina država je imala odbore za pregled.⁵ Zašto danas ima manje odgovornosti nego onda?

U 2000. godini, SAD su zauzimale 31. mesto u svetu po stopi smrtnosti majki, prema podacima Svetske zdravstvene organizacije. Uzimajući u obzir izveštaje CDC o proceni uzroka neprijavljanja, naše mesto u svetu bi trebalo da bude prepravljeno, ako bismo zapravo izveštavali o pravom broju smrtnih slučajeva.

CDC procenjuje da više od polovine smrtnih slučajeva koji se dogode svake godine, može biti sprečeno. Saznanje da više od

500 žena može biti spašeno svake godine treba da nam da podsticaj da usavršimo sistem prikupljanja podataka i standardizovanog pregleda kako bi sa poklapali sa onima u evropskim zemljama, za koje se tvrdi da im je preciznost izveštavanja o smrtnosti majki dovedena skoro do savršenstva i njihove stope smrtnosti majki su niže nego naše.

Nemačka i Austrija imaju jako precizne sisteme izveštavanja, delom jer svaka od njih poseduje federalni zakon koji zahteva autopsiju nakon smrti svake žene u reproduktivnom dobu. Za svaku autopsiju se pravi zapisnik koji se može analizirati uz poštovanje privatnosti, a koji obezbeđuje institucionalnu procenu i povratnu informaciju.³ U SAD ne postoje takvi zahtevi za autopsijama nakon smrti žena u reproduktivnom dobu.

Druga grupa zemalja poseduje precizan sistem izveštavanja, kao i druge zavidne karakteristike. Svake 3 godine, Ministarstvo zdravlja Velsa, Škotske, Engleske i Severne Irske (Ujedinjeno Kraljevstvo) u saradnji sa Kraljevskim koledžom akušera i ginekologa, objave debelu knjigu čiji je naslov *Zašto majke umiru*, koja pokriva prethodni trogodišnji period koji se upravo završio.⁶ Knjiga koja je dostupna u knjižarama ispituje do detalja brojno stanje i uzroke smrti. Britanke koje žele da smanje rizik od umiranja ili od doživljavanja ozbiljnih oštećenja tokom porođaja, ovako imaju solidne informacije o relativnoj učestalosti velikih komplikacija. Onda one mogu da izbegnu bilo koju neobaveznu proceduru koja može povećati rizik od smrti ili oštećenja.

Podjednako važno, trudnice u Ujedinjenom Kraljevstvu, koje znaju za knjigu *Zašto majke umiru*, znaju da smrt 110 žena svake godine njihova vlada smatra jako važnim, toliko da se svaki slučaj proučava i pregleda kao deo strategije za sprečavanje budućih smrtnih slučajeva. Zanimljivo je primetiti da je ovaj nacionalni napor započet pre nego što se pojавio ženski pokret u ove 4 države. Oko trećine smrtnih slučajeva u Britaniji, u periodu tokom najskorije tri godine, se smatra da može da se spreči. Knjiga *Zašto majke umiru* je omogućena od strane sistema poverljivih

istraživanja u kojima ne postoji rizik za lekare, babice ili bolnice, da budu tuženi zbog prikupljenih informacija. Američke države koje imaju odbore za pregled smrtnosti takođe koriste poverljive procedure i imaju zakonodavstvo koje štiti ovu poverljivost od nelegalnog otkrivanja. Međutim, nalazi i zaključci ovih odbora nisu dostupni javnosti, kao što je to slučaj u Britaniji.

Samo sistem koji visoko ceni ženu, i koji je ponosan na rad i napore koji su usmereni u pravcu smanjenja smrtnosti majki, može objaviti knjigu kao što je *Zašto majke umiru* (za koju ne postoji ekvivalent u SAD). Žene u SAD zaslužuju dodatnu sigurnost koju bi ustanovljavanje sistema sličnom onom u Britaniji, obezbedilo ovde. Mnogo se više trudimo oko ljudi iz drugih oblasti javnog zdravlja i bezbednosti. Možete li na primer da zamislite da američka javnost toleriše Federalnu administraciju avijatičara (FAA) koja analizira uzroke samo polovine avionskih nesreća?

CDC preduzima prve korake neophodne da se unapredi naš problem lošeg izveštavanja, tako što urgira svaku državu da postavi neki indikator u potvrdu o smrti, koji bi davao do znanja da li je žena bila trudna u periodu od godinu dana pre smrti. Primetite da sam upotrebila izraz "urgira", pošto CDC ne poseduje autoritet da prisili države da obezbede informaciju neophodnu za korektno konstatovanje broja smrtnih slučajeva majki. Zapravo CDC nema autoritet ni da prisili različite države da koriste iste definicije u potvrdoma o smrti. Samo dve države poseduju indikator u potvrdi o smrti koji pokriva analiziranje uzroka smrti godinu dana nakon trudnoće. Oko 15 država poseduje indikator koji pokriva 3 meseca nakon trudnoće. Ostale države nemaju nikakve indikatore i propuštaju više od 10% smrtnih slučajeva.⁴ Kolika je naša stopa smrtnosti majki?

Ostaje još mnogo toga da se uradi da bi se formirao sistem koji će izjednačiti one u drugim industrijalizovanim zemljama. Sam CDC ne može da uradi ovako važan posao. I predsednik i kongres će morati da se umešaju u stvaranje sistema koji će ceni-

ti ženin život i zdravlje, na istom nivou sa drugim razvijenim društvima.

Koliko su doktori svesni problema smrtnosti majki u SAD

Razgovarajući sa dosta prijatelja doktora, shvatila sam da doktori u SAD generalno nisu svesni stagniranja (ili mogućeg rasta) stope smrtnosti majki u SAD. Nedostatak državnog nadzora nad pregledom smrtnosti širom države, odvlači pažnju od problema. Međutim, tokom kasnih devedesetih godina, nekoliko akušerskih izdanja je objavilo članke sa naslovima kao što su "Smrtnost majki: nerešen problem", "Smrtnost majki: bez unapređenja od 1982. godine", "Stopa smrtnosti majki je debelo potcenjena", "Smrtni slučajevi povezani sa trudnoćom: kretanje u pogrešnom smeru", sa makar jednom referencom koja upućuje na moguć rast stope smrtnosti majki, tako da su verovatno bar neki doktori svesni ovog našeg problema.^{3,8-11}

U 1997. godini jedan broj organizacija koje su bile zabrinute oko zdravstvene nege majki je formirao udruženje pod imenom *Inicijativa za bezbedno materinstvo* (SMI-SAD) kojoj su se do 2001. godine priključili kao partneri Američki koledž za sestre i babice (ACNM), Američki koledž akušera i ginekologa (ACOG), Udruženje babica Severne Amerike (MANA), Asocijacija javnog zdravlja Amerike (APHA), Projekat nacionalnog zdravlja crnih žena, Nacionalno udruženje zdravlja hispano-populacije i Nacionalna organizacija za zdravlje azijskih žena. SMI-SAD koalicija je deo veće globalne *Inicijative za bezbedno materinstvo*, osnovane 1987. godine i pod vođstvom jedinstvenog partnerstva internacionalnih organizacija, koji obuhvata *Dečiji fond Ujedinjenih nacija* (UNICEF), *Fond stanovništva Ujedinjenih nacija* (UNFPA), *Svetsku zdravstvenu organizaciju* (WHO). Ove organizacije saraduju međusobno, kako bi podigli svest, postavili prioritete, stimulisali istraživanja, mobilizovali sredstva, obezbedili tehničku

pomoći i delili informacije prema nadležnosti svake organizacije. (Na žalost ACOG je odlučio da izđe iz udruženja, 2002. godine.)

SMI-SAD dodeljuje *Nagrade modela programa* da bi promovisao *Bezbedno materinstvo u SAD* kroz identifikaciju i prepoznavanje programa ohrabrenja i podsticanja odgovora na ove modele kroz njihovo širenje.

Drugi SMI-SAD projekat je *Prekrivač projekat bezbednog materinstva*, koji predstavlja način za ukazivanje časti i sećanje na Amerikanke koje su umrle usled uzroka povezanih sa trudnoćom od 1982. godine. *Prekrivač* je sačinjen od individualno dizajniranih blokova, od kojih je svaki posvećen jednoj od žena koje su umrle.¹² Ideju da ovo započnem se desilo nakon što mi je bilo ispričano o Amerikankama koje su umrle usled uzroka koji su se mogli sprečiti. Ručno sam zašila prvi blok dok sam prisustvovala sastanku koalicije za unapređenje materinske brige. Tokom sastanka, oko 35 porođajnih edukatora, babica, laktativnih konsultanata, naučnih pisaca, dula i doktora je svratilo da vidi šta sam pravila. U toj maloj grupi, troje ljudi je znalo za majke koje su umrle. Onda sam shvatila da je *Prekrivač* način da se da publicitet potrebi za zakonodavstvom nad našim problemom neadekvatnog prijavljivanja smrtnih slučajeva, što je prvi korak ka rešavanju našeg problema smrtnosti majki. Ne možemo kvalitetno sprečiti nepotrebne smrte slučajeve majki, ako nemamo precizne informacije o tome koliko ih zaista ima i koji su uzroci. Verujem da nam treba nepristrasan sistem prikupljanja podataka, pregleda, revizije i analiza koji će se izjednačiti sa britanskim sistemom *Poverljivih ispitivanja smrti majki*, takav da će svoje zaključke učiniti dostupnim javnosti u SAD.

Rizik od novih tehnologija i akušerskih trendova

Akušerstvo se konstantno menja, kako se pojavljuju nove tehnologije, tretmani i lekovi. Neke od ovih inovacija, kao na primer antibiotici i tehnologija za bezbednu transfuziju krvi, spasile su puno života. U isto vreme, drugi lekovi i procedure su izaz-

vale nepredviđenu štetu. X zraci su korišćeni pola veka za vreme trudnoće, pre nego što su istraživači otkrili sredinom pedesetih godina da ovi zraci značajno povećavaju broj dece koja oboljevaju od kancera.¹³

Nedavno proizvedeni lek na bazi estrogena, dijetil-stilbestrol (DES) postao je popularan kod američkih doktora tokom četrdesetih i pedesetih godina zbog sprečavanja pobačaja, i primenjivali su ga na 2 miliona žena tokom perioda od 30 godina. FDA je 1971. godine zabranila upotrebu DES tokom trudnoće, pošto je utvrđeno da izaziva pojavu retkih vaginalnih tumora kod mlađih žena, kao i genitalne abnormalnosti i kod mlađih žena i muškaraca, čije su majke koristile ovaj lek.¹⁴ Štetne posledice su bile vidljive i kod treće generacije porodica koje su upotrebljavale ovaj lek decenijama ranije.

Lek talidomid, predstavljen u Nemačkoj i Velikoj Britaniji pedesetih godina, kao pilula za spavanje, prepisivan je desetinama hiljada trudnica u prvom tromesečju trudnoće. Oko 24.000 evropskih beba je rođeno sa skraćenim ili deformisanim rukama i nogama i drugim defektima, od kojih je dve trećine umrlo na porođaju.¹⁴

Dve kasnije tragedije su izazvale primenu mnogih reformi širom sveta, oko propisa vezanih za lekove, ali još uvek postoje propusti i izgovori u SAD koji dozvoljavaju da nebezbedni lekovi i tretmani budu prepisani ili primenjeni na trudnicama.

Citotek

U poglavlju 6 pomenula sam Citotek (mozoprostol), novi indukcioni hir, koji je pomeo naciju, i razmatrane sporedne efekte koje su iskusile neke žene, nakon primene ovog leka za indukovavanje napona. Do sada je najmanje 7 smrtnih slučajeva majki, povezanih sa upotrebom Citoteka, dokumentovano (ili u medicinskim časopisima ili od strane FDA), a babice, bolničke sestre i doktori su mi pričali o dodatnim smrtnim slučajevima povezanim sa upotrebom Citoteka koji su se desili nakon izveštavanja

od strane časopisa i FDA. 5 od 7 smrtnih slučajeva bilo je uzrokovano embolijom amniotske tečnosti, koju Serl, proizvođač Cito-teka, navodi kao moguću komplikaciju, ali pošto su medicinski časopisi prijavili samo jedan slučaj, ova komplikacija nije generalno prepoznata kao ozbiljna od strane američkih akušera. Dugo je shvatano i dokumentovano da se embolija amniotske tečnosti dešava kada se materica veštački stimuliše, bilo Pitocinom ili prostaglandinima. Ali ova stravična komplikacija je bila dosta ređa nego što je danas u SAD. Lično znam za 5 smrtnih slučajeva uzrokovanih embolijom amniotske tečnosti kod žena kojima je davan Citotek za indukciju napona.

Neki se pitaju zašto je FDA izabrala da drži žene i doktore u mraku, u vezi smrtnih slučajeva izazvanih embolijom amniotske tečnosti povezane sa Citotekom.

Neke od najopasnijih komplikacija kod majki, izazvane Citotekom, desile su se ženama kojima je data jedna doza najmanje količine leka ikad date (25 mikrograma, četvrtina sićušne tabletice). Dvema ženama je data minimalna doza u isto vreme i imale su obilna krvarenja 12 i 30 sati nakon uzimanja leka, i bila im je neophodna histerektomija.¹⁵

Od 1990. do 1999. godine desilo se rapidno povećanje u primeni Citoteka za izazivanje indukcije, uključujući njegovu primenu na ženama koje su prethodno imale carski rez. Mnogi bolnički protokoli za indukciju Citotekom, koji su iz tog perioda, koje nikada nisam pomenula, su dosta nebezbedni za primenu na ženama koje imaju ožiljke na materici. Dva istraživanja objavljena 1999. godine koja su obuhvatila oko 250 žena koje su imale prethodno carski rez, pokazala su povećanje od 28 puta u broju materičnih ruptura (pucanja) tokom indukcije Citotekom. U ovim istraživanjima zabeležene su 3 smrtna slučaja bebe.^{16,17} U novembru 1999. godine, ACOG je promenio svoj bilten u vezi primene Citoteka za indukciju napona, preporučujući da ne bi trebalo da se koristi za sazrevanje grlića materice kod žena koje su prethodno imale carski rez, ili neku veću hiruršku intervenciju

na materici.¹⁸ Sada znamo da Citotek ne bi smeо nikada da se primenjuje kod vaginalnih porođaja nakon carskog reza, nakon skoro 10 godina upotrebe na ženama koje obično nisu bile svesne opasnosti. Citotek je klasičan primer zašto lekovi ne bi smeli da se koriste dok se ne ispitaju na adekvatan način.

Uprkos svim upozorenjima koja su bila izdata u vezi sa upotrebom Citoteka, mnogi doktori i neke babice nastavljaju da ga koriste za indukciju napona. Niko ne negira njegove pogodnosti kad počne da izaziva napone. Međutim, ubedjena sam da bi žene napravile drugačiji izbor kada bi bile u potpusti informisane o mogućim posledicama uzimanja Citoteka. Žene bi svakako trebalo da budu potpuno informisane o svemu pre nego što uzmu bilo koji lek koji po njih može biti fatalan.

Ja sam deo “e-grupe” od oko 40 Amerikanki koje su iskusile strašne komplikacije nakon napona izazvanih Citotekom. Nekoliko od ovih žena je imalo hitnu histerektomiju i skoro umrlo od gubitka krvi. Ono što ove žene čini najgoričenijim je to da ih niko nije informisao o tome da Citotek može izazvati efekte kao u njihovom slučaju.

Embolija amniotske tečnosti

Komplikacija koju sam gore navela, embolija amniotske tečnosti (AFE), je dosta misteriozna. Ponekad toliko retka da knjige procenjuju njenu učestalost na 1 slučaj na 50.000 do 80.000 porođaja, izgleda da je mnogo više učestalija poslednjih godina, bar u SAD. Spisateljicu iz Čikaga, Dejanu Ajzaks, čija je čerka umrla od AFE 1994. godine nakon “rutinske indukcije” (ni ona ni njena čerka nisu nikad čule za AFE) je iznenadilo to da je učestalost AFE u bolnici u Feniku, gde je njena čerka umrla, 1 slučaj na 6.500 porođaja.¹⁹ Ajzakova je ukazivala u svojim člancima da je zvanična američka stopa smrtnosti 1 slučaj na 5.000 porođaja. Ako svaka američka bolnica ima toliko veliku učestalost pojave AFE, trebalo bi da očekujemo više od 300 smrtnih slučajeva svake godine samo od ove komplikacije. Prema CDC i

Masačusetskom odeljenju za javno zdravlje zaduženom za smrtnost majki i Odboru za pregled komplikacija, AFE je danas jedan od najučestalijih ubica trudnica i porodilja u SAD, sa učinkom od 30 žena koje umru svake godine.^{20,21} Na prvih 40 blokova, koji su priloženi za projekat *Prekrivač bezbednog majčinstva*, je uveličeno 11 smrtnih slučajeva uzrokovanih AFE, sa samo tri slučaja koja obuhvataju veštačko izazivanje i pojačavanje napona. Tokom skorašnjeg perioda u Velikoj Britaniji (od 1997-1999. godine) desile su se samo 2 AFE smrtna slučaja godišnje u Engleskoj, Velsu, Škotskoj i severnoj Irskoj, kombinovano.²²

AFE ubije više od polovine žena koje obole. Skoro uvek se pojavljuje tokom ili nakon porođaja, u oko polovine prijavljenih slučajeva, i povezuje se sa ekstremno jakim i učestalim kontraktacijama materice koje se pojavljuju kod žena tokom napona indukovanih Pitocinom ili prostaglandinima kao što su Citotek, Cervidil i Prepidil. Patolozi veruju da do ovog stanja najverovatnije dolazi kada značajna količina amniotske tečnosti (pomešane sa celijama kože, zaštitnim premazom sa bebinog lica i bebinom kosom) prodre u majčin krvotok, izazivajući odmah srčani zastoj. Međutim, američki akušer Stiven Klark, američki guru po pitanju AFE, nije siguran u vezi prethodne teorije. Za dve decenije on je unapredio teoriju da neke osjetljivije žene ne mogu da tolerišu amniotsku tečnost u svom krvotoku, dok druge mogu (kao što većinu ljudi ubode pčela i ne dobiju nikakvu alergijsku reakciju, dok mali broj umre od te alergijske reakcije). Uprkos velikom broju članaka koji dokumentuju povezanost između AFE i hemijski pojačavanih napona, Klark umanjuje značaj te povezanosti. Njegova kampanja da naruši patološko razumevanje AFE je efektno podelila konsenzus (opštu saglasnost) da veštački izazivani naponi mogu dovesti do pojave AFE. Poslednje izdanje *Vilijams akušerstva*, jedne od najuticajnijih knjiga iz oblasti akušerstva, više ne pominje ovu povezanost.²³ Većina akušera više ne misli da je neophodno da majka, koja je pod njihovom negom, ostane i dalje u bolnici nakon što se kod nje primeni veštačka indukcija

naponu. Ukoliko dođe do lošeg ishoda i usledi tužba, akušer obično neće biti okrivljen od strane sudije ili porote. Ko brine o majkama?

U intervjuu sa Dajanom Ajzaks, Klark je rekao: "Zastrašujuća stvar u vezi ovoga (AFE) je ta što ako ste trudni i imate genetsku neusklađenost, gotovi ste... i ne postoji ništa što bismo mogli da uradimo da to preduhitrimo." Ajzakova, koja je intervjuisala mnoge akušere u nekoliko zemalja, nakon smrti svoje čerke, naznačila je u svom obimnom i iscrpnom članku, objavljenom 1998, da nije ubeđena u Klarkovu teoriju o genetici. Napisala je: "Na kraju, AFE možda i nije posledica retke alergije. Postoji mnogo dokaza u medicinskoj literaturi koji ukazuju na to da značajna količina amniotske tečnosti (posebno kod žene pod naponima) koja u sebi sadrži meconijum (najranija stolica odojčeta), verniks (kremast zaštitni sloj na bebinom licu) ili druge hemijske materijale i čestice, je toksična ako dospe u majčin krvotok." Izgleda da je skoro nepotrebno da uzmemo za pretpostavku alergijsku osetljivost ili "genetsku neusklađenost" da bi objasnili štetu koju ova tečnost može povećati.¹⁹

Komentarišući svoje shvatanje da je Klark vodio kampanju kako bi promenio postojeće akušerske doktrine u vezi AFE (tačnije da ukine povezanost između indukcije napona i smrtonosnih komplikacija), rekla je:

"Klark je obezbedio dokaz za sopstvenu kontradiktornost kada je prijavio da je 50% pacijenata u slučajevima koje je lično pregledao za svoje istraživanje iz 1995. godine, bilo tretirano oksitocinom, tokom napona."¹⁹

Može li biti da se učestalost pojave AFE povećava, kako raste broj indukovanih napona? Moja stručna slutnja je da može. Dok ne bude dostupno bolje istraživanje, bilo bi mudro izbegavati hemijsku indukciju napona, kad god je to moguće. Manja je verovatnoća da dođe do ovakve indukcije napona kada se porođaj odvija u kući ili porođajnom centru, ali ukoliko planirate porođaj van bolnice, predlažem vam da eksplicitno ispitate vašu poten-

cijalnu babicu kakav ima odnos prema indukciji. Moj savet vam je da izbegavate da angažujete nekoga ko se time površno bavi u okviru medicinskog modela koristeći oksitocin (Pitocin) ili prostaglandine (Citotek) za indukciju napona.

Nova tehnika zašivanja materice nakon carskog reza

Još jedan trend u poslednjoj deceniji, nije farmaceutski lek, već hirurška metoda. Nova hirurška tehnika ušivanja materice nakon carskog reza, je ušla u modu u SAD. Ponekad nazvana "metod Misgav-Ladaka," ova tehnika podrazumeva ušivanje reza na materici jednostrukim šavom, umesto tradicionalna dva šava. Za većinu akušera u zemljama industrijalizovanog sveta, na engleskom govornom području, metod ušivanja sa 2 šava je bio standardan zahvat zadnjih 75 godina. Većina statističkih podataka o materičnim rezovima i pukotinama, i određenim posteljičnim abnormalnostima (koje se češće pojavljuju nakon prethodnog carskog reza) se zasnivaju na tradicionalnom načinu zašivanja materice.

Na godišnjoj konferenciji Nacionalne asocijacije porođajnih centara 1999. godine, Dr Kurt Beniršk, renomirani patolog i autor mnogih knjiga, upozorio je da je zašivanje jednim šavom (kao i promena materijala kojim se vrši zašivanje - umesto hirurškog konca od svile, koristi se konac koji se dobija iz creva životinja) verovatno uzrok dramatičnog povećanja problema sa posteljicom, opasnih po život, koje je proučavao prethodnih godina. On je naznačio da je našao na 10 slučajeva posteljične perkrete (obiljne komplikacije vezane za posteljicu) godišnje, za tri uatzapone godine u bolnici u San Dijegu - što je velika učestalost pojave za nešto što je prethodno bilo poznato kao retka komplikacija, 1 slučaj u 12.500 porođaja.²⁴ Pre nego što se preselio u San Dijego, gde se preferiralo ušivanje jednim šavom, nikada ranije nije naišao na ovakvu komplikaciju. Žene sa ovom komplikacijom su u opasnosti da iskrvare na smrt, jer posteljica raste preko materičnog ožiljka i kroz nezaštićeno materično vezivno

tkivo (bez regeneracije mišićnog sloja), ponekad i u druge organe kao što je bešika. (U normalnim slučajevima, posteljica se ugradi u postavu unutar materice, ali nikad u materični mišić ili vezivno tkivo.)

Dr Beniršk nije jedini profesionalac koji je primetio povećanje učestalosti pojavljivanja posteljične perkrete u SAD. Dr Rebeka Bergen, patolog iz Nju Jorka, mi je rekla da je sretala jedan slučaj ovog poremećaja mesečno, u bolnici u kojoj je radila. Izgleda da su postojali i drugi mogući problemi usled jednoslojnog (jednim šavom) zašivanja. Istraživanje u Montrealu nad 2.142 žene, gde se novi metod ušivanja upoređivao sa starim, je pokazalo da postoji 4 puta veći rizik od pucanja materice kada se primenjuje jednoslojno zašivanje.²⁵ Autori studije su zaključili: "Razmatrajući široko rasprostranjeni metod jednoslojnog ušivanja i njegov očigledan uticaj na kasnije pucanje materice, jako je hitno i neophodno za druge, da istraže ovu povezanost. Upoređujući kratkoročne komplikcije kod primene jednoslojnog i dvoslojnog ušivanja, hirurzi bi trebalo da razmotre primenu dvoslojnog ušivanja kod žena koje mogu da iskuse sledeći nalet napona." Objavljivanje ovog istraživanja u svom najpreliminarnijem obliku je bilo dovoljno predsedniku *Majčinsko Fetalne Medicine*, u Jeil Nju Heven bolničkom centru, da objavi da metod jednoslojnog ušivanja materice treba da se napusti dok se ne pojavi dovoljno ubedljivih dokaza o njegovoj bezbednosti. Akušeri su me obavestili o 4 smrtna slučaja majki, koja se mogu direktno pripisati jednoslojnom ušivanju. U tri slučaja, smrt je nastupila tokom sledeće trudnoće; u jednom slučaju došlo je do krvarenja na mestu reza, nakon operacije.

Tokom nedavne internet diskusije među akušerima, ginekolozima i uopšte hirurzima koji su u oblasti ginekologije iz raznih delova sveta, američki akušer je primetio da je jedna mala ruralna bolnica odjednom počela da šalje velikoj bolnici (u kojoj je on radio) problematične slučajeve krvarenja i neuspešnog lečenja. Ovi slučajevi su bili misteriozni za njega i njegove kolege

u većoj bolnici, sve dok ih ruralna bolnica nije obavestila o primeni jednoslojnog ušivanja. Kada su u ruralnoj bolnici počeli ponovo da primenjuju dvoslojno ušivanje više nije bilo problema sa krvarenjem i zalećivanjem rane.

Svesna svega ovoga, počela sam da zapitkujem moje prijatelje doktore o novom metodu ušivanja i saznala sam da o njemu uče u mnogim američkim medicinskim školama, sa prednošću u odnosu na tradicionalan metod. Mnogi akušeri nemaju mnogo iskustva da ušivaju matericu u slojevima, i novčano situirana *Organizacija za održanje zdravlja* (HMO) često preferira hirurge koji ušivaju za 5 minuta, pre nego one kojima je potrebno 10 ili više minuta. Zašivanje materice u slojevima traje mnogo duže.

Jedna stvar je potpuno jasna. Razlozi nemaju ništa sa čvrstim dokazima, pošto nijedna studija nije sprovedena kako bi se ispitala bezbednost jednoslojnog ušivanja. *Kokran baza sistematičnih pregleda* 2000. godine je pronašla samo 2 studije koje zadovoljavaju njihov kriterijum za procenu hirurških procedura i lekovka, i ove studije su obuhvatile samo 382 žene koje su imale jednoslojno ušivanje materice. Obe studije su otkrile da novi metod štedi 4-5 minuta po operaciji, ali nijedna studija nije bila dovoljno velika da ispita njegovu bezbednost, pogotovo po tako važnom pitanju kao što je smrt majki.²⁶

U isto vreme kada su istraživači u medicinskim školama ignorisali trend usmeren ka jednoslojnem ušivanju, dve naveliko čitane publikacije, *Savremeno akušerstvo i ginekologija* i *OBG menadžment* diskutovali su o novom metodu žustrim terminima. Jedan se koncentrisao na metod, dok je drugi tvrdio da jednoslojno ušivanje sprečava gubitak krvi, pospešuje bolje zarastanje i manje je bolno.^{27,28} Ne uspevajući da prouči ishode sledećih trudnoća, svaki članak je potpuno ignorisao mogućnost da se ženi nanese šteta.

Poznajem dosta dobrih doktora koji su ušivali matericu jednim slojem konca. Većina njih je dosta zauzeto i imaju malo vremena da provedu u medicinskim bibliotekama pažljivo proučavajući

članke. Većinu njih nisu učili da razlikuju dobar marketing od nauke, pošto čitanje sa kritičkim osvrtom nije nešto što se uči u medicinskim školama. Koliko je verovatno da se u ovim medicinskim školama podstiče i ohrabruje kritički način čitanja, kada su učenici ovih škola pod pritiskom da ušivaju matericu na eksperimentalan način, bez znanja žene i njenog pristanka?

Praktično govoreći, nije teško pogoditi zašto je nova tehnika primene carskog reza tako brzo ušla u modu u SAD tokom deve-desetih. Političke odluke često više zavise od ekonomskih faktora, nego od toga šta je najbolje za javno zdravlje. Većina od nekoliko studija je pažljivo proučavala svaki ishod jednoslojnog ušivanja i složili su se da je potrebno manje konca za ušivanje, vreme koje se provodi u operacionoj sali je značajno smanjeno, i ponekad žene ostanu dosta kraće u bolnici nakon primene jednoslojnog zašivanja. Svi ovi faktori ukazuju na to da se štedi novac HMO (Organizacije za održavanje zdravlja) i bolnicama, ako ne i na veću bezbednost žena nad kojima se primenjuje carski rez.

Moja preporuka trudnicama, bar onima u SAD, je da ukoliko vam je neophodan carski rez, tražite da vam ušiju matericu sa dva sloja konca. Ukoliko ste već imali carski rez i ponovo ste trudni, uverite se da vaša posteljica ne leži na oziljku od pret-hodnog carskog reza, pre nego što pokušate vaginalni porođaj nakon carskog reza.

Dobre vesti su da grupa britanskih istraživača, sa odeljenja Nacionalne perinatalne epidemiologije na Oksfordu koordinira tehnikama multicentričnog pokušaja carskog reza, koje pokušavaju da se bave ovim nedovoljno ispitanim problemom.

Carski rez po izboru: Neispričana priča

Izbor načina porođanja dr Brende Sylvester (pseudonim) sa svojom drugom bebom, je bio isti kao i sa njenom prvom bebom. Čak iako se pripremala za vaginalni porođaj, uzimajući časove Lamaze (priprema majki za porođaj koja povećava njihovo sa-

mopouzdanje i sposobnost da se zdravo i bezbedno vaginalno porode), njena prethodna beba se okrenula karlično u sedmom mesecu i svi pokušaji da se porodi vaginalno su propali. Svakako nije postojao nijedan akušer u bolnicama u gradskoj oblasti koji bi prisustvovao bilo kom vaginalnom porođaju, ukoliko je beba postavljena karlično, a kamoli njen kolega doktor koji ju je porodio prvi put, tako da je dr Brenda bila planirana za neizbežan carski rez. Prošla je kroz ovo iskustvo zadovoljna što je donela najbolju odluku za svoju bebu. Operacija nije bila najpriyatnija, ali ona to nije ni očekivala.

Dve i po godine kasnije sa pozitivnim testom na trudnoću u ruci, već je znala da će se opet poroditi carskim rezom. Shvatila je da je vaginalni porođaj nakon carskog reza moguć u praksi u kojoj su zaposlene babice, ali nije htela da rizikuje. Verovala je da je carski rez bezbedniji. U ranim tridesetim godinama bila je zdrava i nije doživela nikakve komplikacije u trudnoći. Operisao ju je jedan od poštovanijih doktora sa ogromnim iskustvom. Nakon rođenja zdravog dečaka, specijalizanti (doktori koji su još na obuci) bili su zaduženi za njenu postoperativnu negu. Ako dođe do bilo kakve komplikacije, njihovo zaduženje je bilo da obaveste prisutnog doktora.

Dan nakon operacije, sestre koje su vodile brigu o dr Silvester na spratu za postporođajnu negu, su bile zabrinute jer nisu mogle da čuju zvuk rada creva. Pored toga se više puta nego što bi trebalo žalila na bol u abdominalnom delu i temperatura joj je bila blago povišena. Nekoliko puta su sestre pokušavale da upozore specijalizante, ali su im specijalizanti rekli da ne brinu, da su oni čuli zvuke creva i da su kontaktirali glavnog doktora. Tri dana kasnije test krvi je pokazao neznatno povećanje broja belih krvnih zrnaca i urađeno je još testova. U roku od 24 sata upala je u septički šok i priključena je na aparate za održavanje života. Tri dana kasnije umrla je od ogromne infekcije koju je izazvao rez na debelom crevu tokom operacije, koja nije bila adekvatno tretirana od strane doktora i specijalizanata koji su brinuli o njoj.

Sve sestre sa sprata su bile ljute jer su znale da bi se u ovom slučaju mogla izbeći smrt, da su se slušala njihova upozorenja. Ono što ih je činilo još tužnijim je to što je familija dr Sylvester ostala nesvesna toga da su sestre bezuspešno pokušavale da upozore nadležnog doktora o njenom stanju, u periodu kada je još uvek moglo nešto da se uradi kako bi joj se spasao život. Ni jedna od njih nije sebi smela da dozvoli da progovori o ovome, pa su čutale i zadržale svoja radna mesta.

Većina Amerikanaca nije svesno da žene uopšte umiru usled operacija carskog reza, posebno ukoliko su te operacije planirane, a ređe ako su hitne. Jako retko se tragični slučajevi, kao gore navedeni, puštaju u vesti i medije. Većina smrtnih slučajeva majki se drži u tajnosti od opšteg auditorijuma. Nekoliko ljudi je imalo prilike da sazna da se većina smrtnih slučajeva majki dešava u bolnicama, ili da nepotrebna operacija može u stvari da izazove smrt. 21. vek je počeo otkrićem Medicinskog instituta Nacionalne naučne akademije, da oko 100.000 ljudi svake godine umre u SAD usled neadekvatne medicinske nege. Neke od njih (čak i previše) su trudnice.

Žene ne mogu da donesu ispravne odluke kada im neke od najvažnijih informacija nisu dostupne. Koliko žena, na primer, zna da carski rez (uključujući i onaj planirani) povlači za sobom sledeće rizike po ženu?

- Povećava potrebe za transfuzijom krvi usled hemoragije (obilnog krvarenja)
- Primena histerektomije (odstranjanje materice) usled nekontrolisane hemoragije
 - Slučajnog oštećenja, sečenja creva, koje vodi do peritonitisa (upale membrane koja oblaže abdominalnu šupljinu i unutrašnje organe), moguće kolostomije (izbacivanja veštačkog izlaza iz creva na stomak) ili smrti
 - Slučajno presecanje materične arterije
 - Hirurška trauma za uretru i bešiku

- Povećanje rizika posleporođajne infekcije, pucanje ožiljka, bolovi usled ožiljka, ukočenost
- Dugotrajni ozbiljni bolovi u kičmi, praćeni epiduralnom blokadom
 - Povećanje plućne embolije
 - Nesrečni slučajevi izazvani anestezijom, što uključuje paralizu i smrt

Kada se carski rez izabere kao opcija, bez neophodne hitnosti, šanse da žena umre od posledica ove procedure su skoro 3 puta veće nego u slučaju nehirurškog porođaja.²⁸

Carski rez povlači za sobom i rizike po bebu. Ako je carski rez hitno neophodan, rizici za bebu usled carskog reza nadjačani su rizicima po bebu koji mogu nastati usled neprimenjivanja carskog reza. Ali ukoliko carski rez nije medicinski neophodan i beba nije u opasnosti, rizici po bebu od carskog reza znače da je beba dovedena u nepotrebnu opasnost.

Opasnosti po bebu u ovim slučajevima uključuju:

- Slučajna fetalna posekotina (posekotina bebe) koja se događa u oko 2% svih carskih rezova; u slučaju da je beba karlično postavljena, učestalost pojave raste na 6%.²⁹

- Respiratori poremećaji, glavni uzrok smrtnosti novorođenčeta; dosta se redukuje ako se ženi dozvoli da uđe u period napona pre carskog reza. Većina žena koje izaberu carski rez uopšte ne ulaze u period napona, pošto planiranje operacije ima mnogo veći prioritet za njih i njihove akušere.^{30,31}

- Slučajno prevremeno rođenje jer je carski rez primenjen previše rano. Čak i ponovljeni ultrazvučni pregledi ne isključuju ovu mogućnost.

Rizici od carskog reza za ženu nisu samo ograničeni na trenutnu trudnoću već se protežu i na buduće trudnoće, zbog postojanja ožiljaka (usled sečenja) na materici. Ovi rizici obuhvataju:

- Smanjenu plodnost

- Abdominalne priraslice (trenja) koje vode do poremećaja creva. Ovaj rizik postoji bez obzira na buduću trudnoću i može biti fatalan. Pogledajte sajt www.nancylim.org.³² Znam dve žene koje su patile od poremećaja creva opasnih po život 25 godina nakon carskog reza. Jedna moja dobra prijateljica je umrla od ovakvih komplikacija.

- Povećanje učestalosti vanmaterične trudnoće
- Povećanje učestalosti pojave posteljične prevje (kada posteljica prekrije otvor grlića materice)
- Povećanje učestalosti pojave posteljične akrete (kada se posteljica pričvrsti suviše duboko u zid materice, da bi se posle normalno mogla odvojiti; rezultat je obilno i često fatalno krvarenje).
- Povećanje učestalosti pojave posteljične abrupcije (posteljica se prerano odvaja od zida materice, prekidajući jedini dovod kiseonika za bebu)
- Povećanje učestalosti pucanja materice

Veliki Holandski akušer i profesor G. J. Klusterman, objavio je zapažanje: "Ni na koji način ne možemo promeniti na bolje normalnu trudnoću i napone kod zdrave žene; možemo je samo promeniti, ali ne na bolje."³³ Ova izjava je i dalje tačna uprkos sve većeg mešanja od strane akušera koje se i dalje nastavlja.

Carski rezovi i mnogo ređe hemijske indukcije naponu su ponekad neophodne zarad bezbednosti majke ili bebe. U isto vreme moramo prepoznati to da carski rez značajno povećava rizik smrti žene. Ovaj rizik može biti i veći ukoliko nove hirurške tehnike počnu da se primenjuju pre nego što se detaljno ispita njihova bezbednost.

Molim vas razumite, da moja želja nije da vas uplašim, već da vas informišem. U ovom poglavlju, stalno su mi bile na umu reči velikog broja žena koje su mi govorile: "Volela bih da sam ovo znala dok sam još bila trudna."

U proteklih 30 godina posmatrala sam talase medicinske mode oprane preko institucije modernog porođaja. Ali nažalost,

jedna stvar nije promenjena: pritisak da bi se otkrio univerzalni lek protiv bolova i nelagodnosti, tera doktore i babice da eksperimentišu, ili bar da ubede žene da je takav univerzalan lek danas dostupan, i na žalost, žene su poslednje koje saznaju.

Reference

1. Maternal mortality—United States, 1982-1996. The Morbidity and Mortality Weekly Report, 1998;47:34, 705-7.
2. Bouvier-Colle, M. H., Varnoux, N., Costes, P., and Hatton, F. Reasons for the underreporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. International Journal of Epidemiology, 2001; 20: 717-21.
3. Maternal mortality rate grossly underestimated. Ob/Gyn News, January 11, 2000.
4. Atrash, H. K., Alexander, S., and Berg, C. J. Maternal mortality in developed countries: Not just a concern of the past. Obstetrics & Gynecology, 1995;86:700-5.
5. Strategies to Reduce Pregnancy-Related Deaths: From Identification and Review to Action, Centers for Disease Control and Prevention, 2001.
6. Why Mothers Die 1997-1999: The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 2001.
7. Hall, M. H., and Bewley, S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet, 1999; 354:776.
8. Pregnancy-related deaths: Moving in the wrong direction. OBG Management, January 1998.
9. Maternal mortality: No improvement since 1982. ACOG Today, August 1999.
10. Maternal mortality: An unsolved problem. Contemporary Ob/Gyn, September 1999.
11. McCarthy, B. U.S. maternal death rates are on the rise. Lancet, 1996; 348:394.
12. www.rememberthemothers.org

13. Stewart, A., Webb, J., Giles, D., and Jewitt, D. Malignant disease in childhood and diagnostic irradiation in utero. *Lancet*, 1956; 2:447-9.
14. Katz Rothman, B. *Encyclopedia of Childbearing: Critical Perspectives*. Phoenix, AZ: The Oryx Press, 1993.
15. Wing, D., and Paul, R. H. A comparison of differing dosing regimens of vaginally administered misoprostol for preinduction cervical ripening and labor induction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996; 175:158-64.
16. Plaut, M. M., Schwartz, M. L., and Lubarsky, S. L. Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999; 180:1535-42.
17. Blanchette, H. A., Nayak, S., and Erasmus, S. Comparisons of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol (prostaglandin E1) with those of dinoprostone (prostaglandin E2) for cervical ripening and induction of labor in a community hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999; 180:1551.
18. Induction of labor with misoprostol. ACOG Committee Opinion, November 1999.
19. Isaacs, D. Code Blue Birth. *The Chicago Reader*, May 15, 1998. Available at www.inamay.com.
20. Maternal Mortality and Morbidity Review in Massachusetts: A Bulletin for Health Care Professionals, Number 1, May 2000.
21. Berg, C. J., Atrash, H. K., Koonin, L. M., and Tucker, L. Pregnancy-related mortality in the United States, 1987-1990. *Obstetrics & Gynecology*, 1996; 88:161-7.
22. Why Mothers Die 1997-1999: The Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, 2001.
23. Cunningham, F. G., Gant, N. F., et al. *Williams Obstetrics*, 21st ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2001.
24. Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., and Simpson, J. L. *Obstetrics: Normal & Problem Pregnancies*, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1991.
25. Bujold, E., Bujold, C, Hamilton, E. F, and Gauthier, R. J. The impact of a single-layer or doublelayer closure on uterine rupture. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002; 186:1326-30.

26. The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Library, 2000.
27. Bivins, J. A., Jr., and Gallup, D. G. C/S closure techniques: Which work best? *OBG Management*, April 2000, 98-108.
28. Chez, R. A., and Stark, M. The Misgav Ladach method of cesarean section. *Contemporary Ob/Gyn*, June 1998, 81-88.
29. Smith, J., Hernandez, C, and Wax, J. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 1997; 90:344-6.
30. Hall, M. and Bewley, S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet*, 1999; 354:776.
31. Lomas, J. and Enkin, M. Variations in operative delivery rates. In *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, eds. Chalmers, I., Enkin, M., and Keirse, M. Oxford University Press, 1989.
32. Cohen, M., and Carson, B. S. Respiratory morbidity benefit of awaiting onset of labour after elective caesarean section. *Obstetrics & Gynecology*, 1985; 65:818-824. 32. See a website dedicated to the memory of one such woman: www.nancylim.org.
33. Kloosterman, G. J. Lecture to the Second Annual Conference of the Midwives' Alliance of North America, Toronto, Ontario, Canada, May 1984.

Vaginalni porođaj nakon carskog reza (VBAC)

Postupci i politika koji primoravaju pacijente da se podvrgnu sprovođenju spontanih napona (najčešće u umerenom slučaju cefalopelvične disproportcije) ili ponovnom carskom rezu, remeti autonomiju pacijenta i proces informativnog pristanka.

-ACOG Praktični obrasci, Avgust 1995.godine

Već generacijama, više od polovine žena u SAD se porodi uz pomoć carskog reza. Sa tako visokom stopom hirurških porođaja, na desetine hiljada žena postavlja pitanje kako se poroditi nakon prethodnog carskog reza. Ako ste jedna od njih, verovatno ste primetili da postoje dosta zbumujuće i kontradiktorne informacije koje kruže o vaginalnom porođaju nakon carskog reza (VBAC).

Medicinski dokaz o VBAC je zapravo jasniji od mnogih medicinskih i medijskih tumačenja. Carski rez je isto toliko rizičan za majku koliko i druge velike hirurške intervencije u abdominalnom delu, znatno rizičniji nego vaginalni porođaj. Sa ponovljenim carskim rezom, tri puta su veće šanse da dođe do smrtnog ishoda i oko 5-10 puta je veći rizik od komplikacija, kao što su infekcije, opasan gubitak krvi, transfuzija, komplikacije od anesteziјe, povrede bešike, creva ili uretre, budući crevni poremećaji, histerektomija, vanmaterične trudnoće, gubitak plodnosti i opasne posteljične komplikacije. Što majka ima više carskih rezova, to su rizici po nju veći. Većina gore navedenih komplikacija zahteva sedmice oporavka, nelagodnost, emocionalne traume i dodatne troškove. Prema Marsdenu Vagneru, neonatologu i perinatalnom istraživaču koji je 15 godina radio za Svetsku zdrav-

stvenu organizaciju, ako žena izgubi opciju za VBAC, možemo očekivati da se desi 12 smrtnih slučajeva majki svake godine u SAD zbog nepotrebnog carskog reza, a da ne pominjemo hiljade slučajeva povreda i bolesti.

VBAC je sa druge strane bezbedan kada se eliminišu ostali rizični faktori, kao što je indukcija Citotekom ili druga prosta-glandinska indukcija. Rizik od pucanja materice kod žena sa prethodnim poprečnim rezom na nižem delu materice (najbezbednijem mestu na materici za zasecanje) je uvek bio i ostao oko 0,5%.

Promene u VBAC politici

Tokom skoro čitavog 20. veka, doktori Severne Amerike su automatski zakazivali ponovni carski rez ženama koje su imale prethodni carski rez, jer su se plašili da ožiljak na ženinoj materici može da pukne tokom napona. (Evropski lekari su najčešćim delom dugo shvatali da je VBAC bezbedan za većinu žena.) Većina američkih doktora je prepostavljala da su ove žene imale svoj prvi carski rez zbog nekog fizičkog defekta, koji verovatno i dalje postoji u sledećoj trudnoći. Ispostavilo se da nijedna od ovih prepostavki nije tačna.

70-tih godina, tokom godina kada je severno-američki pokret kućnog porađanja bio na vrhuncu, još jedna kampanja je brzo preplavila naciju. Dok je većina žena koja je prethodno imala carski rez slušala savete svojih lekara da ponovo prihvate carski rez, nekoliko skeptičnih i samopouzdanih žena se raspravljalo sa svojim doktorima i uspele da ih ubede da im pomognu da se porode vaginalno. Kada su uspele da se porode vaginalno, napisale su knjige i osnovale organizacije koje su izazvale dugo postojeće akušerske prepostavke u vezi sa VBAC, pucanjem materice i ženskim mogućnostima. Ranih 80-tih godina, jedna od knjiga Nensi Veiner Koen (Nancy Weiner Kohen), *Tiki nož* (Silent Knife), pojavila se na čitavoj naslovnoj strani magazina Vol Strit Džurnal, koji ju je nazvao „Biblijia za sprečavanje carskog reza.“

Kada su mnoge žene počele da prate ovu smernicu i kada su mnogi doktori postali vatreni zastupnici VBAC, statistika Severne Amerike o VBAC, počela je da se pojavljuje po prvi put. Rezultati su bili ohrabrujući i razuveravajući. Kada su žene koje su probale VBAC upoređene sa ženama kod kojih je ponovljen carski rez, istraživači su otkrili da:

- Pokušaji VBAC su bezbedniji za majke (sa poprečnim rezom na donjem delu materice) i bezbedni za bebe koliko i ponovljeni carski rez.
- Blizu 80% žena koje su pokušale VBAC, bile su u mogućnosti da se porode vaginalno.

Do 1998. godine, kada je nacionalna stopa primene carskog reza u SAD dostigla 25%, ACOG je podigao svoj glas pozivajući žene da izaberu vaginalni porođaj u većini trudnoća koje dolaze nakon carskog reza. Stopa VBAC se značajno povećala između 1970. godine, kada je samo 2% žena pokušalo VBAC, i 1996. godine, kada se 28% žena sa prethodnim carskim rezom porodilo vaginalno. (Od 1996. godine, stopa VBAC je naglo opala iz razloga koje će objasniti ispod.) Do 1995. godine, stopa primene carskog reza je opala na 21%, uglavnom zbog povećanja broja VBAC.¹

ACOG je objavljivao biltene o VBAC od kasnih 80-ih godina. U toku 1995. godine, ACOG-ov bilten o VBAC-u je preporučivao ograničenje ponavljanja carskih rezova na one koji su medicinski neophodni. Akušeri bi trebalo da savetuju i ohrabruju žene da se porode vaginalno, kaže se, pošto bi ovo dovelo do kraćeg boravka u bolnici, smanjenja transfuzija, smanjenja post-porođajnih groznica i uštede od preko 4.000 dolara po porođaju.² Ne samo da bi ovo bilo dobro za majke, kaže ACOG, već ne bi dovodilo do većih rizika ni po bebe. ACOG takođe preporučuje da žene koje su imale 2 ili više carskih rezova bez kontraindikacija, koje žele VBAC, ne bi trebalo da budu obeshrabrivane u pokušaju da se porode vaginalno, i da žene sa velikim bebama ne bi trebalo da se automatski sprečavaju da se vaginalno porode, i da VBAC ne bi trebalo da se samo ograniči na velike bolnice. Sve

ove gornje preporuke su podržane objavljenim dokazima, citiranim u referencama biltena.

Uprkos preporukama ACOG-a iz 1995. i dokazima koje ih podupiru, neki lekari nastavljaju da preferiraju pogodnosti planiranih carskih rezova i manjeg medicinsko-pravnog rizika sa kojim se suočavaju održavajući status kvo. Uzorak akušerskih odgovora na pitanje: „Da li bi trebalo da ponovo razmislimo o kriterijumu za VBAC?“ objavljen u poznatom i čitanom časopisu za akušere, obuhvatao je sledeće:

- „Medicinsko-pravni rizik = tužba koja košta nekoliko miliona dolara: samo jedna tužba uništava vaš život i budućnost vaše porodice.“ (Primetite da fokus brige ovih doktora nisu žene koje se porađaju već njihova lična, i dobrobit njihovih familija.)

- „Rizici po majku i novorođenče sa VBAC su daleko veći nego što je bilo prijavljeno. Carski rez koji obavljaju kompetentni hirurzi akušeri, je samo jedan od načina da se beba rodi.“

- „Direktno sam posmatrao komplikacije koje su obuhvatale pucanje materice i bešike, u slučaju upotrebe epidurala, oksitocina i prostaglandina!“

- „Prvenstveno carski rez, a ne VBAC, dovodi žene pod rizik... Zašto se prvobitni carski rezovi izvode između 10 i 18 časova?“ (Ovaj odgovor akušera, koji očigledno misli na previše carskih rezova, ukazuje da je u pitanju faktor udobnosti.)³

Davne 1985. godine, *Medicinski časopis Nove Engleske* objavio je mišljenje koje su pisala dva mlada akušera, predlažući da bi sve žene trebalo da se porode carskim rezom. Pošto tada nije bilo dokaza (a nema ni sada) koji bi podržali njihove absurdne i sramne predloge, doktori su temeljili svoje argumente na svojim doduše „veoma grubim hipotetičkim procenama i vijugavom načinu razmišljanja.“ Jedan od odlomaka, najvrednijih pažnje je bio kolosalni *Šta ako*: „Mi verovatno ne bismo menjali naše procedure (sečenje svake žene) ako bi cena da sačuvamo bebin život bila smrt majke. Ali *šta ako* se dovede u pitanje spasavanje dve bebe po ceni gubitka jedne majke, ili 5, ili 10 ili (kako naše kalku-

laciјe grubo predlažu) ili 36, ili 360?“⁴ Ako vam izgleda da su ovi doktori vadili brojeve iz šešira, kao što mađioničar vadi zeca, blizu ste. Prema akušeru Brucu Flamu, koji je 2 decenije obimno pisao o VBAC, on i nekoliko njegovih kolega su prvo bili ubedjeni da je članak u NEJM (*Medicinski časopis Nove Engleske*) satiričan.⁵ Na žalost, nije bio. U leto 2000. godine, dvojica pomenutih autora ponovo su se pojavila sa idejom da bi žene trebalo da izaberu carski rez za dobro svojih beba, ovog puta sa ciljem porađanja žena koje čitaju, od svih mogućih izbora - *Self časopis*.

Tokom 1998. godine, ACOG je iznenada promenio svoju politiku prema VBAC, objavljajući novi, potpuno drugačiji bilten na ovu temu.⁶ Ipak, još jedna verzija ovog dokumenta je objavljena 1999. godine.⁷ Najnoviji bilten ACOG-a odustaje od preporuke iz 1995. godine da „ponovljeni carski rezovi ne bi trebalo da se rade rutinski, već retko u specifičnim slučajevima“ i strogo preporučuje da doktor sposoban da obavi hitan carski rez treba da bude „momentalno dostupan“ dok su žene pod naponima pokušavajući VBAC. Iste smernice navode da oprema za anesteziju u slučaju hitnog carskog reza treba da bude dostupna u svim bolnicama u kojima je ženama dozvoljen VBAC.⁸ Poređenja radi, samo nekoliko bolnica u Americi je u mogućnosti da pruži neprekidnu hitnu službu u meri koja je navedena u ovim dokumentima, tako da je rastući broj trudnica koje žele VBAC prijavilo svoje negovatelje da su im zakazali ponovne carske rezove od kako je publikovan bilten ACOG-a iz 1998. i 1999. godine. U mnogim delovima zemlje, žene koje odaberu da se porode u bolnici, nemaju više mogućnost za VBAC.

Novi bilteni ACOG-a izjavljuju da je kontraverzno dozvoliti VBAC ženama sa karlično postavljenim bebama, u slučaju bližanaca ili većeg broja beba, zakasnele trudnoće (pod ovim doktori podrazumevaju i jedan dan nakon procenjenog datuma za porođaj, umesto pređašnje 42 sedmice) gde se очekuje da bebe budu veće nego što je uobičajeno. Sve ove gore navedene preporuke da se ženama zabrani VBAC nisu zasnovane ni na kakvim

dokazima. Pošto se ACOG-ov bilten iz 1995. godine čitao kao naučni članak sa ciljem da ubedi, bilteni iz 1998. i 1999. godine su bili puni neosnovanih tvrdnji i teških zapleta. Na primer, „Izveštaji ukazuju da su komplikacije u vezi sa majkom i bebom takođe povezane sa neuspelim pokušajem spontanog porađanja. Povećavajući se sve više, ovi štetni slučajevi tokom pokušaja spontanih napona i porođaja su dovodili do tužbi zbog zloupotrebe službenog položaja.“

Nisu obezbeđene nikakve reference u vezi sa tvrdnjama o materinskim i dečijim komplikacijama, jer ih ni jedno istraživanje ne podržava. Izjava o tužbama za zloupotrebu službenog položaja je citirana tri puta. Slučajno, strah ACOG-a od sudske parnice (nikad pomenut u biltenu iz 1995. godine) je postao očigledan u preporukama da bi akušeri trebalo da „posavetuju pacijente u vezi sa koristima i rizicima VBAC-a“, bez predlaganja slične potrebe za savetovanjem u vezi carskog reza.

Preporuka ACOG-a iz 1999. godine, da bi VBAC trebalo da se odvija samo u bolnicama opremljenim za hitne slučajeve, sa doktorima koji su momentalno dostupni, poseduje samo mali dokaz koji je podržava. Ne postoji nijedno istraživanje koje pokazuje povećanje stope smrtnosti majke ili bebe, koje se povezuje sa karakteristikama bolnice ili dostupnošću doktora, zbog čega je moguće da je poslednji bilten ACOG-a o VBAC-u slabo citiran.

Svaka žena koja se porodila u bolnicama u SAD od 1990. godine, verovatno zna da su doktori „momentalno dostupni tokom aktivnog perioda napona i porađanja.“ Obično su oni na drugom kraju grada u svojim kancelarijama, pošto su SAD i Kanada jedine zemlje koje zapošljavaju hirurge akušere ginekologe da obezbede prenatalnu negu zdravim trudnicama. Najbolji dokaz ukazuje na to da bi babice trebalo da rade ovaj posao i u zemljama sa najnižom stopom smrtnosti majki i beba, gde babice prisustvuju porođajima i obezbeđuju prenatalnu negu za 80% porodilja.

Tužno je, ali najnovije preporuke ACOG-a efektno zatvaraju vrata VBAC-a većini žena. Za njih bi moglo ponovo biti kao 1970.

godine, kada su američki doktori priznali da bi žene koje se suočavaju sa ponovnim carskim rezom trebalo da imaju ponuđen izbor. Najmanje jedna bolnica u Kaliforniji zahteva od žena da potpišu dokument o informativnoj saglasnosti, pre nego što im se omogući da se porađaju vaginalno.⁹ Neki doktori smatraju da će zahtevanje takvog dokumenta o pristanku odvesti mnoge žene da izaberu carski rez, pošto se strašna fraza pucanje materice, ne pojavljuje u dokumentu za pristanak na carski rez, a neprijatne činjenice o povećanoj smrtnosti majki, povredama i bolestima mogu biti zataškane i prikrivene veštim odabirom reči.¹⁰

Umesto da tumači poslednja medicinska istraživanja za ono što mu je potrebno, ACOG je od VBAC napravio žrtvenog jarca zbog prijavljenog povećanja broja materičnih ruptura (pukotina). Okrivljavanje VBAC omogućava ACOG-u da ne mora da prizna da je uzrok povećanja broja materičnih ruptura, politika agresivne indukcija napona, koja je duplirala stopu primene indukcije tokom samo jedne decenije, ali ne i uporedno nisku stopu VBAC. U međuvremenu, mi u SAD ulazimo u novu eru prinudnog ponovljenog carskog reza za žene.

Medijski isforsirana akušerska politika

Pošto postoji jako malo medicinskih dokaza za ACOG-ovo nedavno ispravljanje preporuka u vezi VBAC, nije teško zaključiti da su radikalne promene u dokumentu isforsirane od strane drugih faktora. Kao što sam gore objasnila, jedan od većih faktora je strah od tužbe za zloupotrebu službenog položaja. Način na koji masovni mediji tumače medicinska istraživanja (i mešaju mišljenja sa istraživanjem) je drugi faktor. Akušer Bruce Flam se slaže da ACOG-ovo odbacivanje podrške za VBAC potiče od nekoliko anti-VBAC razmišljanja objavljenih u NEJM-u, a ne od istraživačkih studija.^{11,12}

Jedan od najuticajnijih tekstova, koji je privlačio konstantnu medijsku pažnju, pojavio se 1999. godine. Napisan od strane 3 doktora iz Boston-a, naveo je *Ministarstvo zdravlja i ljudskih us-*

luga (DHHS) da zada sebi dostizanje cilja smanjenja nacionalne stope carskog reza sa 21% na 15%. (Svetska zdravstvena organizacija je konstatovala da stopa ne bi trebalo da pređe 10-15%). Prvi pasus, koji osuđuje, glasi: „Prednosti bezbednog vaginalnog porođaja u odnosu na porođaj carskim rezom su jasne: vaginalni porođaj se povezuje sa niskom učestalošću poremećaja kod majke i bebe, i manje košta.“ Autori su mogli da izostave reč *bezbednog* iz prve rečenice, jer obilje dokaza nam govori da bi rečenica i dalje imala istinsko značenje. Sledeća rečenica je prvi buntovnik: „Mi smo tvrdili da ove prednosti važe samo u slučaju bezbednog vaginalnog porođaja i da smanjenje stope carskog reza može dovesti do većih troškova i više komplikacija po majke i bebe.“

Autori dalje nastavljaju na 4 stranice da ukazuju na utrostrukčavanje broja materičnih ruptura u Masačusecu, između 1985. i 1995. godine, ne razmišljajući da su možda nedavne promene u praksi više odgovorne za ovaj slučaj, pre nego neke prethodne neotkrivene slabosti koje su se odjednom pojavile u telima žena iz Mašacuseca. Molim vas primetite dokaz o kome sam diskutovala u poglavlju 11, a koji je mogao izazvati iznenadan porast broja materičnih ruptura, zabeleženih u Masačusecu i drugim državama pomenutim u pomenutom tekstu (Pensilvanija, Nju Jork i Florida). Većina povećanja broja ruptura se pojavilo tokom perioda kada su akušeri sve više napona indukovali oksitocinom, Citotekom i drugim prostaglandinima i kada su mnogi od njih praktikovali jednoslojno zašivanje (povezano sa 4 puta većom stopom ruptura tokom VBAC, kao tradicionalnog metoda). Nigde u tekstu autori ne spominju nedvosmisleni dokaz koji ukazuje na povećan rizik od smrти majke, povrede i bolesti kod primene carskog reza u odnosu na vaginalni porođaj ili na ukupan broj neprijavljenih smrtnih slučajeva. Umesto toga, optužili su DHHS za promovisanje cilja „koji može imati štetne posledice po zdravlje majki i beba.“

Nije ni čudo što postoji toliko konfuzije u vezi sa VBAC u ženskim glavama. U novembru 1999. godine, mišljenje komiteta o Citoteku, pravednosti ACOG-a, iako zakasnelo, preporučilo je da Citotek ne bi trebalo da se primenjuje na ženama koje su prethodno imale operaciju na materici, uključujući i carski rez.¹³

ACOG međutim nije bio spreman da u svom biltenu o VBAC iz 1999. godine preporuči nešto što bi se suprotstavilo upotrebi drugih prostaglandina i oksitocina za indukovanje napona tokom VBAC. Umesto toga, ACOG smatra pažljivi monitoring (praćenje) dovoljnim kod ovakvih indukcija. Problem je ovde to što postoji dokaz koji nije potpuno ubedljiv i konačan, ali koji je jako nametljiv, a to je da upotreba oksitocina tokom VBAC povećava šanse za pojavu materične rupture (pucanja).¹⁴ Već znamo da prostaglandin gelovi i tamponi mogu da izazovu ozbiljne materične rupture. Konzervativna praksa bi značila privrženost osnovnom pravilu medicinske prakse, koje je izgovorio Hipokrat: *Pre svega ne povredi nikog.*

VBAC u našem centru za babičenje

Moje kolege i ja u našem centru za babičenje (FMC) smo skoro 20 godina prisustvovali van-bolničkim vaginalnim porođajima nakon carskog reza. Više od 98% od 115 žena koje su pokušale VBAC uz našu pomoć uspele su da se porode vaginalno. Samo je u slučaju 2 žene bio neophodan transport do bolnice tokom napona, jer smo posumnjali na dehiscenciju (istanjivanje ili razdvajanje prethodnog ožiljka) i moguću viseću rupturu. Svaka od njih dve porodila se carskim rezom i ni kod jedne nije došlo do rupture materice. Sve bebe čije su majke pokušale VBAC uz našu pomoć su se normalno i zdravo rodile. Poznajemo i neke žene Amiša, koje su imale carski rez tokom svog prvog porođaja, a onda imale 12 ili 13 VBAC porođaja, bez problema. Moje kolege i ja verujemo da se dobri ishodi kod nas događaju delom zbog toga što ni kod jedne žene nismo indukovali napone pomoću oksitocina i prostaglandina.

Znamo da u slučaju nužde možemo telefonirati našu regionalnu bolnicu, opisati hitan slučaj, i krenuti na put ka bolnici znaјući da je osoblje spremno i da je operaciona sala spremna za dolazak naše porodilje. Naše donešene odluke za hirurški zahvat traje kraće nego u mnogim bolnicama.

Bili smo u mogućnosti da obezbedimo van-bolničku negu za veliku većinu žena koje su želele VBAC uz našu pomoć. Nije nam ni malo priyatno da prisustvujemo van-bolničkim porođajima u slučajevima:

- žena čija posteljica leži preko prethodnog materičnog ožiljka
- žena koje su imale 3 i više carskih rezova (ukoliko se od tada nisu porađale vaginalno)
- žena koje su imale prethodne klasične tegobe (ukoliko se od tada nisu porađale vaginalno)

Prisustvovali smo VBAC-u u bolnici kod žene koja je imala 4 prethodna carska reza, a onda smo prisustvovali njenom sledećem van-bolničkom porođaju. Mi u FMC ćemo nastaviti da prisustvujemo VBAC porođajima, dok god žene to žele. Moramo se prvo uveriti da smo izvukli posteljicu koja je postavljena preko prethodnog materičnog ožiljka. Ukoliko otkrijemo slučaj posteljične akrete (inkrete ili perkrete) ultrazvukom (a nikada nismo), dogovorićemo se oko dalje nege sa najveštijim akušerom kog možemo naći.

Još jedna praksa kućnog porađanja sa visokom stopom uspešnosti u vezi sa VBAC, je ona od Dr Majer Ejsenstin iz Čikaga. Tokom 27 godina duge prakse i više od 14.000 kućnih porođaja, bilo je više od 1.000 slučajeva VBAC. Više od 90% žena koje su pokušale da se porode vaginalno je uspelo u tome.¹⁵

Bilo bi moguće da se razvije sistem širom SAD, u kojem bi žene koje žele VBAC, mogle da se porode kod kuće, u porođajnim centrima ili malim bolnicama, kojima bi prisustvovale babice i članovi porodice. Ovakav sistem bi zahtevao zблиžavanje tokom rada i dobru komunikaciju među svim negovateljima koji su uključeni u porođaj.

Kako do maksimuma povećati šanse za VBAC

Verovatno najbolje što možete da uradite da povećate šanse za VBAC je da izaberete negovatelja koji ima stopu VBAC-a 70% i više. Postoji mnogo stručnjaka koji su dostigli ovakve stope. Neki od njih su možda postali nervozni od kad su preporuke ACOG-a promenjene, ali postoji mnogo akušera i babica koji shvataju da se dokazi nisu promenili i koje su dosledne tome da ženi obezbede negu kakvu ona želi. Ukratko, angažujte nekog da vam pomogne, ko veruje u VBAC.

Izbegavajte indukciju i pojačanje napona. Ako postoji pritisak da se dole što pre otvorite, pokušajte da uđete u vodu, ili da hođate hodnicima i nađite malo privatnosti. Odbijte intravenoznu terapiju i postaraјte se da budete siti pre nego što dođete u bolnicu (ako tamo idete). Pokušajte da pronađete bolnicu u kojoj je jedjenje i pijenje dozvoljeno za vreme napona. Na kraju, svedite vaginalne pregledе na minimum. Vešti i obučeni stručnjaci obično mogu da blisko procene cervikalno otvaranje, na osnovu vašeg disanja i govora tela. Ako postoji bilo kakav pritisak na vas da primate epidural, probajte da mu se suprotstavite. (Postoje slučajevi primene epidurala u kasnijim naponima, ali po mom mišljenju epidural ne bi trebalo da se primenjuje rano tokom VBAC napona.)

I poslednje, provedite svoju trudnoću, u ljubavi prema svojoj materici i svojoj bebi. Kad kažem ovo, mislim doslovno. Pozitivna energija doprinosi boljem ishodu porođaja, zato samo napred.

Reference

1. ACOG Practice Bulletin No. 5, July 1999: Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery.
2. ACOG Practice Patterns Number 1, August 1995: Vaginal Birth after Previous Cesarean Birth.
3. Leveno, K. J., and Socol, M. L. Should we rethink the criteria for VBAC? Contemporary Ob/Gyn, March 1999.

4. Feldman, G. B., and Freiman, J. A. Prophylactic cesarean section at term? *New England Journal of Medicine*, 1985; 312:1264-7.
5. Flamm, B. L. *Birth after Cesarean: The Medical Facts*. New York: Prentice-Hall Press, 1990.
6. ACOG Practice Patterns No. 1, August 1998: Vaginal Birth after Previous Cesarean Birth.
7. ACOG Practice Bulletin No. 5, July 1999: Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery.
8. Ibid.
9. Ob-Gyn Malpractice Prevention, August 2000.
10. Ob-Gyn Malpractice Prevention, November 2001.
11. Sachs, B. P., et al. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. *New England Journal of Medicine*, 1999; 340:54-7.
12. Green, M. F. Vaginal delivery after caesarean section: Is the risk acceptable? *New England Journal of Medicine*, 2001; 345(1):54-5.
13. ACOG Committee Opinion No. 228, November 1999: Induction of Labor with Misoprostol.
14. Chauhan, S. P., et al. Cesarean section for suspected fetal distress: Does the decision-incision time make a difference? *Journal of Reproductive Medicine*, 1997; 14:347-52.
15. Eisenstein, Mayer. *Safer Medicine: Towards Clinical Scientific Evidence-Based Medicine*. Chicago: CMI Press, 2000.

Odabir negovatelja

Ono što ima najveći uticaj na to šta vam se dešava tokom napona (posebno se ovo odnosi na medicinske intervencije, procedure i lekove) zavisi od toga koga ste izabrali za negovatelja. U Severnoj Americi postoje 3 profesije koje obezbeđuju porodiljsku negu: babice, porodični doktori i akušeri.

Babice su specialisti za normalnu trudnoću i porođaj. Babičarska nega je individualizovana i fokusira se na izbegavanje akušerskih intervencija kad god je to moguće. Babice obezbeđuju kompletну prenatalnu negu koja je ženi potrebna. Babičarski ideal je rad sa ženom i njenom porodicom, kako bi identifikovali njene jedinstvene, fizičke, socijalne i emocionalne potrebe. Babičarska nega se povezuje sa smanjenim brojem epiziotomija, smanjenjem broja porođaja uz pomoć akušerskih klešta i vakuma, manjom primenom epidurala i carskog reza. Babice su obučene da prepoznaju mali procenat porođaja u kojima se razviju komplikacije, i da ih upute akušerima.

U SAD postoje 3 osnovne kategorije babica. Sertifikovane sestre-babice (CNM) su registrovane medicinske sestre i imaju završenu dodatnu postdiplomsku obuku u instituciji koja je akreditovana od strane Američkog Koledža za sestre-babice (ACNM). Direktne babice (neškolovane babice koje su učile zanat od drugih babica) su one koje nisu postale registrovane medicinske sestre kao ove prethodne. Postoje 2 vrste sertifikovanih direktnih babica u SAD: sertifikovane profesionalne babice (koje su sertifikovane od strane Severno-američkog registra za babice) i sertifikovane babice, koje su sertifikovane od strane ACC,

Akreditovane podružnice Američkog koledža za sestre-babice (ACNM). U nekoliko država, još jedna vrsta direktnе babice je licencirana za rad; obično su ove babice nazivane "licencirane babice." Nisu sve babice sertifikovane ili licencirane.

Najvećem broju kućnih porođaja u SAD prisustvuje neki tip direktne babice, sa približno 8% kućnih porođaja kojima prisutuju sertifikovane sestre-babice. U porođajnim centrima među osobljem ima svih vrsta babica. Ogromna većina sertifikovanih sestara-babica je zaposlena u bolnicama.

Oko 30% porodičnih doktora koji rade u SAD pružaju porodiljsku negu. Ovi opšti stručnjaci imaju tendenciju da budu nešto više preovlađujući u ruralnim oblastima. Mnogi od njih nemaju hirurške privilegije, i kao i babice moraju da porodilje upute akušerima ukoliko carski rez postane neophodan. Bilo bi pogrešno smatrati babičarsku negu i negu porodičnih doktora lošijom od one koju nude akušeri, samo na temelju toga što akušeri ne moraju da upućuju porodilje na porodične doktore i babice ukoliko ne dođe do komplikacija tokom perioda napona. Nekoliko istraživanja je pokazalo da porodični doktori imaju nižu stopu akušerskih intervencija od samih akušera.¹⁻³

Neki porodični doktori mnogo više rade u okviru babičarskog modela jer je deo njihove specijalističke obuke obuhvatao nastavu koju su držale sertifikovane sestre babice. Ostali porodični doktori rade uglavnom kao akušeri pošto u mnogim državama većina njih prolazi obuku za akušere koju drže sami akušeri.

Akušeri su doktori koji su specijalizovali akušerstvo. Njihova medicinska obuka je fokusirana na otkrivanje i tretiranje patoloških problema u trudnoći, ponekad u periodu napona i porođaju. Kao i hirurzi, i oni izvode carske rezove i porođaje pomoću akušerskih klešta i vakuma. U Severnoj Americi, iz istorijskih razloga, oni su daleko brojčano nadmašili babice i porodične doktore koji obezbeđuju porodiljsku negu.

Akušeri su obučeni da detektuju patologiju. Kada je detektuju, njihova obuka sa fokusira na intervenciju i tretiranje. Gledajući

iz svetske perspektive, uloga akušera u Severnoj Americi je neobična, pošto oni služe kao negovatelji i zdravih trudnica, kao i žena koje su bolesne i pod visokim rizikom. Kada akušeri obezbeđuju negu zdravim ženama, oni često na svim ženama prime- njuju intervencije koje su prikladne za komplikovane trudnoće. U većini zemalja akušeri se fokusiraju na pružanje nege ženama koje su bolesne ili kod kojih postoje komplikacije.

Intervjuisanje negovatelja

Kao što sam ranije napomenula, nije moguće odrediti filozofiju rada bilo kog stručnjaka samo pomoću licence, sertifikata, pola, profesije ili spoljašnjeg izgleda. Ne rade sve babice u okviru babičarskog modela nege; ne rade ni svi doktori u okviru granica medicinskog modela nege. Žene nisu neophodno osetljivije od muškaraca kada dođe do pružanja porodiljske nege.

Ono što hoću da kažem je da morate biti pametna mušterija. Jedan od najboljih načina da edukujete sebe o mugućnostima nege u vašem okruženju, je da intervjujete nekoliko stručnjaka. Obratite pažnju na to kako se osećate tokom i nakon priče sa njima. Imajte na umu da neki stručnjaci mogu prilagoditi svoje odgovore da se poklope sa onim što oni smatraju da biste vi želeli da čujete. Možete na primer pitati: Kakva je vaša praksa u vezi epiziotomije na majkama prvorotkama? Koliko često se to dešava?

Poštujte sopstvenu intuiciju. Ako dobijete “dobre” odgovore od te osobe, ali se ipak ne osećate prijatno sa tom osobom, verovatno ćete biti dovoljno mudri da potražite drugog.

Ono što sledi je lista specifičnih pitanja koja možete postaviti vašem potencijalnom negovatelju.

Babica koja obavlja kućne porođaje

- Kako, kada i gde ste se obučavali za babicu?
- Da li ste sertifikovani ili licencirani?
- Kakvu imate saradnju sa doktorima ili njihovu podršku?
- Da li održavate statistiku iz vaše prakse? Mogu li je videti?
- Koliko imate žena kojima je termin za porođaj u istom mesecu kad i moj?
 - Da li radite sa nekim partnerom? Ako da, kakve su njegove kvalifikacije?
 - Kakvi su vaši planovi ako neka druga žena o kojoj brinete uđe u period napona kad i ja?
 - Da li koristite farmaceutske lekove za indukciju napona?
 - Kakve prenatalne testove zahtevate?
 - Kakvi su vaši saveti za moju ishranu tokom trudnoće? (Čuvajte se onoga koji vam preporučuje dobijanje na težini manje od 10 ili 14 kilograma. Ako imate preveliku težinu, ne bi trebalo da vas ohrabruju da skidate kilažu ili da izbegavate gojenje iznad određenog broja kilograma. Pazite se onih stručnjaka koji preporučuju ograničavanje soli.)
 - Da li nosite bocu sa kiseonikom na porođaj?
 - Koje metode predlažete za ublažavanje naponskih bolova?
 - Da li vaš sertifikat o oživljavanju novorođenčadi i dalje važi?
 - U koju bolnicu transportujete trudnice ako je potrebno? Ko će ići sa mnom?
 - Koliko često dolazite u posle-porođajne posete?
 - Da li učestvujete u regularnoj proceni rada?

Bolničke babice

- O koliko žena treba da brinete odjednom?
- Ko će brinuti o meni ukoliko vi niste na poslu kada ja uđem u period napona?
- Koje prenatalne testove obavljate rutinski?

- Koje procedure obavljate rutinski nad ženama koje su pod naponom?
 - Da li pristajete na to da angažujem dulu, pored mog muža?
 - Mogu li da jedem i pijem tokom napona?
 - Mogu li da imam naizmenični monitoring umesto EFM?
 - Koje metode predlažete za ublažavanje naponskog bola?
 - Postoje li kade ili tuševi u bolnici? Kolika je verovatnoća da mogu da ih koristim?
 - Postoji li vremensko ograničenje za period napona?
 - Možete li mi staviti bebu na grudi (kontakt koža na kožu) nakon porođaja?
 - Hoćete li sačekati sa sečenjem pupčane vrpce dok ne prestane da pulsira?
 - Kakvu vrstu posle-porođajne nege pružate?

Akušeri ili porodični lekari

- Koliko je verovatno da budete prisutni kada se budem porađala?
 - Ako nije, ko će biti prisutan umesto vas?
 - Mogu li da upoznam sve vaše partnere?
 - Kakav je vaš stav po pitanju ultrazvuka?
 - Kakve oblike ublažavanja bola preporučujete?
 - Koliko žena se tokom vaše prakse porodilo bez upotrebe farmaceutskih ublaživača bola?
 - Kakvo je vaše mišljenje o dulama?
 - Koliko često ču vas viđati dok sam pod naponima?
 - Koje prenatalne testove rutinski sprovodite?
 - Koje procedure tokom napona sprovodite rutinski?
 - Koje metode preporučujete za ublažavanje naponskog bola?
 - Mogu li otkucati srca moje bebe da budu naizmenično posmatrani od strane medicinskih sestara?
 - Da li rutinski primenjujete epiziotomiju? Koliko se često žene o kojima brinete porode bez epiziotomije?
 - Smem li da pijem i jedem tokom perioda napona?

- Ukoliko uđem u period napona, prijavim se u bolnicu i moji naponi se uspore, pre nego što odmaknu dovoljno daleko, mogu li da idem kući?

- Kolika je vaša stopa primene indukcije napona? Koje metode koristite?

- Mogu li da šetam okolo dok sam pod naponima?

- Postoji li vremensko ograničenje za period napona? Koliko dugo vremena mogu da guram?

- Mogu li sama da odaberem položaj u kom ću se poroditi? Mogu li da se porodim na rukama i kolenima ako mi odgovara taj položaj?

- Kolika je vaša stopa primene carskog reza?

- Ovo je možda lično pitanje, ali (ukoliko je žena) mogu li vas pitati da li ste se ikada porađali vaginalno?

- Ovo je možda lično pitanje, ali (ukoliko je muškarac i otac) mogu li vas pitati da li je bilo koje od vaše dece rođeno vaginalno?

- Kolika je vaša stopa porođaja pomoću akušerskih klešta i vakuma?

- Da li presecate pupčanu vrpcu nakon što prestane da pulsira?

- Mogu li da stavim bebu na svoje grudi odmah nakon porođaja?

Dula

- Kakvu obuku ste imali?

- Imate li bilo kakvih drugih zaduženja koja vas mogu sprečiti da budete prisutni kada uđem u period napona?

- Možete li da obezbedite preporuke?

- Sa koliko porodilja ste do sada radili?

- Možete li mi reći u kakvim ste sve situacijama bili tokom vaše prakse?

Setite se da je posle-porođajni posao dule da vodi brigu o vama dok ste vi fokusirani na brigu o bebi. Može da radi kućne poslove ili da kuva. Vi želite zrelu osobu koja će vas istinski slušati, nekoga ko će biti smiren čak i kada ste vi besni ili pod stresom.

Ukoliko bilo koje od gore navedenih pitanja izazove ozlojeđenost, sarkazam, odbojnost, taktike zastrašivanja ili nejasne odgovore, nastavite da tražite dalje. Verovatno ovakav tretman ne biste trpeli ni u restoranu, i pronalazak adekvatnog negovatelja za vas tokom trudnoće i porođaja je mnogo važnija odluka koju treba da donesete, nego gde ćete pojesti svoj obrok.

Reference

1. MacDonald, S. E., Voaklander, K., and Birtwhistle, R. V. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993; 37(5):457-62.
2. Hueston, W. J., Applegate, J. A., Mansfield, C. J., King, D. E., and McClafflin, R. R. Practice variations between family physicians and obstetricians in the management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1995; 40(4):345–51.
3. Rosenblatt, R. A., Dobie, S. A., Hart, L. G., Baldwin, L. M., Schneeweiss, R., Gould D., Raine, T. R., Jenkins, L., Benedetti, T. J., Fordyce, M., Pirani, M. K., and Perrin, E. B. Interspecialty differences in obstetric care. *Journal of the American Public Health Association*, 1997; 87:344-51.

Vizija za babice i majke u 21. veku

Dok sam se pripremala da napišem ovo poslednje poglavlje, zazvonio mi je telefon. Zvala me je žena zbog svojih komšija Amiša. Kada par Amiša ili babica odluče da im treba pomoći babica sa našeg centra za babičenje, tipičan scenario je da muž Amiš ode do najbližeg komšije “Engleza” da se posluži telefonom. (“Englez” u terminologiji Amiša odnosi se na sve nas koji nismo Amiši.) On je preneo poruku komšinici koja nas je pozvala, dok je on otisao kući svojoj ženi. Kao što možete da zamislite, ovakav sistem informisanja nam ne obezbeđuje mnogo detalja, s obzirom na ograničenu komunikaciju Amiša sa susedima “Englezima” koji nisu babice. Ovog puta poziv je bio u vezi napona koji su već počeli, a moji partneri i ja nismo mogli da budemo rezervisani unapred da bismo prisustvovali ovom porođaju.

“Pokušavala sam prvo da pozovem sve druge,” objašnjavala je komšinica, “ali vi ste jedina od babica koju sam uspela da dobijem.”

“Amosova žena je pod naponima od prošle ponoći,” rekla je. “Ona se muči, a njena svekrva želi da dođete.”

“Ne znam tu ženu,” rekla sam. “Koja joj je ovo beba po redu?”

“Sedma,” rekla je.

Bila sam u potpunoj dilemi. Izdavač knjige mi je dao rok, ali ja sam ipak babica. Kada je guranje u pitanju, pisac uvek mora da popusti pred bobicom. Zgrabila sam svoj porođajni pribor i rekla komšinici da prenese poruku toj Amiškoj porodici da do-

lazim što je pre moguće. Krenula sam na svoje 40 km dugačko putovanje baš kada je sunce zalazilo za horizont. Želela sam, ukoliko je bilo moguće, da dođem na odredište pre nego što se potpuno smrači.

Pronalaženje kuća Amiša gde nikad nisam bila, nije bilo nimalo lako, posebno dan nakon što je kiša padala 3 dana i poplavila sve u ovoj oblasti, gore nego što se iko živ seća. Znate da će biti mnogo blata između vas i vaše destinacije, jer skoro svi Amiši žive na šljunkovitim putevima, daleko čak i od seoskih puteva. Znate da neće biti osvetljenja. Dok sam vozila, bila sam svesna mnogih mogućnosti koje mogu da me sačekaju. Setila sam se molitve jednog mitraljesca koji bi svaki put pre bitke rekao: "Dragi Gospode, učini da budemo istinski zahvalni zbog onoga što ćemo primiti."

Samo što je nestala i poslednja iskra svetla na zapadnom nebnu, zakoračila sam na trem dvospratne drvene farmerske kuće i obrisala svoja blatnjava stopala o prostirku od plavog teksasa koja je bila ispred vrata. Amos me je tamo dočekao. Odveo me je u kuhinju. Kerozinski fenjer koji je nosio bio je jedini izvor svetlosti u sobi. Otpratio me je do svoje žene Eme, koja je sedela na drvenoj stolici na ljunjanje, sa braon poliesterskim čebetom, obmotanim oko nje. Bila sam srećna jer sam videla da je bila oprezna i u dobrim naponima. Nikada pre nisam upoznala Amosa ili njnu, ali se ispostavilo da je Emina svekrva bila amiška babica koju sam dobro poznavala. Ona je bila sa Emom od sitnih sati tog jutra, i nije bila sigurna šta je to zadržavalo porođaj. Znala sam da bi prepoznala bilo koji opasan položaj bebe (na primer, kada je postavljena poprečno ili sa ramenom napred). Gledanje Eme kako prolazi kroz nekoliko težih naleta dalo mi je do znanja da njena materica još ima dosta snage.

Vaginalnim pregledom sam saznala da je Emin grlić materice bio prilično tanak i otvoren (iako skoro van mog domaćaja) i da je bebina glava bila prilično visoko postavljena za ovu fazu napona. Predložila sam joj da pažljivo probušim vodenjak. Složila

se i ja sam napravila pukotinu na vodenjaku. Pošto je čista amniotska tečnost istekla van, bebina glava je počela da gura nasuprot grliću materice, pomažući mu da se otvori tokom sledećih nekoliko naleta. U roku od nekoliko minuta, počela je da se pojavljuje bebina glava. Polako je izašlo čelo, pa oči, nos, ogromni obraz i brada, ali ne i vrat. Emini napor da izgura bebu napolje bili su bezuspešni, jer su bebina ramena bila čvrsto sabijena.

“Trebalo bi da te okrenem na kolena i ruke,” rekla sam joj (akcija koju sam joj predložila može biti neophodna).

“Ne mogu!” rekla je. Znala sam da duga haljina koju je imala na sebi neće olakšati pokretanje (za žene Amiša koje su pod naponima je uobičajeno da nose svoju svakodnevnu odeću).

“Moći ćeš to da uradiš,” rekla sam. Prevrnula se, i uz veliku volju i Amosovu pomoć podbočila se rukama i kolenima. Gurnula je snažno što je dovelo do toga da se pojavi jedno bebino rame, pa zatim i drugo. Nežno sam ubacila prste ispod bebinih ruku i izvukla napolje njeno bucmasto telo. Bila je teška oko 4,5 kilograma, pola kilograma teža od njenog najvećeg brata. Nije bilo cepanja, epiziotomije i postporođajnog lečenja, ni za majku ni za bebu. Dva sata kasnije, pošla sam kući pod zvezdanim zimskim nebom i punim mesecom, zahvalna zbog onoga što mi se upravo desilo.

Vraćajući se sada u 21. vek sa svojim laptopom, strujom i telefonom, imala bih još malo da kažem o porodiljskoj nezi za koju bih želela da postoji, kada mojim i vašim unucima bude bila potrebna nega. Zamišljam da sam za švedskim stolom najboljih svetskih ideja. Možda su mi promakle najbolje (nisam još uvek svuda bila) ali lista koja sledi sumira odlike i karakteristike za koje mislim da su Americi najviše potrebne:

- više babica, postepeno dok ne dostignemo odnos babica prema akušerima koji će osnažiti trudnice i porodilje. Takav sistem će podrazumevati znatno više babica nego akušera.

- nacionalni sistem za sakupljanje podataka o smrtnosti majki i povredama, koji je u pogledu pouzdanosti i preciznosti jednak sistemu *Poverljivog ispitivanja* u Velikoj Britaniji

- nezavisni odbori bazirani na zajednici, pretežno oformljeni od javnih članova, ali koji uključuju babice i druge zdravstvene profesionalce koji postoje u zemlji kako bi se osigurala javna odgovornost

- sistem nacionalnog zdravstvenog osiguranja koji će biti dobar kao u Norveškoj, Danskoj, Finskoj, Švedskoj, Holandiji, Kanadi i Japanu.

- desetodnevna post-porođajna nega nalik na one koje postoje u Holandiji koju vlada delimično subvencionise (vidite poglavlje 9)

- potpuni preobražaj akušerske edukacije, tako da babice podučavaju medicinske studente normalnom porođaju, pre nego što počnu da uče u porođajnoj patologiji

- potreba za višestrukim obrazovnim pravcima u praksi babičenja je prepoznata

- svaki student medicine, koji bi možda pružao porodiljsku negu, treba da uči da odene novorođenče bez da ga rasplače

- umetnost karličnog porođaja treba da bude održana i prenošena sledećim generacijama babica i akušerskih negovatelja

- retka upotreba mašina, za ono što ljudi mogu bolje da urade

- svaka majka trebalo bi da bira gde će se porađati

- vaginalni porođaj nakon carskog reza da bude opcija u svakom delu zemlje

- bez primoravanja žena da se operišu po nalogu suda

- svaka bolnica postaje prijateljski orijentisana prema majci, kao što je naznačeno od strane *Koalicije za unapređenje porodiljske usluge* (CIMS)

- reklamiranje farmaceutskih proizvoda široj javnosti treba da je zabranjeno

- post-porođajne psihoze treba da su prepoznate kao oboljenje i problem javnog zdravlja

- devetomesečno plaćeno porodiljsko (ili očinsko) odsustvo, u zavisnosti o toga šta je najbolje za svaku familiju
- dnevna nega na licu mesta

Holandija i dalje posramljuje ostatak sveta kada je u pitanju održavanje sistema koji posmatra kućni porođaj kao normalan društveno prihvaćen događaj. Samo u Holandiji postoji verovatnoća da će gradonačelnik grada biti fotografisan dok čestita roditeljima rođenje bebe u njihovoj spavaćoj sobi. Baba moje prijateljice holandske babice Meri Zwart, Marija Stkvold Eben, prenosila je ovu mudroliju: "Čak iako nemate mnogo novca, imajte na umu da je spavaća soba najvažnija prostorija u kući. Ljubav i tuga se dele ispod pokrivača, i nadate se da će vaša deca doći na svet u spavaćoj sobi, i da ćete vi u spavaćoj sobi napustiti ovaj svet."



Predsednik opštine grada Hardervijka u Holandiji, ukazuje dobrodošlicu 40.000-om stanovniku grada u spavaćoj sobi njegovih roditelja, gde se i rodio.

Možda će jednom rođenju bebe i u Nju Jorku biti ukazana čast u spavaćoj sobi njegovih roditelja. Nastaviću da radim ka ostvarenju tog cilja.

Jedna stvar je sigurna: Ovaj cilj ne može biti realizovan dok većina žena u SAD ostane ubeđena da njihova tela nisu dovoljno dobro dizajnirana za porođaj. Ako vas ništa drugo nisam ubedila u ovoj knjizi, nadam se da ćete jedno zapamtiti. *Vaše telo nije limun!*

Drugi deo

POROĐAJNE PRIČE

Harligevo rođenje - 19. oktobar 1995.

Selest Kuklinski

Oko pet sati sam počela da osećam neobične grčeve. Ne želeći da dižem lažnu uzbunu, ništa nisam govorila. Te večeri sam imala svoj čas Razvoja opšte edukacije (GED) i nekako mi se nije išlo. Izigravajući nadzornika, Dona, moj mentor i priateljica, odvezla me je na čas. Meri, edukator, je rekla da verovatno imam lažne (Brakston-Hiksove) grčeve. Otišla sam kući ranije jer nisam mogla da se koncentrišem.

Grčevi su postajali snažniji, i osećala sam vrućinu i uzbudjenost. Još uvek ove grčeve nisam htela da nazovem kontrakcijama za slučaj da i nisu bili. Merila sam im trajanje i trajali su oko 4 minuta svaki. Dona je pitala želim li da vidim babicu, ali ja sam odlučila da sačekam dok ne budem sigurna, da se ne bih uzbudi-vala ni zbog čega.

Konačno usred reprize serije *Zvezdane staze*, dok se moje telo krivilo na stolici, dok sam pokušavala da sedim, zaključila sam da je najbolje da vidim babicu. Dona i ja smo se prevezli do Pamele. Ona me je proverila i rekla mi da sam dole otvorena 3 centimetara, i da će se verovatno još večeras poroditi. Iznenadeni i srećni, otišli smo kući da se pripremimo.

Konačno je došao taj trenutak. Pamela je uskoro stigla, u pratnji Ine Mej i Debore. Do ovog trenutka, moja sposobnost za konverzaciju se pogoršala. Pokušavala sam da se bavim onim što se dešavalо mom telu. Stvari su se odvijale brzo. Nisam pokušavala da obuzdam nijednu od kontrakcija. Dopustila sam im da nadolaze brzinom kojom su dolazile znajući da će to pomoći da ne dođe do kašnjenja sa porođajem. Sve je delovalo veoma prirodno. Jednostavno sam se prepustila. Čak sam i probala sa kupanjem, što je bilo vrlo opuštajuće i od pomoći. Ina Mej i moja

majka su me podržavale dok sam bila u kadi. Ina Mej mi je pokazala kako da dišem duboko i polako.

Probala sam, i baš tada me je preplavila najsnažnija kontrakcija. Morala sam da ustanem. Neka krvava siva tvar je ispala iz mene i bućnula u vodu u kadi. U tom trenutku sam počela da govorim: "O Bože!" Izašla sam iz kupatila i radila ono što sam morala, bilo da sam čučala, bila nagnuta ili šetala okolo govoreći "O moj Bože," ili igrala kao velika dizalica. Kontrakcije su postale veoma intenzivne. Jedva da sam imala vremena između njih da malo odmorim.

Sećam se da sam gledala u žene oko mene nekoliko minuta i mislila da su poludele.

Popela sam se na krevet i nekako sam se grčila okolo. Moja majka je rekla nešto oko puštanja gravitacije da obavi svoj posao. Mogla sam zaista da osetim kako to funkcioniše. Gledajući bebu kako se kreće dole u mom stomaku, pokušala sam da dišem efektivno i da dopustim da se porođaj završi na najbolji mogući način.

Došao je trenutak kada sam osetila potrebu za guranjem. Instinktivno sam počela da masiram svoju "kapiju života", da joj pomognem da se otvori. Onda sam osetila kako se beba probija, spremna da izade. Kontrakcije su bile dosta teške i samo sam želeta da završim sa njima. Skupila sam svu svoju snagu, i sa jakim guranjem i vikanjem, konačno sam pomogla bebi da izbaci glavu van. Onda je sa još jednim snažnim guranjem izašao i ostatak bebinog tela. Kakvo olakšanje!

Iako nisam bila u mogućnosti da kažem više od "O moj Bože," i "O beba," izustila sam "Uzmite kameru!"

Kada sam pogledala Harliju, moje srce je bilo preplavljenog ljubavlju. Bila sam obuzeta njegovim prisustvom, nevinošću, njegovim neodoljivo slatkim glasičem i gestikulacijom, i njegovim divnim pospanim licem. Iako je porađanje sa njim bilo bolno, ne bih to tako nazvala; nazvala bih intenzivno prirodno.

Remezova porođajna priča - 30. maj. 2003.

Njeri Emenaueł

Kada sam bila trudna, mislila sam da će verovatno želeti epidural, jer sam čula da će naponi biti izuzetno bolni. Dosta se pričalo o bolu na porođajnom kursu koji sam pohađala. U početku sam mislila da želim carski rez, jer onda ne bih morala da guram, a i čula sam da je guranje najteži deo. Ali kada sam malo više razmislila o tome, znala sam da ne želim carski rez, jer bi trebalo dosta vremena da se zaleči. (Moja majka je prisustvovala porođajima zajedno sa babicama sa Farme, tokom 5 godina koliko smo živeli na Farmi, tako da sam malo bila upoznata sa prirodnim porođajem.)

Kada su moji naponi zapravo počeli, istuširala sam se kratko, ali to nije pomoglo koliko je pomogla šetnja. Moja babica u bolnici me je stalno pitala da se vratim u krevet, ali sam ja rekla: "Ne. Sviđa mi se da hodam." Moja tetka Karolina je ostala samom i pritiskala mi je leđa tokom kontrakcija.

Ispostavilo se da je guranje bilo najlakši deo - veliko olakšanje. Neko je držao ogledalo, tako da sam mogla da vidim napredak dok sam gurala. Rekli su mi da очekujem peckanje, ali ga uopšte nije bilo. Nisam imala epiziotomiju, niti cepanje, i majka mi je rekla da je moj sin Ramez rođen širom otvorenih očiju. Nakon njegovog rođenja, bila sam više srećna nego umorna. Moj period napona je trajao 8 sati. Ramez je sada star 6 sedmica i sisa kako treba. Dobio je oko 2,5 kilograma od rođenja.

Rođenje Franciska Otisa - 2. jul 1980.

Kim Treinor

Letnja erupcija vulkana Sveta Helena je bila jedna od najvrelijih i najžešćih kojih se sećam, i ja sam počela da osećam da moja beba želi da se rodi. Počeli su mi konstantni naleti u 5 sati ujutro. Sunce je tek izlazilo, ali je vrućina već bila velika. Proteklu noć sam spavala na donjem spratu jer je bilo vruće, a i ja sam bila nervozna i nemirna. Ustala sam i počela da se spremam za dug i vrući porođaj.

Za nekoliko sati ustali su i ostali članovi domaćinstva i svima sam rekla da će se uskoro poroditi. Babice su svratile u rutinsku proveru i otkrile da je moj grlić materice bio otvoren 5 centimetara. Vodenjak mi nije pukao kao kod prethodna dva porođaja. Babice su mi predložile da bi bilo dobro da prošetam šumom sa svojim suprugom, tako da će mi gravitacija pomoći da se moj grlić materice otvori još više. Šetali smo sat ili dva i ja sam osetila da su mi za kratko vreme svaki zvuk, boja, osećaj bili posvetljeni i pojačani. Mogla sam da osetim kako me moja beba pomeranjem otvara i kada se pojačao intenzitet naleta. Samo sam se naslonila na drvo. Naleti su postajali sve intenzivniji i češći. Odlučila sam da se vratimo uz brdo do mog kreveta.

Kada smo se vratili, bila sam otvorena skoro 8 centimetara, ali je vodenjak i dalje bio netaknut. Još neko vreme sam šetala pored mog kreveta. Kada je moj vodenjak pukao blizu pune dilatacije, neverovatna količina vode je iscrela iz mene. Tada sam osetila da glava moje bebe direktno pritsika grlić materice i odmah sam osetila nagon za guranjem.

Osećala sam se tako dobro tokom guranja. Bebina glava je uskoro počela da se pojavljuje i izašla je. Ina Mej mi je rekla da prestanem sa guranjem i ona je brzo uklonila pupčanu vrpcu, koja je tri puta bila obmotana oko bebinog vrata. Onda je izašao

ostatak bebe, sva tamno ljubičasta, skoro crna. Bilo je zadivljujuće. Otis je imao najdužu pupčanu vrpcu koju su babice ikada videle. Otis je bio tako srećan što je izašao. Babice su ga odmah postavile na moje grudi. Bio je gladan i težak oko 4,5 kilograma.

Nedugo nakon porođaja, odlučila sam da siđem dole u podrum. Bilo je jako vruće i nebo je bilo tamno-ljubičasto kao moj sin u početku. Sećam se da je vetar duvao kroz otvor za stepenište, dok sam silazila dole sa mojim divnim sinom. Onda je počelo da grmi i da seva, i počela je da pljušti kiša koja je sve prijatno rashladila. Bila sam zahvalna što sam se porodila među porodicom i prijateljima.

Rečnik

Abdominalne adhezije. Uvećanje ožiljnog tkiva u stomaku, što dovodi da se organi taru jedan o drugi.

Acidoza. Stanje u kome dolazi do povećanja kiselosti telesnih tečnosti. To je povezano sa respiratornim smetnjama.

Adrenalin. Hormon, čiji efekat povećava srčani ritam, krvni pritisak i nivo šećera u krvi, kontrakcije površinskih krvnih sudova i povećava protok krvi kroz mišiće.

Akušerska klešta. Velika metalna klešta kašikastog oblika koja obuhvataju glavu bebe, koja se na kraju izvlači tim kleštima.

Aspiratorna pneumonija. Zapaljenje pluća izazvano udisanjem produkata povraćanja.

Brakson-Hiksove kontrakcije. Bolne kontrakcije koje se pojavljuju tokom trudnoće.

Čang-čangovanje. Kineska reč za nežno treskanje žene koja je pod naponima, kako bi se opustila.

Diuretik. Lekovi koji stimulišu i povećavaju izbacivanje urina.

Dula. Žena sa iskustvom koja pomaže drugim ženama u periodu oko porođaja. Ovo je reč koja se koristi u SAD; ova reč zapravo znači "sluškinja" na grčkom.

Eklampsija. Ozbiljno metaboličko oboljenje u trudnoći koje je povezano sa lošom ishranom i neadekvatnim povećanjem zapremine krvi majke. Često je smrtonosna.

Embolija amniotske tečnosti. Opasna, često fatalna porođajna komplikacija koja se pojavljuje oko perioda napona u kojoj je amniotska tečnost prinuđena da uđe u majčin krvotok.

Endorfini. Neurohormoni koji ublažavaju bol i proizvode euforiju.

Epidural. Lokalna anestezija koja se ubrizgava injekcijom u nerve koji izlaze iz kičmenog stuba u donjem delu leđa, kako bi se umrtvio bol.

Epiziotomija. Hirurški rez perinealnog mišića (međice) sa ciljem da se proširi vaginalni otvor.

Fetalna bradikardija. Usporavanje srčanog ritma još nerođene bebe.

Histerektomija. Hirurško uklanjanje materice.

Intubacija. Ubacivanje cevčice u disajne puteve radi oživljavanja.

Kolostoma. Operacija kojom se formira novi rektum na trbušnom zidu, koji vodi do creva.

Latrogena prevremenost. Prevremeni porođaj izazvan indukovanim naponima ili planiranim carskim rezom pre nego što beba dostigne adekvatnu gestacijsku starost da bi bila rođena.

Malprezentacije. Prvo pojavljivanje delova tela bebe koje ne podrazumeva prvo pojavljivanje najviše tačke na bebinom telu.

Morbiditet. Bolest ili povreda.

Naknadni bolovi. Bolovi usled kontrakcije materice nakon porođaja.

Neokorteks. Deo mozga koji služi za razmišljanje.

Oksitocin. Hormon koji se luči tokom napona i izaziva kontrakcije materice. Sintetički oksitocin se daje intravenozno da bi stimulisao početak napona u bolnicama, a ponekad se daje preko injekcije kako bi se zaustavilo post-porođajno krvarenje.

Pelvimetrija. Umetnost merenja kostiju karlice.

Perineum. Mišićni snop između vagine i anusa.

Peritonitis. Infekcija trbušne šupljine.

Pitocin. Sintetički oksitocin.

Preeklampsija. Blaži oblik eklampsije, metaboličkog oboljenja u trudnoći (vidi *Eklampsija*)

Prostaglandini. Supstance koje stimulišu glatke mišiće, kao što je grlić materice.

Pubična kost. Prednji deo karlice.

Plućna embolija. Začepljenje krvnih sudova u plućima.

Posteljična abrupcija. Prevremeno odvajanje posteljice od zida materice.

Placenta akreta. Posteljica se ugrađuje duboko u zid materice.

Placenta inkreta. Posteljica se ugrađuje čak još dublje u zid materice.

Placenta perkreta. Posteljica raste kroz posteljični zid, ponekad u organe koji je okružuju. Komplikacija izazvana prethodnim oštećenjem materice.

Placenta previa. Placenta se ugrađuje preko otvora na grliću materice izlažući majku i bebu ekstremnoj opasnosti kada grlić materice počne da se otvara.

Relaksin. Hormon u trudnoći koji opušta ligamente.

Riming-in. Bolnička praksa kada se majka i beba drže zajedno.

Ramena distocija. Zaglavljena ramena nakon izlaska bebine glave.

Sakrum. Karlična kost klinastog oblika koja čini deo kičme.

Stadol. Opojni analgetik koji se koristi kako bi otupeo naponski bol.

Toksemija. Eklampsija i preeklampsija.

Uplitanje pupčane vrpce. Stanje u kome se pupčana vrpca obmota oko bebe.

Uretra. Cev koja vodi od bešike napolje.

Vakum ekstraktor. Uredaj koji se kači bebi na glavu.

Velika multipara. Žene koje imaju više od 5 beba.

Verteks. Porođaj bebe kada prvo izlazi glava.

Centar za babičenje u selu Farma: Ishodi 2.208 trudnoća u periodu 1970 - 2000.

Porođaji u potpunosti završeni kod kuće	95,1%
Transporti	4,9%
Hitni transporti	1,3%
Majke prvorotke	44,7%
Žene sa jednom ili više prethodnih trudnoća	55,3%
Žene koje su prethodno imale 6 ili više trudnoća	5,4% (72% njih su Amiši)
Carski rezovi	1,4% (61% su majke prvorotke)
Porođaji uz pomoć akušerskih klešta	0,5%
Porođaji uz pomoć vakuma	0,05%
Vaginalni porođaji nakon carskog reza	5,4% (108 pokušanih; 106 obavljenih)
Posle-porođajno krvarenje	1,8%
Prevremeni porođaji	8,9%
Indukcije	5,4%
Ricinusovo ulje	4,9%
Čiste membrane	0,5%
Jedenje i pijenje tokom napona	29,1%
Pijenje čistih tečnosti	49,9%
Pojava mekonijuma	10,6%
Posle-porođajna depresija	1%
Netaknuti perineum	68,8%
1. stepen	19,1%

2. stepen	11,5%
3. stepen	0,3%
4. stepen	0,1%
Preeklampsija	0,39%
Prevremenost	2,9%
Potiljačni izlazak	93,4%
Zadnjični izlazak	2,2%
Položaj bebe u materici kada je zadnjica najbliža grliću	2,1%
Položaj bebe u materici kada su stopala najbliže grliću	0,7%
Potpuni karlični porođaj	0,1%
Izlasci beba licem	0,5% (svi osim 1 vaginalno)
Izlasci beba sa obrvama prvim	0,2% (2 carska reza/2 vagin.)
Blizanci	15 pari, svi vaginalno
Iniciranje dojenja	99%
Nastavljeni dojenje među ženama sa Farme	100%
Smrtonosne anomalije	5 (0,2%)
Smrtnost majki	0
Smrtnost novorođenčadi, ne računajući anomalije	8/2208 (0,39%)*

4 od ovih smrtnih slučajeva desio se u periodu napona.

2 posteljične abrupcije (1 tokom poslednjih 10 minuta jednog karličnog porođaja gde su bebina stopala bila jako blizu glave; drugi slučaj desio se majci prvorotki koja je morala biti transportovana u bolnicu zbog produženih napona.)

2 slučaja kada pupčana vrpca ispada pre izlaska bebe (1 od ovih je obuhvatao majku, kojoj su noge bile paralizovane od polio-vakcine, kod koje je pupčana vrpca ispala na prve znake napona).

4 od ovih smrti su se desile tokom prve sedmice života.

1 smrt u krevetcu.

1 slučaj prevremeno rođene bebe koja je umrla od oboljenja hijelinske membrane, nakon bolničkog porođaja 1972. godine.

1 smrt od infekcije.

*lako naš centar za babičenje funkcioniše na neki način kao porođajni centar, mi smo računali našu statistiku drugačije nego što to čine drugi porođajni centri. Porođajni centri uobičajeno izbacuju sve karlične porođaje, blizance, prevremene porođaje, porođaje majki koje su prethodno imale 6 i više porođaja i zaksnele trudnoće (duže od 42 sedmice) tako da se ovakvi porođaji ne vide u njihovim statistikama. U našim statistikama su zabeleženi svi ishodi svake majke, o čijoj prenatalnoj nezi su se brinule babice sa Farme, bilo da su tražile da mi prisustvujemo njihovom kućnom porađanju ili bolničkom porađanju kome su prisustvovali doktori blizu Farme.

Nega zasnovana na dokazima

Na neki način, žene u SAD danas imaju više izbora u pogledu porodiljske nege nego što smo mi imali nekoliko generacija ranije. Postoje oblasti u državi, u kojim žene mogu da izaberu da li će ih negovati babica, akušer ili porodični doktor. Više se očevima beba ne zabranjuje rutinski da prisustvuju naponima i porođaju svoje supruge, niti se prvorotke rutinski primoravaju na velike epiziotomije i porađanje pomoću akušerskih klešta. Neke bolnice imaju postavljene kade u porođajnim sobama kao strategiju za smanjivanje stope primene epidurala.

Sa druge strane, većina porodiljskih odeljenja porodiljske nege u američkim bolnicama ima više ograničenja u pogledu toga koliko dugo žene smeju da budu pod naponima, nego generacijama ranije, i stopa intervencija je još jednom u usponu. Porođajni centri su retki u zemlji, kao pre dve decenije, i u mnogim državama ne postoji opcija za legalan kućni porođaj. Kao što sam napomenula u Poglavlju 11, naša stopa smrtnosti majki se nije smanjivala 20 godina. I možda čak i raste. Generalno, žene su toliko nesvesne potencijalne opasnosti od nepotrebnih carskih rezova, da ih planiraju kao način zaobilaženja napona i kako bi planirali i zakazali unapred rođenje svoje dece.

Tužno, ali je još uvek retko za akušere u SAD da dosledno temelje svoju praksu na jakim i dobrim dokazima. Od 1989. godine *Kohrejn saradnja* (Cochrane Collaboration), internacionalni istraživački tim sastavljen od doktora, babica, stručnjaka za javno zdravlje i matematičara, je pročešljao najbolje svetske naučne podatke o različitim tretmanima i upotrebama medikamenata u

u trudnoći, naponima i porođaju. Identifikovali su nekih 457 oblika nege, koje su proučavali, uključujući tipove ljudi koji prisustvuju porođaju, dužinu napona, položaj tokom porođaja, epiziotomiju i držanje bebe u bolničkim jaslicama ili u klevci blizu majčinog kreveta. Rezultati otkrivaju:

- 41 od 457 oblika su ocenjeni kao "čisto bezbedni i efektni" (primer iz ove kategorije: neprekidna podrška ženi tokom napona i porođaja).
- 122 su ocenjeni kao "verovatno bezbedni i efektni" (primer: adekvatan pristup nezi za sve porodilje).
- 96 je ocenjeno kao "postoji kompromis između štetnih i bezbednih efekata" – takoreći, pola-pola (primer: upotreba lekova za ublažavanje bola tokom napona).
- 34 je ocenjeno kao "nepoznato je da li su efektivni ili nisu" (primer: rana primena oksitocina za pojačavanje i ubrzavanje sporih i produženih napona).
- 123 je ocenjeno kao "verovatno neefektivni i nebezbedni" (primeri: medicinsko kupanje beba radi sprečavanja infekcija i rutinska umešanost akušera u prenatalnu, naponsku i porođajnu negu svih žena).
- 41 je ocenjen kao "čisto štetan" (primer: rutinska epiziotomija na porođaju).

Oblici nege koje je Kohrejn grupa analizirala, spadaju u različite kategorije: lekovi za specifična stanja, tipovi operacija za različita oboljenja ili porođajne komplikacije, instrumenti, mašine, fizički manevri za olakšavanje porođaja, društvene potrebe, porođajni položaji, režimi ishrane, zabrane i odobravanja u vezi seksualnog odnosa i povremene tehnike "kuhinjske medicine" koje su bile proučavane i objavljene. Primer ove poslednje je upotreba lista kupusa za smanjenje nadutosti grudi kod dojilja. (Kokrejn tim kaže da još ne postoji dovoljno dokaza da bi preporučili list kupusa ili ne.) Naravno, većina oblika nege nose sa sobom jači uticaj od listova kupusa, tako da bi vaš doktor ili babica trebalo da se upozna sa ovom listom.

Interesantna situacija za razmatranje: Neki od oblika nege, koji su dobili ocene od Kohrejn grupe, se teško nalaze u bolnicama u SAD. Primer je praksa obezbeđivanja konstantne emocionalne i psihološke podrške tokom napona. Kompanije koje obezbeđuju negu i bolnice često nisu voljne da obezbede dovoljno osoblja da bi ovo bilo izvodljivo. Drugim rečima, teškoća u pronalaženju takve neprekidne podrške je povezana sa smanjenjem troškova i uštedom novca. Ako je dobar i jak dokaz dosledno ignorisan, razlozi možda nemaju veze sa koristima po vas, već više sa finansijskom ograničenošću. Zašto bi onda bilo koji stručnjak ili institucija izbegavao da obezbedi nešto što se pokazalo korisno i od pomoći?

Oko jedne trećine svih ovih oblika nege su ocenjeni kao bezbedni i efektni, dok drugima nedostaje dovoljno istraživanja za bilo kakvu preporuku, pošto su više štetni nego korisni. Ovo treba da nas upozori da postoje lekovi i tretmani oko čijeg prihvatanja i upotrebe treba biti obazriv.

Ako želite da pročitate više o radu Kohrejan tima, možete nabaviti knjigu pod nazivom *Vodič kroz efektivnu trudničku i porodiljsku negu* (A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth), dostupnu u svom trećem izdanju.

Za web prezentaciju u vezi sa ovim pogledajte: *Kohrejn saradnja*, www.cochrane.org

Porođajna inicijativa za bezbednost majki

Koalicija za unapređenje porodiljskih usluga (CIMS, izgovara se "kims") je osnovana 1996. godine kao zajednički napor širokog spektra obezbeđivača porodiljske nege, uključujući babice, doktore, medicinske sestre, porođajne edukatore, one koji pružaju podršku tokom napona, i postporođajne dule i savetnike u vezi laktacije (podsticanja proizvodnje mleka).

U prvih 5 godina, rad koalicije je bio fokusiran na kreiranje i primenu *Porođajne inicijative za bezbednost majki* (MFCI) koja obezbeđuje smernice za prepoznavanje i označavanje "bezbednih po majku" lokacija za porođaj, kao što su bolnice, porođajne centre i službe za kućno porađanje. Ova inicijativa je dala 10 koraka za negu bezbednu po majke, i obuhvata zahteve za mesto rođenja koje će biti bezbedno za bebu, prema smernicama Svetske zdravstvene organizacije (WHO). Potrošačka verzija Inicijative: "Trudni ste? 10 pitanja za pitati" je takođe dostupna.

Danas se koalicija uvećala, tako da obuhvata više od 90.000 porođajnih profesionalaca sa odobrenjima za MFCI od strane mnoštva organizacija. Tu spadaju: Američki koledž za sestre-babice (ACNM), Asocijacija za prenatalnu i perinatalnu psihologiju i zdravlje (APPAH), Asocijacija ženskog zdravlja, Akušerske i neo-natalne medicinske sestre (AWHONN), Doktori u babičenju, Savez babica Severne Amerike (MANA), Lamaze International, Asocijacija za međunarodnu porođajnu edukaciju (ICEA), Bredli metod, Asocijacija porođajnih asistenata i porođajnih

edukatora (ALACE), Dule Severne Amerike (DONA), Asocijacija međunarodnih savetnika za laktaciju (ILCA), i Babičenje danas.

10 koraka Porođajne inicijative za bezbednost majki za porođajne usluge u bolnicama, porođajnim centrima i kućama

Da bi dobilo oznaku CIMS-a kao "bezbedno po majku", bolnica, porođajni centar i služba za kućno porađanje, mora sprovesti naše principe, zadovoljavajući 10 koraka nege bezbedne po majku:

Bolnica, porođajni centar ili služba za kućno porađanje:

1. Nudi svim porodiljama:

- neograničeni pristup tokom napona i porođaja, svim ljudima po njenom izboru, uključujući supruga, kolege, decu, članove porodice i prijatelje;
- neograničeni pristup neprekidnoj emocionalnoj i fizičkoj podršci od strane za to obučene žene, na primer dule ili profesionalca za podršku u periodu napona;
- pristup nezi od strane profesionalne babice

2. Obezbeđuje preciznu, opisnu i statističku informaciju javnosti o svojim praksama i procedurama u vezi porodiljske nege, uključujući i pravila intervencije i ishode.

3. Obezbeđuje kulturno kompetentnu negu - to je nega koja je prilagođena uverenjima, vrednostima i poštuje majčinu etničku pripadnost i religioznu opredeljenost.

4. Obezbeđuje porodilji slobodu da šeta, da se pomera, da zauzme položaj koji joj odgovara tokom napona i porođaja (osim ukoliko postoji specificirana zabrana u cilju otklanjanja komplikacije) i odvraća žene od lithotomije (ležanja na leđima sa podignutim nogama).

5. Poseduje jasno definisanu politiku i procedure za:

- saradnju i savetovanje kroz perinatalni period, sa drugim porođajnim službama uključujući komunikaciju sa negovateljem kada je neophodan transport sa jednog porođajnog mesta na drugo.

- povezivanje majke i bebe radi formiranja njihove adekvatne zajednice, uključujući prenatalnu i post-porođajnu adekvatnu negu i podršku oko dojenja.

6. Ne primenjuje rutinski prakse i procedure koje nisu po-držane naučnim dokazima, uključujući sledeće:

- brijanje;
- klistiranje;
- intravenozna procedura
- zabrana ishrane;
- rano pucanje membrane;
- elektronsko fetalno posmatranje;

Ostale intervencije su ograničene na sledeći način:

- stopa indukcije 10% i manje;

- stopa carskog reza 10% i manje u opštinskim bolnicama i 15% ili manje u trećerazrednim visokorizičnim bolnicama;

- stopa VBAC-a od 60% ili više, sa ciljem da bude 75% ili više.

7. Edukuje osoblje da primenjuje metode ublažavanja bolova koje ne zahtevaju upotrebu lekova, ne promoviše upotrebu analgetika i anestetika, ukoliko nije posebno specificirano za tretiranje neke komplikacije.

8. Ohrabruje sve majke i porodice, uključujući i one sa bolesnim ili prevremeno rođenim bebama ili odojčadima sa urođenim problemima, da dodiruju, drže u naručju, doje i neguju svoje bebe u meri koja odgovara njihovom stanju.

9. Odvraća od ne-religioznog obrezanja novorođenčeta.

10. Nastoji da dostigne WFO-UNICEF "Deset koraka bolničke inicijative za bezbednost bebe" zarad promovisanja uspešnog dojenja:

- Poseduju politiku u vezi dojenja, u pisanoj formi, komunicirajući sa svim zdravstvenim osobljem.
- Obučavaju svo zdravstveno osoblje veštinama koje su neophodne da bi se primenila ova politika.
- Informišu sve trudnice o koristima i ponašanju tokom dojenja.
 - Pomažu majkama da iniciraju dojenje, u roku od sat vremena nakon porođaja.
 - Pokazuju majkama kako da doje i kako da održe laktaciju čak i kad su odvojene od svojih beba.
 - Ne daju novorođenčadima drugu hranu osim majčinog mleka, osim ukoliko postoje medicinske indicije za to.
- Dopuštanje majkama i bebama da provode 24 sata dnevno zajedno.
 - Podsticanje dojenja na zahtev bebe.
 - Ne dozvoljavaju korišćenje veštačke dojke ili cucle tokom ishrane beba.
 - Podstiče osnivanje grupa za podršku dojenju, a na koje upućuje majke nakon otpuštanja iz bolnice.

Izvori

Organizacije za babičenje

Midwives Alliance of North America (MANA)
4805 Lawrenceville Hwy.
Suite 116-279
Lilburn, GA 30047
(888) 923-MANA (6262)
(801) 720-3026 (fax)
e-mail: info@mana.org
www.man.org

American College of Nurse-Midwives (ACNM)
818 Connecticut Ave. NW, Suite 900
Washington, DC 20006
(202) 728-9860
(888) MIDWIFE
www.midwife.org

National Association of Certified Professional Midwives
PO Box 30955
Bethesda, MD20824
www.nacpm.org
info@nacpm.org

Obrazovanje majki za porođaj, dula i građanskih organizacija

Birthworks
PO Box 2045
Medford, NJ 08055
(888) TO-BIRTH
www.hometown.aol.com/birthwkscd/bw.html

The Bradley Method of Natural Childbirth
PO Box 5224
Sherman Oaks, CA 91413-5224
(800) 4-A-BIRTH
www.bradleybirth.com

Citizens for Midwifery
PO Box 82227
Athens, GA 30608-2227
(888) CFM-4880 Cfmidwifery@yahoo.com
www.cfmidwifery.org

Doulas of North America (DONA)
1100 23rd Ave. East
Seattle, WA 98112
(801) 756-7331
www.DONA.org

Association of Labor Assistants and Childbirth Educators (ALACE)
Jessica Porter, Executive Director
PO Box 382724
Cambridge, MA 02238-2724

Magazini

Mothering
PO Box 1690
Santa Fe, NM 87504
www.mothering.com

Midwifery Today
PO Box 2672
Eugene, OR 97402
(800) 743-0974
Midwifery@aol.com
www.midwiferytoday.com

Birth
Blackwell Publishing
Commerce Place
350 Main Street
Malden, MA 02148-5018
www.blackwellscience.com/bir

Knjige

- Childbirth Without Fear, 5th ed. Grantly Dick
- The Five Standards for Safe Childbearing David Stewart, Ph.D.
- Obstetric Myths Versus Research Realities, Henci Goer
- The Thinking Woman's Guide to a Better Birth, Henci Goer
- Metabolic Toxemia of Late Pregnancy, Thomas H. Brewer

www.ebook.kalico.net
The Brewer Pregnancy Hotline (802) 388-0276

- In Labor: Women and Power in the Birthplace, Barbara Katz Rothman
 - The Tentative Pregnancy, Barbara Katz Rothman
 - Birth as an American Rite of Passage, Robbie Davis-Floyd
 - Childbirth and Authoritative Knowledge, Edited by Robbie Davis-Floyd and Carolyn Sargent
- Birthing from Within, Pam England, CNM
- Mothering the Mother, Marshall Klaus, M.D., John Kennell, M.D., and Phyllis Klaus
 - The Natural Pregnancy Book, Aviva Jill Romm
 - Natural Health after Birth, Aviva Jill Romm
 - Birth in Four Cultures, 4th ed. Brigitte Jordan
 - After the Baby's Birth: A Complete Guide for Postpartum Women, Robin Lim
- Pursuing the Birth Machine, Marsden Wagner
- Diary of a Midwife: The Power of Positive Childbearing, Julianne van Olphen-Fehr
 - Baby Catcher: Chronicles of a Modern Midwife, Peggy Vincent
- A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, et al.
- Childbirth Unmasked, Margaret Jowitt

O izjavi vezano za babičenje, videti: Charting a Course for the 21st Century: The Future of Midwifery. A Joint Report of the Pew Health Professions Commission and the University of California, San Francisco.

Center for the Health Professions (www.pewtrust.org).

Video materijali

Spiritual Midwifery

Video Farm

41 The Farm

Summertown, TN 38483

www.inamay.com

A Natural Delivery of Vertex Twins

Video Farm

41 The Farm Summertown, TN 38483

www.inamay.com

A Breech Birth and Shoulder Dystocia

Video Farm

41 The Farm

Summertown, TN 38483

www.inamay.com

Assisting a Vaginal Breech Birth

Video Farm

41 The Farm

Summertown, TN 38483

www.inamay.com

Breast Is Best

Distributed by Video Farm

41 The Farm

Summertown, TN 38483

www.inamay.com

Born in the U.S.A.

Independent Television Service

51 Federal St., 1st Floor

San Francisco, CA 94107

www.itvs.org

Fanlight Productions, wwwfanlight.com

Birth Day

Sage Femmes, Inc.
PO Box 1006
Essex, MA 01929
www.homebirthvideo.com

Miss Margaret (A documentary about Mrs. Margaret Charles Smith)

Sage Femmes, Inc.
PO Box 1006
Essex, MA 01929
www.homebirthvideos.com

Giving Birth: Challenges and Choices

Produced and directed by Suzanne Arms
PO Box 830 Durango, CO 81302
(877) BIRTHING
www.birthingthefuture.com

Singing the Bones

Caitlin Hicks, Producer
General Delivery
Roberts Creek, BC
Canada
www.fatsalmoncinema.com

O autoru

Ina Mej Gaskin je autor međunarodno priznate knjige *Duhovno babičenje* (Spiritual Midwifery). 1970. godine je suosnovala zajednicu Farma u Samertaunu, u državi Tenesi, sa svojim suprugom Stivenom i 250 drugih mladih ljudi, i skrenula svetsku pažnju na prirodan porođaj. Takođe je osnivač i direktor Centra za babičenje, lociranog na Farmi. Do sada se Centar za babičenje pozabavio sa više od 2.200 porođaja. Tokom 1994. godine, *Američki časopis za javno zdravlje* je objavio statistiku Farminog centra, ističući njegove niske stope bolesti i smrtnosti i nisku stopu medicinskih intervencija tokom porođaja.

Tokom protekle 3 decenije Ina Mej je držala predavanja na babičarskim konferencijama i medicinskim školama širom sveta. Tokom 1997. godine, primila je nagradu ASPO/Lamaz Irvin Čabon i nagradu Perinatalne asocijacije države Tenesi. Tokom 1999. godine, porođajna tehnika koju je Ina Mej popularizovala i podučavala (a koju je naučila od babica iz plemena Maja, u planinama Gvatemale) je zvanično priznata u akušerskoj literaturi. "Gaskin manevar" je prva babičarska ili akušerska tehnika nazvana po ženi. Ina Mej je ko-osnivač i bivši predsednik Saveza babica Severne Amerike (MANA). Ona predstavlja MANA u Inicijativi za bezbedno majčinstvo, Američke koalicije, koja je inicirala projekt Program bezbednog majčinstva, u cilju da javnost postane svesna problema sa smrtnošću majki, koji može da se izbegne. Ona je jedan od tvoraca dokumenta o opštoj saglasnosti Koalicije za unapređenje materinske nege (CIMS) i njenih Deset koraka porođajne usluge bezbedne po majku. 2002. godine postala je saradnik na Mors koledžu na Univerzitetu Jejl.

Završila je master studije engleskog jezika na Univerzitetu S-vernii Illinois 1962. godine, radila u Pis Korps od 1963. do 1965. godine i uz to je sertifikovana profesionalna babica. Nastavila je da živi na selu Farma sa svojim suprugom Stivenom.

Za više informacija o kućnom porađanju
posetite sajt:

www.kucniperodjaj.com

Preporučujemo

Preporučujemo najbolje biljne preparate i tinkture prema originalnim receptima dr Ričarda Šulca: za jačanje imuniteta, poboljšanje cirkulacije, jačanje srca i mozga, hormonalne probleme, probleme sa vidom, kožne probleme, čišćenje organizma i dr.

Savetovanje i naručivanje na tel. 060/022-8926 (Srbija)



www.prirodno-lecenje.com



FAKULTET ZA PRIRODNU MEDICINU

online

Postanite:

-  **Diplomirani lekar prirodne medicine**
-  **Magistar prirodne medicine**
-  **Doktor prirodne medicine**
-  **Nutricionista**
-  **Herbalista**

www.ipm.netau.net

www.zakonizdravlja.com

www.institutpm.com